



610868594

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

สมลักษณ์ สิทธิพรหม

อภิสิทธิ์ นานการ

จาก.

นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2541

ISBN 974-589-733-7

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

.....
สมลักษณ์ สิริพิพรหม

ผู้วิจัย

.....
ประเสริฐ อัสสันตชัย พ.บ., M.R.C.P.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
เพียงจันทร์ โรจนวิภาต วท.ม., M.H.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
สุพรชัย กองพัฒนากุล พ.บ., Dip.Amer.

Board of Clinical Pharmacology.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
สุรพล สุวรรณกุล

พ.บ., ส.ม., F.A.C.P.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

.....
อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ

อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

วันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2541

.....

สมลักษณ์ สิทธิพรหม

ผู้วิจัย

.....

ประเสริฐ อัสสันตชัย พ.บ., M.R.C.P.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

เพียงจันทร์ โรจนวิภาต วท.ม., M.H.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สุพรชัย กองพัฒนากุล พ.บ., Dip.Amer.

Board of Clinical Pharmacology.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อรุณ เผ่าสวัสดิ์ พ.บ., Dr.Med.,

F.R.C.S.T., Facharzt für chirurgie

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ

พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์ทั่วไป)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาตและผู้ช่วยศาสตราจารย์สุพรชัย กองพัฒนากุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและแนวคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ ที่ได้เสียสละเวลาร่วมเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งกรุณาให้คำแนะนำเพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย รวมทั้ง อสม. ที่ได้เสียสละเวลาในการเตรียมพื้นที่

ขอขอบคุณเพื่อนๆ วิทยาการระบาครุ่น 17 คุณบัววิ จันทร์โทและคุณอังคณา สาลาด ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด คุณสมพงษ์ แสงจันทร์ ที่ให้การช่วยเหลือและดูแลตลอดระยะเวลาที่ศึกษาต่อ

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ-คุณแม่ ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ปลูกฝังนิสัยในการรักการอ่านหนังสือและสนับสนุนในด้านการศึกษามาโดยตลอด รวมทั้งน้องๆ และหลานทั้งสองคน ที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

สมลักษณ์ สิทธิพรหม

3836894 SIEP/M : สาขาวิชา : วิทยาการระบาด ; วท.ม. (วิทยาการระบาด)

ศัพท์สำคัญ : ผู้สูงอายุ/การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

สมลักษณ์ ลิทธิพรหม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (FACTORS ASSOCIATED WITH THE ABUSE OF OVER-
THE-COUNTER COMBINED ANALGESIC DRUGS IN THE ELDERLY, BANDUNG
DISTRICT, UDONTHANI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประเสริฐ อัสสัน
ตชัย, พ.บ., M.R.C.P., เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต, วท.ม., M.H.S., สุพรชัย กองพัฒนากุล, พ.บ., Dip.
Amer. Board of Clinical Pharmacology. 107 หน้า ISBN 974-589-733-7

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาบ่อยที่สุดกลุ่มหนึ่ง
สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งในชนบท ก็คือ การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา
ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดย
ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 310 คน ระหว่างวันที่ 1
ธันวาคม พ.ศ. 2539-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 โดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยร้อยละ 21.3 มีพฤติกรรมการ
ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยดังนี้ คือ จะซื้อยาชุดจากคนขายยาเร่ โดยวิธีการเล่าอาการให้คนขายฟัง ความถี่
ในการใช้ยาชุดวันละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชุด โดยรับประทานหลังอาหารและรับประทานยาอื่นร่วมด้วย
ในด้านคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดแก้ปวดเมื่อยระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการ
ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ด้วย Stepwise multiple logistic regression ปัจจัยที่พบ
ความสัมพันธ์มี 8 ตัว คือ อายุ 60-69 ปี เพศชาย มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง มี
การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับน้อย มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง มี
บุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด มีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการ
แพทย์และสาธารณสุข

การแก้ปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวกับอายุ เพศ การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ไม่มีบุคคลในครอบครัว
ทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่เลี่ยงไม่ได้ แต่ปัจจัยด้านการรับ
รู้เกี่ยวกับยาชุด การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด แก้ไขได้โดยการให้สุขศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ
และการเยี่ยมบ้าน ส่วนปัจจัยด้านความรุนแรงของการปวดเมื่อยป้องกันได้โดยมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพที่ช่วยยืดระยะเวลาของการเกิดอาการกระดูกพรุนให้เกิดช้าลง

3836894 SIEP/M : MAJOR : EPIDEMIOLOGY ; M.Sc. (EPIDEMIOLOGY)

KEY WORD : ELDERLY/THE ABUSE OF OVER-THE-COUNTER COMBINED ANALGESIC DRUGS.

SOMLAK SITTHIPROM: FACTORS ASSOCIATED WITH THE ABUSE OF OVER-THE-COUNTER COMBINED ANALGESIC DRUGS IN THE ELDERLY, BANDUNG DISTRICT, UDONTHANI PROVINCE. THESIS ADVISOR : PRASERT ASSANTACHAI, M.D., M.R.C.P., PIANGCHAN ROJANAVIPART, M.Sc., M.H.S., SUPORNCHAI KONGPATTANAGOOL, M.D., Dip.Amer.Board of Clinical Pharmacology. 107 p. ISBN 974-589-733-7

The elderly is the group suffering most from adverse drug reaction. The most common causative agent in the rural area is no doubt the over-the-counter combined analgesics. The study of predisposing factors leading to the abuse of such agents by the elderly living in the rural area is therefore needed. This cross-sectional study was conducted in Bandung district, Udonthani province, involving 310 subjects between 1 December 1996 to 28 February 1997.

The prevalence rate of analgesic abuse was 21.3%. The ways in which the drugs were abused were as follow: buying the drug from the vendors appearing in the local community from time to time after reporting their complaints and taking one set of drugs once daily after meal with other prescribed drugs. In addition, the personal knowledge of the hazards of analgesic abuse was also statistically significantly different between the ones who were taking and not taking the self-prescribed analgesics (p -value <0.001). After the multiple logistic regression analysis, the independent factors associated with analgesic abuse were as follow: aged 60-69, male, mildly and moderately poor knowledge of the hazards of analgesic abuse, moderate degree of physical pain, presence of other family member who currently used the drugs, presence of neighbours who currently used the drugs and absence of family members working as health personnel.

The correctable predisposing factors of the analgesic abuse i.e. the presonal knowledge of the hazards of analgesic abuse and presence of other family members who currently used the drugs could be solved by health education during home visit by health personnel and in geriatric day center. On the other hand, the factor concerning physical pain should be reduced by health promotion and prevention of physical injury during daily activities and delay of the osteoporotic process.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่	
1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์	3
สมมติฐาน	3
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
2 ทบทวนวรรณกรรม	10
ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	16
เกสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ	19
ความรู้เกี่ยวกับยาชุด	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
4 ผลการศึกษา	45
5 อภิปราย	70
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	79
เอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวก ก	90
ภาคผนวก ข	92
ภาคผนวก ค	100

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยพื้นฐาน	47
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในรอบหกเดือนที่ผ่านมา	50
ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	52
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จำแนกตามสาเหตุของการปวดเมื่อย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ จนกระทั่งใช้ยาชุด ความรุนแรงของการปวดเมื่อยจนกระทั่ง ใช้ยาชุด	56
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	57
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จำแนกตาม สถานที่ซื้อยา วิธีการซื้อยาและราคาต่อชุดของยา ชุดแก้ปวดเมื่อย	59
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และ ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	60
ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการใช้ยาชุด แก้ปวดเมื่อย โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว	62
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับการใช้ยาชุด แก้ปวดเมื่อย โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว	64
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการใช้ยาชุด แก้ปวดเมื่อย โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว	66
ตารางที่ 11 ค่าพารามิเตอร์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุด แก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression	68
ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ใช้ในการ วิเคราะห์ตามแบบจำลองการวิเคราะห์ถดถอย	105

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

หน้า

41



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 ขาชุดแก้ปวดเมื่อยที่ได้จากการเก็บตัวอย่าง

หน้า

106



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้มีการลดทั้งอัตราการเกิดและอัตราการตาย มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปริมาณและสัดส่วนเพิ่มขึ้น มีอายุยืนยาวขึ้นประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยจากการศึกษาของคณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (1) คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 7.4 ของประชากรทั้งสิ้นประมาณ 65 ล้านคน แต่จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย มหิดล ในเดือนมกราคม 2541 พบร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งประเทศ จะเห็นว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าที่ได้ประมาณการไว้ จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทำให้พบปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายทุกระบบ จากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2) พบว่าโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคด้านจิตใจ เป็นต้น ผู้สูงอายุเหล่านี้ป่วยหลายโรคและได้รับยาหลายชนิด ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ 48 ของผู้สูงอายุจะใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐและคลินิกเอกชน ประมาณร้อยละ 30 ซึ่ยอมรับประทานเอง ขณะที่สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1980 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีประมาณร้อยละ 10-12 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 23 ล้านคน ซึ่งต้องการงบประมาณค่ารักษาพยาบาลถึงร้อยละ 30 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด ถ้าคิดเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านยา พบว่าค่าใช้จ่ายมากกว่า 3000 ล้านดอลลาร์ต่อปีหรือประมาณร้อยละ 25 ของค่ายาทั้งหมด (3)

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สำคัญในการใช้จ่าย เนื่องจากส่วนใหญ่ป่วยด้วยหลายๆ โรค ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด การตอบสนองของยาในผู้ป่วยพบว่าการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับจำนวนโรคที่ป่วย ปัญหาด้านโภชนาการและปัญหาด้านการเงินที่ลดลง การบริหารยาที่ลดลงเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ เช่น

ตามองไม่เห็นฉลากยา หรือหยาบยาจากขวดบางชนิดไม่ได้ หลงลืมง่าย เป็นต้น จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน หนุ่มสาวในชนบทที่อยู่รับจ้างแรงงานต้องเข้าไปทำงานในเมือง ทิ้งให้ผู้สูงอายุ และเด็กอยู่กันตามลำพังจำเป็นต้องช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากสาเหตุเหล่านี้ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยชินกับการอยู่กับลูกหลาน เคยมีคนคอยดูแล เป็นการอยู่ตัวคนเดียวและต้องดูแลตนเองในทุกๆ ด้านเมื่อเกิดการเจ็บป่วย อาจทำให้มีปัญหาในด้านการเคลื่อนไหวหรือการเดินทาง ทำให้ตัดสินใจใช้ยาที่มีในบ้าน ยากจากเพื่อนบ้าน หรือจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน จากการศึกษาของลาวัญญ์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่าสัดส่วนการใช้ยาชุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป มีอัตราส่วนถึง 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของบรรเจิด เศรษฐศิลป์กุล (5) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยเนื่องจากการทำงาน คือ อายุและอาชีพ พบว่าผู้ที่มีอายุมากมีอาการปวดเมื่อยมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและเป็นเหตุนำไปสู่การใช้ยาชุดในที่สุด ซึ่งการใช้ยาชุดในผู้สูงอายุ ก็เป็นการบริโภคยาหลายขนาน อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาเนื่องจากจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งนอกจากผลเสียต่อร่างกายแล้ว อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสังคมและปัญหาอื่นตามมาอีกมาก

อำเภอบ้านดุง เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี มีระยะทางที่ห่างไกลตัวจังหวัด ประมาณ 80 กิโลเมตร มีอาณาเขตของอำเภออยู่ติดต่อกับจังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองคาย มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 4,731 คน (6) ประชากรผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจเช่นเดียวกับภาคอื่นๆ มีการอพยพของแรงงานเข้าสู่เมืองใหญ่ ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองประกอบกับภาวะสุขภาพไม่เอื้ออำนวยอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ผิดได้ จากการสังเกตขณะปฏิบัติงานที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง พบว่า มีกลุ่มผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตัวด้วยโรคกระเพาะอาหาร เลือดออกในทางเดินกระเพาะอาหาร มีอาการบวมตามตัว เข้ารับการรักษา จากการสอบถามถึงสาเหตุพบว่า มีการใช้ยาชุดอยู่บ่อยครั้ง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา นำร่องเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในผู้สูงอายุอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานีเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2539 พบว่าผู้สูงอายุมีสัดส่วนการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยถึงร้อยละ 28 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัญหาและปัจจัยเชื่อมโยงต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาชุดแก้ปวดเมื่อยประกอบกับการที่ปฏิบัติงานรับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จึงต้องการข้อมูลเพื่อใช้วางแผนในการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำการกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ออกคล่องกับปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
2. ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี
3. ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย
4. ศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

สมมติฐาน

1. การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยแตกต่างกัน
2. ปัจจัยด้านบุคคล (Host factors) ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด
3. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เกิดการปวดเมื่อย ความรุนแรงของการปวดเมื่อย สาเหตุของการปวดเมื่อย มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย
4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ลักษณะของครอบครัวที่เอื้อให้ใช้ยาชุด การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงการ ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย โดยจะเป็นยาชุดที่รักษาอาการปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยจะถือเอาการใช้ยาชุดในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมาเป็นตัวบอกว่าผู้สูงอายุที่ไปสำรวจใช้ยาชุด สำหรับผู้ที่ไม่ใช้ยาชุด คือ ผู้ที่ไม่เคยใช้ยาชุดเลยในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านบุคคล

- อายุ
- เพศ
- อาชีพ
- ระดับการศึกษา
- รายได้ของครอบครัว
- สถานภาพสมรส
- การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด

1.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

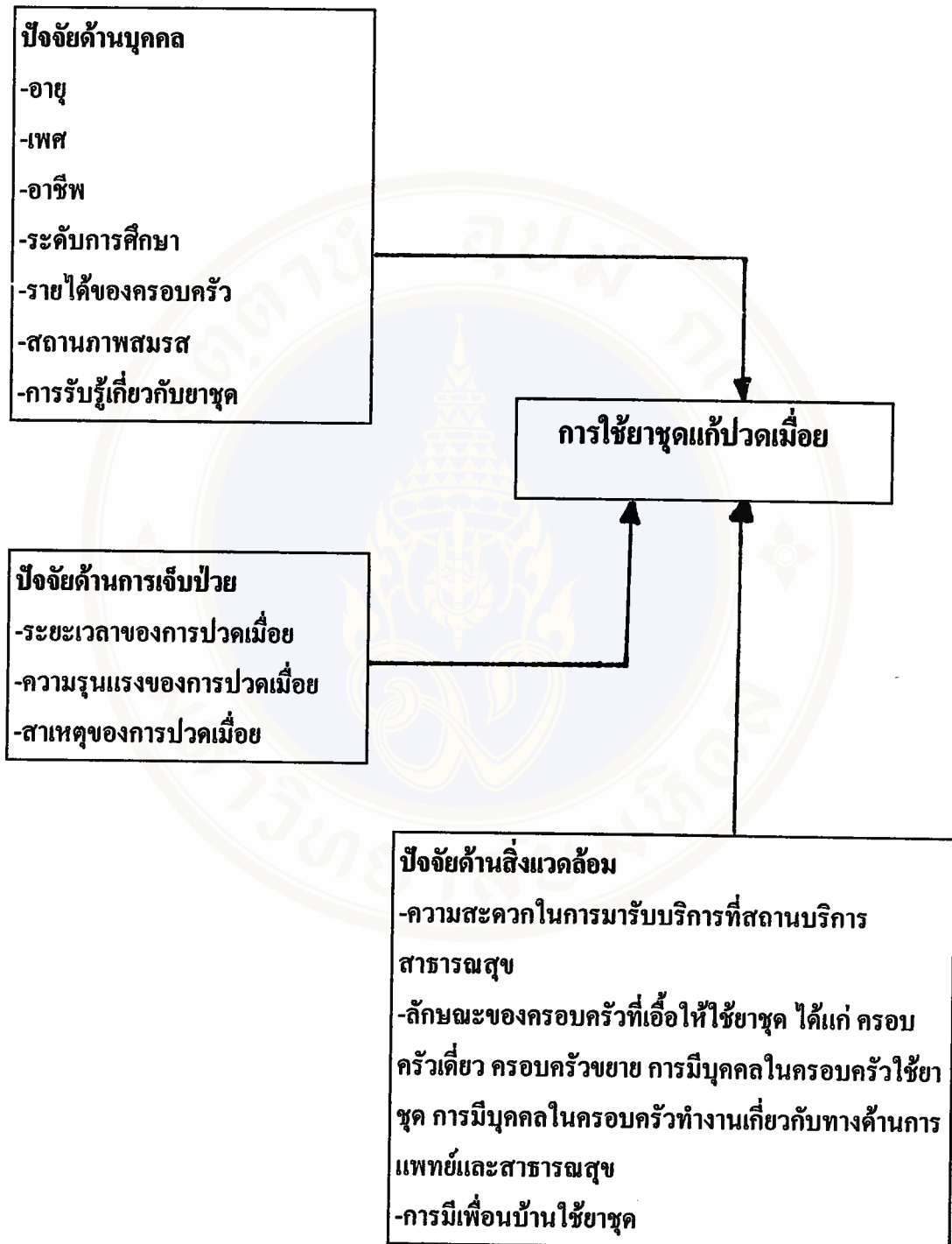
- ระยะเวลาของการปวดเมื่อย
- ความรุนแรงของการปวดเมื่อย
- สาเหตุของการปวดเมื่อย

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental variables)

- ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข
- ลักษณะของครอบครัวที่เอื้อให้ใช้ยาชุด
- การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด (Conceptual framework)



คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมกันหลายชนิดมีรูปแบบ สี สันของเม็ดยาแตกต่างกัน บรรจุรวมในซองเดียวกันแต่ละชุดมียา 3-9 เม็ด สำหรับรับประทานพร้อมกันทีเดียว หาชื้อมาใช้เองได้เองโดยไม่ได้ผ่านการตรวจรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์

ยาชุดแก้ปวดเมื่อย หมายถึง ยาชุดที่กินเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย หมายถึง ความถี่ในการใช้ยา จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน จำนวนชุดที่ใช้ต่อครั้ง เวลาที่กินยา การกินยาอ้อมร่วมด้วย แหล่งที่ซื้อยา ราคาต่อชุด ช่วงระยะเวลาที่มีการใช้บ่อยต่อปี

บุคคลที่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย หมายถึง บุคคลที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

บุคคลที่ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย หมายถึง บุคคลที่ไม่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเลย ยกเว้นยาแก้ปวดได้มาจากโรงพยาบาลหรือคลินิกที่ได้รับการรักษาจากแพทย์

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของยาชุด อันตรายของการกินยาชุดเป็นประจำและผลของยาชุดต่อผู้เป็นโรคประจำตัว

การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด หมายถึง การที่มีญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันเคยใช้ยาชุดมาก่อน

การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง การที่มีญาติพี่น้องหรือบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะ โครงสร้างของครอบครัวผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

- ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัว ไม่มากกว่า 2 ชั่วอายุคน
- ครอบครัวขยาย หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัว 3 ชั่วอายุคนขึ้นไป

สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนซึ่งดำเนินการอันเป็นไปเพื่อการส่งเสริม สุขภาพ การฟื้นฟู สมรรถภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันและกำจัดโรค การศึกษาวิจัยต่างๆ ตลอดจนการชันสูตรและวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ (ไม่รวมร้านขายยา)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล คือ ไม่มีปัญหาด้านการฟัง การพูด

ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง การคมนาคมที่ประชาชนใช้ คิดต่อระหว่างบ้านพักกับสถานบริการสาธารณสุข เช่น รถจักรยาน รถจักรยานยนต์ รถสองแถว รถประจำทาง เป็นต้น ในเรื่องระยะทางจากบ้านพักไปสถานบริการแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

- สะดวก หมายถึง การคมนาคมที่ประชาชนสามารถใช้ในการเดินทางไปและกลับตามเวลา หาง่าย สามารถเรียกใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการเดินทางมารับบริการหรือบ้านพักอยู่ไม่ไกลจากสถานบริการ
- ไม่สะดวก หมายถึง การคมนาคมที่ประชาชนไม่สามารถใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการเดินทางไปและกลับในการมารับบริการหรือต้องเสียเวลานานไม่มีรถประจำทางวิ่งผ่าน ต้องจ้างรถรับจ้างในราคาแพงหรือบ้านพักอยู่ไกลจากสถานบริการ

ความรุนแรงของการปวดเมื่อย หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยรู้สึกหรือรับรู้จากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งความรุนแรงของความเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ โดยวัดจากความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยคือ

1. รุนแรงมาก หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้เลย
2. รุนแรงปานกลาง หมายถึง พอทำงานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม เช่น ทำงานบางอย่างไม่ได้ถ้าต้องออกแรงมากๆ รวมไปถึงพอที่จะทำงานได้แต่ต้องจำกัดชนิดและปริมาณของกิจกรรม เช่น ต้องทำไปพักไปหักโหมทำงานเช่นคนอื่นไม่ได้
3. รุนแรงน้อย หมายถึง สามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้ทุกอย่าง

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ได้แบ่งออกเป็น

1. ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา
2. สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา
3. สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา
4. สำเร็จการศึกษากว่ามัธยมศึกษา

อาชีพ หมายถึง อาชีพหลักที่วัยสูงอายุทำอยู่ในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มไม่ใช่อาชีพเกษตรกรรม หมายถึง อาชีพที่นอกเหนือจากการทำเกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์ เช่น รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง เป็นต้น
2. กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์
3. กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานและเป็นแม่บ้าน หมายถึง กลุ่มที่ไม่ได้ทำงานในเชิงเศรษฐกิจ

ระยะเวลาของการปวดเมื่อย หมายถึง ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยจนกระทั่งใช้ยาชุด

แบ่ง เป็น 3 กลุ่ม

1. กลุ่มต่ำกว่า 7 วัน
2. กลุ่ม 7 วันขึ้นไปถึง 89 วัน
3. กลุ่ม 89 วันขึ้นไป

รายได้ของครอบครัว หมายถึง สถานภาพที่ใช้แบ่งแยกชั้นของฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

1. ไม่เพียงพอ
2. พอกินพอใช้
3. เหลือเก็บ

ศสมช. (ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน) หมายถึง สถานบริการระดับหมู่บ้านโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นหลักในการให้บริการและมีการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็นในหมู่บ้าน ได้แก่

- การเฝ้าระวังทางโภชนาการ
- การระวังและควบคุมโรคในท้องถิ่น
- การเฝ้าระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม/จัดหาน้ำสะอาด
- การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
- การให้บริการวัดความดันโลหิต/ตรวจหาน้ำตาล
- การปฐมพยาบาล การรักษาพยาบาลและการส่งต่อ
- การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา
- การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย
- การดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเพื่อที่จะให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวความคิด 5 ประการคือ ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เกสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ที่ประชุมสมัชชาโลกโดยองค์การสหประชาชาติใน พ.ศ. 2525 ได้กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง (7)

บรรลุ ศิริพานิช (8) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้ที่สูญเสียความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มีความอ่อนแอ มีปัญหาสุขภาพกายและจิตใจตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคม

โวลด์ (9) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของความสามารถทางชีวภาพ ทำให้การทำงานที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทางด้านชีวภาพ จิตและสังคม ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลงและอาจมีปัญหาสุขภาพกาย จิตและสังคม

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความสูงอายุเป็นผลรวมของการพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัยของบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นไปในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และเป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแยกเป็น 3 ด้าน คือ (10)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง และจะมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบ หน้าที่ของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย (11),(12),(13) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ มีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary system) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงเซลล์ที่เสื่อมเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่น ต่อมไขมันทำงานลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย เซลล์สร้างสีทำงานลดลง ทำให้สีผิวเปลี่ยนแปลงไป มีจุดดำมากขึ้นพร้อมๆ กับที่ไขมันใต้ผิวหนังทำงานลดลง ต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังทำงานลดลง ผมและขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมแห้งและร่วงง่ายเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลงและเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

1.2 ระบบประสาทและสมอง (Nervous system) ศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ความว่องไวในการส่งงานไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้การทำงานประสานกันระหว่างเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง ผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลาานกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นและการเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดีมีอาการล้มตามร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวฝ่อของเซลล์ส่วนซีรีบริรัมและซีรีเบลลัม ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบประสาทดังกล่าวทำให้ผู้

สูงอายุเกิดความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ คิดและพูดซ้ำซากและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special sense) มีการเปลี่ยนแปลงของ ตา หู จมูก ประสาทรับรสและกลิ่น และผิวหนัง ดังนี้คือ

ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาลีกลงและมีรูปร่างผิดปกติ ลานสายตาแคบลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

หู อวัยวะในหูชั้นในมีการเสื่อมมากร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินเสียง เพราะการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงหูชั้นในลดลงเนื่องจากความแข็งของเส้นโลหิต ดังนั้น เส้นประสาทจึงตายหรืออาจเป็นเพราะมีแคลเซียมเข้าไปจับตัวที่หูชั้นใน ความเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหูตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยิน การทรงตัวของผู้สูงอายุไม่ดีและได้ยินเสียงต่ำชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดีและมีอาการเวียนศีรษะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และการได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลง รวมทั้งการที่น้ำลายในปากกลั่นน้อยลงก็เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกละอายอาหารลดลงด้วยเช่นกัน บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือเพราะพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ หรือการเคี้ยวหมากเป็นประจำนานๆ เป็นต้น

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) มักเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะผนังของหัวใจจะหนาขึ้นเนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัว เนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังคืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อชนิดยืดหยุ่นของหลอดเลือด รวมทั้งมีการสะสมของไขมันและแคลเซียม มีโคเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotention)

เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลมง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด จึงใช้แต่กระบังลมช่วยในการหายใจ ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออกเหมือนนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางปาก ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมและการกำซาบของเลือดลดลง การซึมซาบของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมซาบลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น รีเฟล็กซ์การไหลลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดเลือดอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองด้วย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) การย่อยอาหารและความอยากอาหารลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับกลืนและรสคณ้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเมื่ออาหารรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้ออาหารที่บริโภคจึงไม่ถูกส่วนผู้สูงอายุมักขาดโปรตีน นอกจากนี้ น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ลดลง หลอดอาหาร เยื่อทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ดับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้ลดลง ดับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย และนอกจากนี้การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลงทำให้ท้องผูกเวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งมากขึ้น ทำให้ระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการบริหารร่างกาย หรือไม่ฝึกนิสัยในการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการท้องผูกได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีการถ่ายอุจจาระกระปริบกระปรอยได้ เนื่องจากมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของทวารหนัก

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ดับอ่อนหลังอินสุลินน้อยลง การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อนๆ ได้ หรือมีแนว

โน้มน้ำที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น และต่อมเพศทำงานลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนี้ ส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีเจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้วก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย โซโลมอน (14) กล่าวว่า การเกิดความเจ็บป่วยหรือความเสื่อมของร่างกายและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บุตรหลาน คู่สมรส เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สุรกุล เจนอบรม (13) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการทำงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวในวัยสูงอายุ บุตรธิดา มักจะมีครอบครัวของตนเอง และโดยเฉพาะลักษณะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดลง บทบาทด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4. การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้เหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change)

ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ (15) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ขอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่มส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

2. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัว ย่อมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกว่าคุณเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมได้

3. ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในการกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้การเกษียณอายุหรือยุติการทำงาน อาจมีความหมายที่ดีสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่มี

ความเบื่อหน่ายการทำงาน ต้องทำงานเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือทนทำงานเพื่อรอบำนาญ บำนาญเมื่อเกษียณอายุ หรือยุติการทำงานแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้มักพอใจ

4. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่ความรับผิดชอบ และงานที่ต้องใช้ความคิดความจำไว้จะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุนานัปการ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการดูแลตนเองให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความชราภาพได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวาง วิทยาการว่าด้วยความชราภาพของมนุษย์ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา ยังเกิดมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย Ebersole and Hess (16) ได้สรุปทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)
2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)
3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory)

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองได้ตลอดชีวิต เซลล์ที่สามารถแบ่งตัวเองได้และองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้แบ่งย่อยออกเป็นดังนี้

Free radical theory กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะทำให้พวก free radical x อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารที่ช่วยป้องกันพวก free radical ได้แก่ วิตามินซีและไนอาซิน ซึ่ง free radical นี้จะเป็นตัวกำหนด

จุดสุดท้ายของอายุขัยของ fixed, post mitotic cell เนื่องจากการสะสมของ free radical ที่ผิดปกติไปเพิ่มขึ้น ดังนั้นถ้าเซลล์ไม่สามารถที่จะซ่อมแซมหรือแทนที่ DNA ใหม่ได้ จะทำให้มีอายุขัยสั้นลง

Collagen cross-linkage theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและโปรตีนจากเส้นใย (Fibrous Protein) จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยคอลลาเจนหดสั้นเข้าในวัยชรา

Somatic mutation and error theories ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไป RNA และเอ็นไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ มีผลทำให้ขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลทำให้เสียชีวิตได้

Immunological theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันได้น้อยลง หรือมาก กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เกิดการเจ็บป่วยง่าย

Genetic theory เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นคล้ายกันหลายชั่วอายุคน เช่น ลักษณะศรัษะล้าน ผมหงอกเร็ว ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้นแม้จะมีอายุเท่ากัน

Wear and tear theory เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังจากใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่า เครื่องจักรย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตต่างจากเครื่องจักรตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้เอง เนื้อเยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่า เป็นการชลอความเสื่อมและการถดถอย แต่ในระบบอื่นๆ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อ จะไม่มีการสร้างหรือเพิ่มขึ้นมาใหม่ได้อีก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเสริมสร้างจะต่างไปจากพวกดังกล่าวคือ เป็นการเสริมสร้างได้เฉพาะภายในเซลล์เดิม ประสิทธิภาพในการซ่อมแซมด้อยกว่า จึงชลอความเสื่อมและการถดถอยได้น้อยกว่า ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อเวลาผ่านไปร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ไปทำให้เซลล์เกิดการหมดอายุ ซึ่งถ้ามีการใช้มากก็จะทำให้สูงอายุเร็วขึ้น

Stress-Adaptation theory กล่าวว่าความเครียดเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยา ได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องกับตัว โดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับ

ตัวของความคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่คนชราผู้นั้นอาศัยอยู่ นักจิตวิทยาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชราทางจิตวิทยาได้ผลดังนี้

สติปัญญา พบว่า ผู้สูงอายุปกติที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเสื่อมถอยเล็กน้อยหรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเลย (16)

ความจำและการเรียนรู้ พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เท่ากับคนอ่อนวัยกว่าแต่ต้องใช้เวลานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้คือความเครียด ปัจจัยทางสังคม ผลจากประสาทและสรีระของบุคคล การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจสิ่งต่างๆ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหวาดกลัวและเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ

แรงจูงใจ พบว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลในวัยอื่นเลย

นอกจากนี้การศึกษาทางจิตวิทยาพบว่า ผู้สูงอายุมีเซลล์ประสาทในสมองตายไปขณะเดียวกันก็มีการสะสมประสพการณ์อันเกิดจากการเรียนรู้ไว้มาก ถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสพการณ์ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความรอบคอบ สุขุมสูงตามไปด้วย

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย แนวคิดทางสังคมวิทยาที่สำคัญได้แก่

Activity theory กล่าวว่า เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลงบทบาทเก่าจะถูกตัดออกไปแต่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยา เหมือนบุคคลในวัยกลางคน ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตเป็นสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น ครัวเรือนอดิเรกหรือการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก(17)

Disengagement theory กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลงสุขภาพเสื่อมถอยรวมทั้งความตายที่ค่อยๆ มาเยือนผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงหนีถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความตึงเครียดและพอใจไม่เกี่ยวข้องกับสังคมอีกต่อไป

Continuity theory ทฤษฎีนี้เป็นผลมาจากการศึกษา เพื่อหาข้อขัดแย้งของทฤษฎีกิจกรรมและทฤษฎีแยกตนเอง (11) ได้ทำการศึกษาใน 2 ทฤษฎีและนำมาวิเคราะห์พบว่าผู้ที่สูงอายุจะมีความสุขและเข้าร่วมกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน

Role theory กล่าวว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องปรับสภาพต่างๆ หลายที่ไม่ใช่บทบาทเดิมของตนเอง เช่น ความสัมพันธ์ซึ่งเป็นแบบวัยสูงอายุและละเว้นจากความสัมพันธ์กับคู่สมรส เนื่องจากการตายจากไปของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการจากทฤษฎีต่างๆ ที่ได้อธิบายอันได้แก่ ทฤษฎีชีวภาพ ทฤษฎีจิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นสำคัญ

เภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ (18),(19)

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความชรา ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะต่างไปจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ทั้งในด้านระบาศวทยา ลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิก การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไปจนถึงการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (ไม่ใช่เพียงการรักษาโรค) นอกจากนี้ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีพยาธิวิทยาของหลายระบบเกิดขึ้นในขณะใดขณะหนึ่ง แม้จะเกิดขึ้นไม่พร้อมกันแต่เกิดต่อเนื่องสะสมกันไป ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการใช้ยามากที่สุด ขณะเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มนี้เองก็เกิดผลข้างเคียงจากยามากที่สุดด้วย ผลข้างเคียงจากยานี้เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ความพิการ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจตลอดจนถึงแก่ชีวิตได้ในที่สุด ผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์ของ Adverse drug reaction มากที่สุด สาเหตุที่ทำให้พบอุบัติการณ์ของ Adverse drug reaction เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุได้แก่

1. Polypharmacy
2. Pharmacokinetic changes in aging

3. Pharmacodynamic changes in aging
4. Human error

1. Polypharmacy

สาเหตุของ Polypharmacy ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีดังนี้

1. Multiple pathology ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายๆ ระบบในขณะใดขณะหนึ่ง ย่อมส่งผลให้ชนิดของยาที่ได้รับเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ยังไม่สงบมากกว่า 4 ชนิด จะเพิ่มอุบัติการณ์ของ Adverse drug reaction อย่างมาก

2. Unnecessary medication ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอาจได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้แน่ชัด ถึง 16.8 % ของยาที่ใช้ในโรงพยาบาล เช่น gravitational edema กับการใช้ diuretic แทนที่จะใช้การ จัดทำผู้ป่วยเพื่อลดบวม อาการวิงเวียนศีรษะที่ไม่ใช่ vertigo กับการใช้ prochlorperazine เป็นต้น

3. Health delivery system ในระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ผ่านแพทย์ ประจำตัว ผู้ป่วยสามารถซื้อยาได้เองอย่างอิสระหรืออาจไปพบแพทย์ในแต่ละสาขาเฉพาะทาง โดยที่ไม่มีแพทย์คนใดรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังได้รับยาอะไรอยู่บ้างทำให้ผู้ป่วยได้รับยามากชนิดเกินความจำเป็นได้บ่อยๆ โดยเฉพาะยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเองมักจะไม่นบอกแพทย์เพราะคิดว่าไม่ใช่ยา รวมทั้งยาที่แฝงมาในรูปของยาแผนโบราณซึ่งยากต่อการพิสูจน์ว่าทำจากอะไร มีผลข้างเคียงอะไร บ้าง เนื่องจากไม่มีเอกสารหรือฉลากยาชัดเจน

2. Pharmacokinetic changes in aging

ผลจากความชราที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและทางกายวิภาคทำให้มีผลต่อ ขบวนการของร่างกายในการจัดการกับยาต่างไปจากคนทั่วไป ตั้งแต่ขั้นตอนการดูดซึมยา การ กระจายยา การขับถ่ายยาออกจากร่างกายในที่สุด ผลลัพธ์คือทำให้ระดับความเข้มข้นของยาในเลือด ต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไปในลักษณะที่สูงกว่า เมื่อได้รับขนาดยาเท่ากัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับขบวนการดูดซึมยา มีสาเหตุมาจาก

1.1 การหลั่งกรดน้ำย่อยในกระเพาะอาหารของผู้สูงอายุนั้นมีปริมาณลดลง เป็นผลให้ pH ในกระเพาะอาหารมีค่าสูงขึ้น ดังนั้นการใช้ยาเม็ดเคลือบชนิดเอ็นเทอริกจะเกิดการละลายของ ชั้นเอ็นเทอริกที่เคลือบไว้ตั้งแต่ยาเม็ดอยู่ในกระเพาะอาหารแทนที่จะไปละลายในลำไส้อย่างที่ควร

จะเป็น นอกจากนี้ยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนจะถูกดูดซึมได้ไม่สมบูรณ์เพราะยาอยู่ในสภาพ ionized form

1.2 เลือดที่เลี้ยงทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีปริมาณลดลงทำให้ยาถูกดูดซึมในอัตราที่ช้าลง โดยที่ปริมาณดูดซึมมีค่าเท่าเดิมหรือไม่ก็ได้

1.3 ทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีการบีบตัวช้าลงประกอบกับการที่มีเลือดเลี้ยงทางเดินอาหารลดลงด้วยเป็นผลให้ยาถูกดูดซึมช้าลงและมีปริมาณการดูดซึมน้อยลงได้

1.4 มีความเปลี่ยนแปลงที่ผนังทางเดินอาหาร เช่น การที่ผู้สูงอายุมีเอนไซม์ DOPA decarboxylase ซึ่งอยู่ที่ gastric mucosa ในปริมาณที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่รับประทาน L-DOPA 300 มก. มีปริมาณการดูดซึมยาสูงกว่าที่พบในวัยหนุ่มสาว

2. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการกระจายตัวของยาในร่างกาย มีสาเหตุมาจาก

2.1 การสะสมของไขมัน เมื่ออายุมากขึ้นคนจะอ้วนขึ้นและมีไขมันสะสมมากขึ้น ในผู้ชายจะมีไขมันเพิ่มขึ้นร้อยละ 18-36 และในผู้หญิงจะมีอัตราการเพิ่มสูงกว่าคือเพิ่มขึ้นร้อยละ 33-48 ดังนั้นยาที่ละลายได้ดีในไขมันจึงมีค่าปริมาตรการกระจายตัวในผู้สูงอายุกว่าในคนหนุ่มสาว ตัวอย่างเช่น diazepam และ chlordiazepoxide เป็นยาที่ละลายในไขมันได้ดีกว่า lorazepam และ oxazepam ค่าปริมาตรการกระจายตัวของ diazepam และ chlordiazepoxide ในผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้น แต่ lorazepam และ oxazepam มีค่าปริมาตรการกระจายตัวเท่ากับค่าที่คำนวณได้ในคนหนุ่มสาว

2.2 การลดลงของ total body water ในขณะที่ไขมันสะสมเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ ค่า total body water กลับลดลง จึงเป็นผลให้ยาที่ละลายได้ดีในน้ำมีค่าปริมาตรการกระจายตัวลดลง และมีระดับยาในเลือดเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว

2.3 การลดลงของระดับอัลบูมินในเลือด อัลบูมินเป็น โปรตีนที่จับกับยาเกิดเป็นยาในรูปที่ไม่อิสระที่ไม่สามารถจับกับ receptor จึงไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ในผู้สูงอายุระดับอัลบูมินจะลดลงแต่แกมมาโกลบูลินจะเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุใช้ยาที่จับกับโปรตีนได้ดี เช่น salicylate ยานี้จะอยู่ในเลือดในรูปอิสระเป็นส่วนใหญ่ และอาจก่อปัญหาความเป็นพิษของยาเนื่องจากมีระดับยาในรูปอิสระมากเกินไป

2.4 การจับกับเม็ดเลือดแดงมีค่าลดลง ผู้สูงอายุที่ใช้ยาที่จับกับเม็ดเลือดแดง เช่น diazepam จะมีระดับยาในรูปอิสระมากกว่าคนหนุ่มสาว ทั้งนี้เพราะปริมาณยาที่จับกับเม็ดเลือดแดงมีน้อยลง โดยที่จำนวนเม็ดเลือดแดงในผู้สูงอายุไม่ได้น้อยไปกว่าในคนหนุ่มสาว

2.5 การเพิ่มขึ้นของระดับ alpha-1-acid glycoprotein ในเลือด alpha-1-acid glycoprotein เป็นโปรตีนในเลือดชนิดหนึ่งที่จะมีระดับเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุและในภาวะที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น rheumatoid arthritis, Crohn' disease, มะเร็ง เป็นต้น โปรตีนชนิดนี้ชอบจับกับยาที่มี

ฤทธิ์เป็นค่า เช่น propranolol, oxyprenolol เป็นต้น การใช้ยาดังกล่าวในผู้สูงอายุจึงอาจได้ผลน้อยลงเพราะมีระดับยาในรูปอิสระน้อยลงนั่นเอง

2.6 การที่เลือดถูกสูบฉีดออกมาจากหัวใจแต่ละครั้งได้น้อยลง เป็นผลให้เลือดในร่างกายของผู้สูงอายุไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ได้น้อยลง ยาในเลือดจึงกระจายตัวน้อยลงไปด้วย

3. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับขบวนการเปลี่ยนแปลงสภาพยา การเปลี่ยนแปลงสภาพยาเป็นขบวนการที่เกิดขึ้นที่ตับเป็นส่วนใหญ่ โดยได้รับอิทธิพลจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงตับ เปรอร์เซ็นต์ของยาในเลือดที่อยู่ในรูปอิสระ และความสามารถของเอนไซม์ในตับที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงสภาพยา

4. ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับขบวนการขับถ่ายยาออกจากร่างกาย การขับถ่ายยาออกจากร่างกายไม่ว่ายาจะอยู่ในสภาพเดิมหรือสภาพ metabolite ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดที่ไต โดยขบวนการ glomerular filtration และ tubular secretion แต่ยาบางชนิดที่ผ่านมาในท่อไตอาจถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือด และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้ ความเปลี่ยนแปลงอีกประการที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่อาจเป็นผลให้ระยะเวลาที่ยาอยู่ในร่างกายแตกต่างไปจากในคนหนุ่มสาว คือ การที่ปัสสาวะของผู้สูงอายุมักมีฤทธิ์ก่อนมาทางค่าง เป็นผลให้ยาที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนไม่ถูกดูดซึมกลับเข้าสู่กระแสเลือดจึงถูกขับออกได้เร็วขึ้น แต่ยาที่มีฤทธิ์เป็นด่างอ่อนจะถูกดูดซึมกลับและอยู่ในร่างกายได้นานขึ้น

3. Pharmacodynamic changes in aging

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความชรา ทำให้การตอบสนองของร่างกายต่อยาที่ระดับความเข้มข้นหนึ่งมีลักษณะแตกต่างไปจากที่พบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าที่มีระดับความเข้มข้นในเลือดและใน tissue เท่ากัน โดยการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจเป็นทั้งในลักษณะ qualitative และ quantitative เช่น มีการทดลองให้กิน Nitrazepam ในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เมื่อมีระดับยาในเลือดเท่ากัน กลุ่มผู้สูงอายุจะสูญเสียการตรวจทาง psychomotor task มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ กลไกที่มีผลต่อการตอบสนองที่เปลี่ยนไปนี้ขึ้นกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. Receptor mechanism
2. Homeostasis background
3. Underlying disease

4. Human Error

ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริหารยาของผู้ป่วยสูงอายุเองก็มีส่วนสำคัญอย่างมากในการเกิด adverse drug reaction ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่า 3 ปัจจัยแรกที่กล่าวไปแล้ว ดังต่อไปนี้

1. Inadequate medical supervision

ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมักไม่ชอบมาพบแพทย์ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีพยาธิสภาพหลายระบบที่ทำให้การเคลื่อนไหวลำบากเช่น osteoarthritis ของข้อเข่าและข้อเท้า congestive heart failure และ stroke เป็นต้น ทางด้านจิตใจเช่น ไม่อยากรบกวนให้ผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล รู้สึกเป็นคนพิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นที่รำคาญแก่ผู้พบเห็นหรือแม้กระทั่งข้อจำกัดทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การคมนาคมไม่สะดวก ปัญหาทางด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ทัศนคติผู้ดูแลเองก็มีแนวโน้มไม่อยากจะลำบากพามาพบแพทย์ จึงพบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติว่าญาติมาขอรับยาเดิมจากแพทย์โดยไม่นำผู้ป่วยมารับการติดตาม ผู้ป่วยบางรายกินยาชุดเดิมอยู่หลายปีโดยไม่เคยพบแพทย์เลย ทั้งที่อาจไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาเหล่านั้นในตอนนั้นก็ได้อ หรือเกิด adverse drug reaction ในเวลาต่อมา ยาที่พบบ่อยๆ ในภาวะนี้ได้แก่ NSAID, tranquilizer และพวก multivitamin เป็นต้น ยาจำพวก vitamin ซึ่งดูเหมือนไม่น่าจะเกิดโทษต่อร่างกาย แต่ถ้าได้รับเข้าไปเป็นเวลานานๆ โดยเฉพาะพวก fat-soluble vitamin จะมีการสะสมจนเกิดพิษได้เนื่องจากคงได้กล่าวมาแล้วว่า ผู้สูงอายุจะมี adipose tissue เพิ่มขึ้น

2. self prescribing

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ยาซึ่งประชาชนสามารถซื้อรับประทานเองได้มีเพียงไม่กี่ชนิด เช่น ยาแก้ปวด ยาระบาย วิตามินต่างๆ แต่ก็พบว่า 20 % ของ case ที่เป็น drug-induced hospital admission เกิดจากยาที่ผู้ป่วยซื้อรับประทานเอง ในประเทศไทยที่ประชาชนมีเสรีภาพในการซื้อยาใดๆ ก็ได้จากร้านขายยา น่าจะมีสถิติสูงกว่า 20 % นี้มาก ที่น่าหนักใจคือ ผู้ป่วยมักไม่บอกแพทย์ว่าไปซื้อยามารับประทานเอง ถ้าแพทย์ไม่ถามตรงๆ หรือแม้จะบอกแพทย์ก็ไม่สามารถบอกชื่อยาได้เนื่องจากคนที่ขายยาจัดยามาให้เอง หรือยาที่แฝงมาในรูปแบบ “ยาไทย” ซึ่งคนทั่วไปคิดว่าปลอดภัยเนื่องจากทำจากสมุนไพร แต่มีการผสมยาบางชนิดลงไป เช่น corticosteroid เป็นต้น

3. Drug hoarding

ผลจากการที่ผู้สูงอายุมี homeostasis เสื่อมลงเนื่องจากความชรา รวมทั้งปัญหาเรื่อง multiple pathology ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน ดังได้กล่าวมาแล้วในบท Polypharmacy แล้ว 1/5 ของผู้ป่วยสูงอายุจะเก็บสะสมยาไว้แต่ไม่ได้รับประทานหรือรับประทานไม่หมด คราวใดที่มีอาการเจ็บป่วยก็จะเลือกรับประทานยาที่สะสมไว้ ชนิดที่เคยรับประทานได้ผล โดย

ยานั้นอาจหมดอายุแล้วหรือมีข้อห้ามใช้ยานั้นเกิดขึ้นใหม่ในขณะที่รับประทาน ก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ บางครั้งยาชนิดเดียวกันอาจได้จากแพทย์ต่างวาระกัน มีรูปร่างเม็ดยาไม่เหมือนกัน ทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นคนละชนิดกัน แล้วรับประทานเข้าไปพร้อมกัน ทำให้เกิด overdosage ถึงระดับที่เป็นพิษได้ เพราะฉะนั้นเมื่อใดที่แพทย์ขอคยาที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานอยู่ แล้วพบลักษณะดังกล่าว เช่น ซองยาหลายชนิดอยู่เต็มตระกร้า ควรรีบปรับลดชนิดยาที่เหลือแต่ที่จำเป็นเท่านั้น

4. Drug compliance

ในอดีตเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ผลการศึกษาในระยะหลังพบว่า ผู้สูงอายุมิ drug compliance ไม่ต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป แต่ถ้าเป็นยาที่ต้องรับประทานเป็นเวลานาน เนื่องจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่พบว่าผู้ป่วยมักรับประทานเพียงครึ่งหนึ่งของจำนวนยาที่แพทย์สั่ง ผลเสียของ poor compliance ทำให้เกิด adverse drug reaction จนเป็นสาเหตุของ hospital admission ราว 11 % ของผู้ป่วยใน เช่น โรคกำเริบขึ้นจากขาดยาควบคุม เกิดผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานร่วม เช่น ผู้ป่วยที่แพทย์ให้ digoxin, diuretic และ potassium supplement แต่ไม่ได้รับประทาน potassium ทำให้เกิด digitalis intoxication ตามมา

สาเหตุของ poor drug compliance ในผู้สูงอายุ มีดังนี้

4.1 ลักษณะการบริหารยาที่ยุ่งยาก เช่น polypharmacy, รับประทานยาหลายครั้งในแต่ละวัน และ course ของยายาวนาน

4.2 เกิดผลข้างเคียงจากยา พบราว 20 % ของผู้ที่หยุดยาเอง

4.3 สายตาไม่ดีหรือฉลากยาเขียนไม่ชัดเจน

4.4 ความจำลดลงจากสภาวะสมองเสื่อมระยะแรก

4.5 ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการบริหารยาที่แพทย์สั่ง

4.6 ทศนคติของผู้ป่วยต่อยา ว่าทำให้อาการดีขึ้นจริงหรือไม่

วิธีตรวจสอบ drug compliance ของผู้ป่วยที่ง่ายที่สุดคือ ชักประวัติการรับประทานยาและนับเม็ดยาที่เหลือทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับการติดตาม ส่วนการป้องกันปัญหา drug compliance อาจทำได้ง่ายโดยทดลองให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองขณะอยู่ในโรงพยาบาลก่อนที่จะ discharge ผู้ป่วย ส่วนอุปกรณ์บางชนิดที่ช่วยเตือนให้ผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาสม่ำเสมอ เช่น Dosette box ยังไม่มีใช้แพร่หลายในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการสั่งยาให้ผู้ป่วยสูงอายุ

1. การวินิจฉัยโรคถูกต้องและครบถ้วนเพื่อที่จะได้ข้อบ่งชี้ชัดเจนในการสั่งยาแต่

ละชนิด

2. การรักษามีได้ทั้งแบบ Pharmacological treatment และ Non Pharmacological treatment จึงควรพิจารณาอย่างรอบคอบถึงผลดีและผลเสียของการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละราย

3. รู้จักยาที่กำลังจะสั่งตีทั้งในด้าน pharmacokinetics and pharmacodynamics ในผู้สูงอายุ ซึ่งทำได้ง่ายโดยเลือกใช้ชนิดยาที่ใช้บ่อยๆ หรือหลีกเลี่ยงการทดลองใช้ยาใหม่ในผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น

4. พยายามเริ่มใช้ dose ของยาค่ำที่สุด แล้วค่อยๆ เพิ่มขนาดทีละน้อยตามผลการรักษาที่ได้ โดยอย่าให้ผลการตอบสนองมากเกินไป เช่น การให้ยาลดความดันโลหิตในภาวะความดันโลหิตสูงจนความดันลดลงมาถึง 120/80 มม.ปรอท

5. หลีกเลี่ยงภาวะ polypharmacy โดยอย่าใช้ยาที่ผลการรักษาไม่แน่ชัดและก่อนที่จะเพิ่มยาใหม่เข้าไปอีก ควรดูว่ามียาเดิมที่ควรจะหยุดได้หรือไม่ และพูดคุยกับผู้ป่วยหรือญาติที่ดูแลใกล้ชิดจนเข้าใจวิธีการบริหารยาที่เปลี่ยนไป

6. เลือกใช้ยาที่มีลักษณะการบริหารง่าย เช่น รับประทานวันละครั้ง ยารับประทานจะสะดวกกว่ายาฉีดหรือยาเหน็บ หลีกเลี่ยงการสั่งยาครึ่งเม็ดสำหรับยาที่มีขนาดเล็กลูกแล้ว

7. คำนึงอยู่เสมอว่าอาการใหม่ที่ผู้ป่วยมารายงานให้ทราบในการติดตามแต่ละครั้งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้อยู่เดิมและไม่ควรใช้ยาอีกชนิดหนึ่งเพื่อรักษาผลข้างเคียงของยาอีกตัวหนึ่ง แต่หยุดยาที่เป็นสาเหตุของผลข้างเคียงนั้นทันที

8. ตรวจสอบการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการซักประวัติยาและให้ผู้ป่วยนำยาทั้งหมดที่กำลังบริหารอยู่มาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์

ความรู้เกี่ยวกับยาชุด

ยาชุด

ยาชุด หมายถึง ยาที่ผู้ขายจัดรวมกันหลายชนิด มีรูปแบบสีสันของเม็ดยาแตกต่างกัน บรรจุรวมในซองเดียวกัน แต่ละชุดมียา 3-9 เม็ด สำหรับรับประทานพร้อมกันทีเดียว มีจำหน่ายในร้านขายยา ร้านขายของชำในหมู่บ้าน คลินิก คลินิกเถื่อน หรือเร่ขายไปตามหมู่บ้าน

ลักษณะของยาชุด ยาชุดที่พบกันทั่วไปมี 2 แบบ คือ (20)

แบบที่ 1 แบบที่ผู้ขายจัดให้ทันทีเมื่อผู้ซื้อไปปรึกษาอาการมักจำหน่ายโดยร้านขายยา เรียก ยาชุดสด

แบบที่ 2 แบบที่ผู้ชายจัดไว้ในช่องเล็กๆ ของละ 1 ชุด เมื่อมีผู้มาขอซื้อก็หยิบขายได้ทันที มักจำหน่ายโดยร้านขายยา การเร่งขาย หรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน เรียก ยาชุดสำเร็จรูป โดยมีการพิมพ์คำบรรยายและวิธีใช้ติดไว้บนซองพร้อมทั้งตั้งชื่อแปลกๆ

เทคนิคการจัดยาชุด

1. มักจะจัดให้มีชนิดของยาและจำนวนเม็ดมากๆ โดยสีและรูปแบบของเม็ดยาไม่เหมือนกันต่างๆ ที่เป็นยาชนิดเดียวกัน จัดให้กินครั้งเดียวเพื่อให้ความสะดวก โดยไม่คำนึงว่ายาเม็ดใดต้องกินก่อนก่อนอาหาร หรือหลังอาหาร หรือตอนท้องว่าง จัดยาให้ครอบคลุมสำหรับทุกโรค แม้จะไม่ได้เป็นก็ตาม ดังนั้น เมื่อคนกินยาชุดครั้งแรกจะรู้สึกอาการดีขึ้น ต่อไปก็จะซื้อยามากินอีกเป็นการเริ่มสะสมอันตรายและพิษภัยต่างๆ จากยาโดยไม่รู้ตัว
2. การตั้งชื่อยาชุดมีลักษณะ ใช้อั้วดสรรพคุณและเชิญชวนให้ทดลอง
3. มีการพิมพ์สรรพคุณบนซองโดยระบุข้อบ่งใช้อย่างกว้างขวางเป็นยาครอบจักรวาล ใช้รักษาได้หลายอาการ
4. ทำเป็นซองสำเร็จรูปไม่รู้ว่าแต่ละชุดประกอบด้วยยาอะไรบ้าง เข้ามาตรฐานหรือไม่ เสื่อมสภาพหรือไม่ ปลอดภัยหรือไม่ ได้มีการขึ้นทะเบียนหรือไม่

ยาอันตรายที่พบในยาชุด

1. Steroid group ยาในกลุ่มนี้จะพบอยู่ในยาชุดเกือบทุกชนิด เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว ทำให้รู้สึกสบาย ตัวยาที่พบบ่อยคือ Prednisolone หรือ Dexamethazone ซึ่งยาในกลุ่มนี้ กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้เป็นยาควบคุมพิเศษที่จะต้องใช้อย่างมีความควบคุมของแพทย์และเภสัชกร เพราะมีอันตรายจากผลข้างเคียงและพิษของยาก็คือ

1. เกิดอาการบวมหน้า ความดันโลหิตสูงจนถึงหัวใจล้มเหลวและจากความไม่สมดุลย์ของเกลือแร่ บุคคลที่ได้รับยาในกลุ่มนี้จะมีหน้าบวมกลมเหมือนพระจันทร์ (Moon Face) และบริเวณหลังคอบวมเป็นหนอกเหมือนหนอกวัว (Buffalo Hump) ทำให้ดูว่าอ้วนขึ้นแต่ความจริงเป็นลักษณะการฉุนมากกว่า

2. กระเพาะอาหารเป็นแผล มีเลือดออกและร้ายแรงถึงขั้นกระเพาะทะลุ

3. กระจกพรุนและหักง่าย

4. มีน้ำตาลในกระแสโลหิตมากขึ้น จึงมีโอกาเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น

5. การซ่อมแซมเนื้อเยื่อและบาดแผลหายช้า

6. ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อได้ง่าย

7. เมื่อรับประทานนานๆ จะทำให้ต่อมหมวกไตฝ่อ การทำงานของต่อมหมวกไตลดลงและถ้าหยุดยาทันทีจะมีผลทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ น้ำตาลในกระแสโลหิตลดลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อและถ้าหากเกิดภาวะเครียดหรือติดเชื้ออาจมีอาการมากถึงตายได้

8. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายมากขึ้นและคือยา

9. ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านประสาทและจิตใจ

2. Antibiotics พบในยาชุดแก้ปวดเมื่อย แก้ไข้หวัด โรคกระเพาะ โรคมalariaเรื้อรัง ตัวที่พบบ่อย ได้แก่ Tetracycline Chloramphenical Penicillin และ Sulfa ซึ่งยาเหล่านี้มีใช้สำหรับรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียบางอย่างเท่านั้น ในยาชุดจะมียาต้านจุลชีพเพียง 1-2 เม็ด ยาต้านจุลชีพนี้ถ้ารับประทานไม่ครบตามระยะเวลาการรักษาซึ่งโดยปกติผู้ซื้อจะรับประทานเพียง 1-2 เม็ด เท่านั้น จึงไม่มีผลทำลายเชื้อโรคได้หมดแต่กลับทำให้เชื้อโรคคือยา นอกจากนี้ยังอาจเกิดพิษต่อร่างกายโดยตรง เช่น

1. Tetracycline มีพิษต่อดับและไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ายาเสื่อมคุณภาพจะมีพิษต่อไตอย่างรุนแรงจนถึงไตวาย การใช้นี้ในเด็กจะทำให้กระดูกไม่เจริญ ฟันเปลี่ยนสี

2. Penicillin การแพ้ อาจเกิดขนาดน้อยจนกระทั่งรุนแรงถึงช็อคและตายได้

3. Chloramphenical ทำให้ไขกระดูกฝ่อ กดการสร้างเม็ดเลือดทุกชนิด ทำให้มีอาการโลหิตจาง เลือดออกหรือติดเชื้ออย่างรุนแรง

3. กลุ่มยาแก้ปวดลดไข้ พบจัดไว้ในยาชุดแก้หวัด ปวดเมื่อย มาเลเรีย ตัวยาที่พบบ่อยในยาชุด คือ ยาสูตรผสม A.P.C. (ได้มีการยกเลิกทะเบียนตำรับแล้ว) , Dipyron

A. คือ Aspirin ถ้าอยู่ในรูปยาเคี้ยวจะใช้ได้ผลดีถ้าใช้อย่างถูกต้อง ตัวยานี้ไม่ควรใช้ในรูปยาผสม ไม่ว่าจะกับ Phenacetin หรือ Paracetamol หรือ Caffein หรือ Valium เพราะจะได้รับอันตรายจากยาอื่นๆ และมีได้มีคุณภาพดีกว่ายาเคี้ยวเลย

P. คือ Phenacetin มีอันตรายต่อทางเดินปัสสาวะ ไต ทางเดินอาหาร เลือดและระบบประสาทส่วนกลาง โดยกระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้มและติดยา (รัฐบาลประกาศเลิกใช้ยาตัวนี้เดือนมกราคม 2527)

C. คือ Caffein ทำให้ติดยาซึ่งในประเทศไทยได้มีประกาศยกเลิกทะเบียนตำรับยาแก้ปวดทุกชนิดที่ผสมคาเฟอีน

Dipyron เป็นยาที่ไม่ควรใช้เลยโดยเฉพาะในเด็กอาจช็อคถึงตายได้ มีอันตรายสูงในการทำลายระบบเลือด เช่น ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงแตกง่าย เกิดโรคโลหิตจาง ฯลฯ

4. Antiinflammatory พบในยาแก้ปวดเมื่อยทุกชนิด ได้แก่

Phenylbutazone เป็นยาอันตรายควบคุมพิเศษผลข้างเคียงทำให้กระเพาะอาหารทะลุโลหิตจาง ตลอดจนยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดทั้งหมด บางคนคลื่นไส้ อาเจียน

Indomethacin มีอันตรายเช่นเดียวกับ Dipyron และ Phenylbutazone

5. Transquilizer Drugs พบในยาชุดเกือบทุกชนิดมี 2 ตัวยาที่พบมากคือ Chlordiazepoxide และ Diazepam ซึ่งเป็นอันตรายและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทซึ่งโดยปกติจะขายตามใบสั่งแพทย์เท่านั้น เมื่อใช้เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดภาวะติดยาเมื่อหยุดจะมีอาการหงุดหงิดกระวนกระวายใจจนถึงขนาดชัก ยานี้ทำให้หลับแต่ไม่หลับสนิทเมื่อเริ่มต้นนอนจึงอ่อนเพลีย มีนงง หากมีสภาพนี้นานเข้าร่างกายจะทรุดโทรม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนไป อาจมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว โมโหง่ายและก้าวร้าว

6. Antihistamine พบมากอยู่ 2 ชนิด คือ

Chlorpheniramine พบในยาชุดแก้ไข้หวัด ยาชุดแก้ผื่นคัน ผลข้างเคียงคือ ทำให้ง่วง ซึม และมีเสมหะเหนียวขึ้นจนขับออกยาก

Cyproheptadine พบในยาชุดอ้วน ยาชุดแก้ผื่นคัน และยาชุดแก้ไข้หวัด ยานี้แม้จะมีฤทธิ์ทำให้ออยากอาหาร แต่ผลข้างเคียงทำให้ง่วงซึม ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายหากต้องทำงานเสี่ยง เช่น ขับรถ ทำงานที่สูง ทำงานกับเครื่องจักร ในเด็กรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานานและกินไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดการเจริญเติบโตลดลง ซึ่งมีผลทำให้เด็กแคระแกรน

7. Vitamin ยาชุดเกือบทุกชนิดจะใส่วิตามิน เพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดหรือมีความเชื่อผิดๆ ว่าช่วยบำรุงร่างกาย ซึ่งความจริงแล้วถ้าร่างกายได้รับเพียงพอแล้วการเพิ่มวิตามินบางอย่างมากเกินไปเกินความต้องการจะเป็นอันตราย เช่น

วิตามิน ซี อาจเป็นสาเหตุของนิ่ว หรือถ้าเสื่อมคุณภาพอาจเป็นสารก่อมะเร็งได้

วิตามิน เอ-ดี หรือน้ำมันตับปลา พบในยาชุดกระจายเส้น ยาชุดแก้ปวดเมื่อยถ้าได้รับเกินขนาด ทำให้ความดันในสมองเพิ่มเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มีผื่นแดง ถ้ารุนแรงอาจถึงตายได้

ยาชุดที่พบบ่อย

1. ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เป็นยาชุดที่ใช้กันมากที่สุด โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่ห่างไกลในชนบทและผู้ใช้แรงงานที่มีฐานะยากจน เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ยาชุดนี้ประกอบไปด้วยยาชุดละ 5-9 เม็ด รับประทานครั้งละ 1 ชุด วันละ 1-2 ชุด เช่น ยาชุดแก้ขอก ยาชุดกระจายเส้น ยาประคอง 108 ยาประคองรวม เป็นต้น

การวิเคราะห์ตัวยา ที่นำมาจัดเป็นยาชุดแก้ปวดเมื่อยพบ 8 กลุ่ม คือ

Steroid group พบ Dexamethazone และ Prednisolone

Antibiotics พบยากลุ่มฆ่าเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

กลุ่มยาแก้ปวดและลดไข้ พบ APC หรือ Dipyron

Antiinflammatory พบ Phenylbutazone หรือ Indomethacin

Transquilizer Drugs พบ Chlordiazepoxide

Antihistamine พบ Cyproheptadine

Vitamin พบ Vitamin B หรือ Vitamin B complex

Antacid เพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากผลของยาชุดนี้

อันตรายจากยาชุดแก้ปวดเมื่อย ผลระยะยาวคือ หน้าบวม กระดูกผุ เม็ดเลือดขาวต่ำ ความต้านทานต่อโรคลดลง

2. ยาชุดแก้ไข้หวัด ชื่อที่พบทั่วไป คือ ยาแก้ไข้หวัดเด็ก ยาชุดแก้ไข้หวัดเด็กโต ยาชุดสำหรับผู้ใหญ่ชนิดพิเศษ ฯลฯ

การวิเคราะห์ตัวยา ส่วนประกอบของยาชุดแก้ไข้หวัดที่ขายกัน ส่วนใหญ่มักประกอบด้วยตัวยาดังแต่ 3-9 กลุ่ม คือ

Analgesics + Antipyretics พบ Dipyron หรือ Paracetamol

Antihistamine พบ Chlorpheniramine

ยาแก้คัดจมูก พบ Phenylephrine หรือ Pseudoephedrine

ยาระงับไอ พบ Dextro-methrophan

ยาขับเสมหะ พบ Ammonium Chloride หรือ Glyceril guaiacolate

Antibiotics พบ Chloramphenical Tetracycline Penicillin และ Sulfa

Steroid group พบ Dexamethazone และ Prednisolone

Sedatives พบ Chlordiazepoxide

Vitamin พบ Vitamin B complex Multivitamin หรือ Vitamin C

อันตรายจากยาชุดแก้ไข้หวัดมีการสะสมอันตรายจาก Steroid Chloramphenical Tetracycline และ Sedatives นอกจากนี้ยังทำให้ได้รับยาบางตัวเกินขนาด

3. ยาชุดอ้วน ชื่อยาที่พบทั่วไป คือ ยาชุดอ้วนพิเศษ ยาชุดอ้วนชาวอิสาน ฯลฯ

การวิเคราะห์ตัวยา ส่วนใหญ่มีส่วนประกอบหลักเหล่านี้ คือ

Steroid group พบ Dexamethazone และ Prednisolone

Antihistamine พบ Cyproheptadine

Sedatives พบ Chlordiazepoxide

Vitamin

อันตรายจากยาชุดอ้วน คือ เกิดอาการอ้วน น้ำ บวม น้ำ ความดันโลหิตสูง เป็น โรค ภาวะอาหาร ได้รับอันตรายจากสเตียรอยด์และยากล่อมประสาท

4. ยาชุดโรคกระเพาะอาหาร ชื่อยาที่พบทั่วไป คือ ยาชุดแก้โรคกระเพาะอาหารชนิด พิเศษหรือชนิดแรง การวิเคราะห์ตัวยา พบ

Antacids มักเป็นยาสูตรผสมของ Aluminium hydroxide, Magnesium carbonate และ Calcium carbonate

ยาลดการเกร็ง พบ Oxyphencyclimine, Atropine, Belladonna, Scopolmine alkaloid และ Alkaloid ทั้งในรูปยาเคี้ยวและยาสูตรผสม

Analgesics พบ Dipyrone

ยาแก้ท้องอืด พบยาสูตรผสมพวกน้ำมันหอมระเหย

antibiotics พบ Chloramphenical และ Chlor-strep

Sedatives มักเป็น Chlordiazepoxide

Enzyme เป็นยาสูตรผสมของ Pepsin papain และ Diasgease ใช้เป็นยาช่วยย่อยอาหาร

อันตรายจากยาชุดโรคกระเพาะอาหาร คือ ยาบางตัวเป็นสาเหตุสำคัญทำให้โรค กระเพาะอาหารรุนแรงขึ้น เช่น Aspirin และ Dipyrone ส่วน Cafein และยากล่อมประสาทเป็นต้น เหตุทำให้คิดยา ยาหลายตัวมีผลไปกีดการสร้างเม็ดเลือด เช่น Dipyrone และ Chloramphenical ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากเสียเลือดจากแผลในกระเพาะอาหาร แล้วร่างกายก็ยังไม่สามารถสร้าง เม็ดเลือดมาชดเชยได้ตามปกติ

5. ยาชุดแก้ผัดสำแลง ชื่อยาที่พบทั่วไป คือ ยาชุดแก้ผัดสำแลง(ชนิดพิเศษ) ยาชุดแก้ผัด สำแลง

การวิเคราะห์ตัวยา ส่วนประกอบของยาชุดแก้ผัดสำแลง ประกอบด้วยยา 5 กลุ่ม คือ

Analgesics & antipyretics

Antacids

Antihistamine พบ Chlorpheniramine และ Cyproheptadine

Sedatives พบ Chlordiazepoxide

Vitamin

อันตรายจากยาชุดแก้ปวดแก้แสบ ยาชุดนี้ให้ยาไม่ตรงกับอาการและมีผลทำให้เกิดโรคอื่นๆ จากยาแก้ปวด ยากล่อมประสาทและยาแก้แพ้

ความเสียหายจากการใช้ยาชุด

1. ใช้ยาฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น
2. เกิดอันตรายจากการแพ้ยา เนื่องจากไม่ทราบว่ายาชุดนั้นๆ มียาอะไรบ้าง
3. ทำให้ได้รับอันตรายจากยาโดยตรง ยาชุดที่พบมักประกอบด้วยยากลุ่มต่างๆ ที่เป็นอันตราย ซึ่งผู้ใช้ยาทุกคนจำเป็นต้องรู้ชื่อยา จึงสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

อันตรายจากยาชุด (21)

1. อันตรายจากตัวยาเอง
 - 1.1 ผลเสียจากยาแต่ละชนิดเนื่องจากเกิดอาการข้างเคียงของยา อาการที่ไม่พึงประสงค์ของยา อาจเกิดขึ้นได้ในขนาดรักษา โดยมีอาการอย่างอ่อนหรือมีอาการรุนแรงถึงชีวิต
 - 1.2 ผลเสียที่เกิดจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกันที่เรียกว่า drug interaction โดยจะมีลักษณะการเสริมฤทธิ์หรือการต้านฤทธิ์ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการต่ออวัยวะบางอย่างได้ เช่น ตับโต หัวใจ หรือทำให้ผลการรักษาหายช้า หรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นทำให้รักษายากขึ้น
2. อันตรายเนื่องจากผู้ใช้ยา มีปฏิกิริยาต่อยาผิดปกติไป
 - 2.1 บางคนมีความไวต่อยาบางชนิดผิดปกติไปจากคนอื่นฯ แม้จะใช้ยาในขนาดรักษาทำให้เป็นผลเสียต่อโรคเดิม หรือเกิดภาวะอื่นแทรกซ้อนได้ ทำให้อ่อนแอมากขึ้น
 - 2.2 บางคนเกิดอาการแพ้ยาบางขนานแม้ในขนาดน้อยๆ ซึ่งในคนธรรมดาไม่แพ้ อาจเกิดอาการรุนแรงถึงชีวิต
 - 2.3 บางคนมีโรคประจำตัวอยู่ เช่น วัณโรค โรคไต โรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดพิษของยาได้ง่าย และมีอาการรุนแรงมากขึ้น
3. อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

- 3.1 ไข้ไม่ถูกกับโรค ได้รับยาปลอม ไข้ไม่ครบตามจำนวน หรือ ไข้หายหมดอายุ
- 3.2 ได้รับยาเพียงช่วยบรรเทาอาการ แต่ไม่ได้รับการรักษาสาเหตุของโรค
- 3.3 ไข้มาแต่ละครั้งมากหรือน้อยเกินไป
- 3.4 ไข้ไม่ถูกวิธีหรือไม่ถูกทาง
- 3.5 การเปลี่ยนยาบ่อยๆ มักเกิดโทษมากกว่าคุณ
- 3.6 การรักษาบางขนานสำหรับแต่ละคน แต่ละเพศและแต่ละวัยนั้นไม่เหมือนกัน ต้องคำนึงถึงอายุ ภาวะของร่างกาย เช่น ภาวะการตั้งครรภ์ ระยะให้นมบุตร ตลอดจนต้องคำนึงถึงโรคอื่นที่เป็นอยู่ด้วย
- 3.7 การให้ยาบางขนานต้องคำนึงถึงอาชีพ เช่น ไม่ให้ยาที่ทำให้เกิดอาการง่วงซึม แก่ผู้ที่ต้องทำงานในที่สูง ผู้ที่ขับขี่ยานพาหนะ หรือผู้ที่ทำงานใกล้ไฟ ใกล้เครื่องจักร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแยกตามตัวแปรต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล (Host Factors)

อายุ

อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจและการตัดสินใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ (22) วอลท์เกอร์และคณะ (23) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า จึงเป็นไปได้ว่า ปัจจัยเรื่องอายุอาจมีอิทธิพลต่อกลุ่มบุคคลต่างๆ ในลักษณะที่แตกต่างกัน หรือข้อสรุปเรื่องอายุควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

จากการศึกษาของลาวัวชัย ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 50-59 ปีมีอัตราส่วนการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีมากที่สุด (2.56:1) เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ได้ทำงานมาเป็นเวลานาน ทำให้สภาพร่างกายทรุดโทรมลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภักดี โพธิศิริและคณะ (24) ที่พบว่าช่วงอายุที่สูงขึ้นมีแนวโน้มในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าคนที่อายุต่ำกว่าและจากการศึกษาของบุษบา สุวรรณศรี (25) ซึ่งพบว่า ผู้ที่คิดยาแก้ปวดมีอายุมากระหว่าง 50-65 ปี โดย



ทั่วไปใช้ยานละ 3-5 ของ บุคคลเหล่านี้มีประวัติเคยรับจ้างใช้แรงงานมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ได้รับคำแนะนำให้ใช้ยาแก้ปวดหัวใจหรือปวดหายเป็นยาขยันและใช้มาอย่างต่อเนื่องจนต้องเสพเป็นประจำ

เพศ

เพศเป็นสถานภาพของบุคคลอย่างหนึ่งที่สามารถบอกถึงความแตกต่างทางสรีรวิทยา และยังสามารถบอกถึงสภาวะความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการตัดสินใจในการเลือกวิธีรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพศหญิงจะมีบทบาทมาก เนื่องจากเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประชากรกลุ่มนี้

จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์ (26) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยไม่ได้พิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างเขตที่อยู่อาศัย พบว่าเพศหญิงเลือกใช้บริการจากแหล่งที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขน้อยกว่าเพศชายคือร้อยละ 63.3 และ 60.4 ตามลำดับ เพศหญิงเลือกการใช้รักษาตนเองสูงกว่าเพศชายคือร้อยละ 31.3 ในขณะที่เพศชายใช้การรักษาตนเองร้อยละ 29 ส่วนการเลือกการรักษาจากแพทย์แผนโบราณ พระและอื่นๆ เพศหญิงมีอัตราการเลือกใช้สูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภักดี โพธิศิริและคณะ (24) พบว่า เพศหญิงใช้ยาแก้ปวดลดไข้เป็นประจำมากกว่าเพศชาย

แต่ก็มีผลงานวิจัยบางชิ้นพบในทางตรงข้าม เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปโดยลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

อาชีพ

สถานภาพทางอาชีพเป็นสถานภาพที่ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป รวมทั้งสถานภาพทางเศรษฐกิจและสวัสดิการที่ได้รับจากอาชีพนั้นๆ แตกต่างกันด้วย ซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้วิธีหรือแหล่งการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ Day and Leoprapai (27) พบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีอาชีพทำเกษตรกรรมจะมีอัตราการใช้โรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอต่ำกว่ากลุ่มข้าราชการหรือกลุ่มทำงานในสำนักงาน เนื่องจากข้าราชการของรัฐสามารถเบิกได้รวมทั้งประชากรกลุ่มนี้เชื่อถือในสถานบริการของรัฐและมีพฤติกรรมเชื่อถือในการรักษาที่เป็นแผนใหม่ และจากการศึกษาของบรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล (5) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการปวดเมื่อยของร่างกาย โดยผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร กรรมกร จะมีอาการปวดเมื่อยร่างกายมากกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่นและ

นำไปสู่การใช้ยาชุดในที่สุด ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าอาชีพอามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยแต่เมื่อ พิจารณาอัตราส่วนในการใช้ยา พบว่าอาชีพรับจ้าง/กรรมกร มีอัตราส่วนการใช้ยาสูงสุดเป็น 1.9 เท่าของกลุ่มไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน อาชีพที่มีอัตราส่วนการใช้ยาค่ำสุดคือ ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ/เอกชน โดยมีอัตราส่วนการใช้ยาเป็น 0.48 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงความสามารถของบุคคลเป็นการสะสมประสบการณ์และความรู้จากการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยสูงอายุ แสดงถึงคุณภาพของบุคคล การวัดระดับการศึกษาทำได้โดยการผ่านการศึกษาอย่างมีระบบ หมายถึง ผู้ที่ผ่านการศึกษามากขึ้นกว่าย่อมมีพฤติกรรมในการรอบรู้มากกว่าผู้จบการศึกษาน้อยกว่าหรืออาจจะวัดจากแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ โดยตรง

ในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ Stoller (28) ได้ศึกษาถึงแบบแผนการใช้บริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์ของผู้สูงอายุ 753 คน ด้วยวิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ New York ในปี ค.ศ. 1972 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะพบแพทย์และปรึกษาปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าและจากการศึกษาของบรรเจิด เดชา ศิลปชัยกุล (5) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการเจ็บป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีวิธีการรักษาอาการปวดเมื่อยโดยไปรักษาที่สถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและเมื่อพิจารณาอัตราส่วนการใช้ยาในระดับการศึกษาต่างๆ เทียบกับกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาที่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้นมีอัตราส่วนการใช้ยาสูงสุดเป็น 0.73 เท่าของกลุ่มไม่ได้เรียน

รายได้ของครอบครัว

ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงถึงความสามารถในการซื้อบริการนั้นๆ ในสังคมปัจจุบันเป็นสังคมที่ใช้ระบบเงินตราเป็นสื่อสำหรับแลกเปลี่ยนสินค้าในตลาด ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจจึงถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญทั้งด้านการผลิตและการบริโภค รวมทั้งมีผลถึงการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลเช่น

กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกแหล่งรักษาที่มีอยู่น้อยหรือจำกัด ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูง จะเข้าถึงและใช้บริการได้มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า สันตและไรลีย์ (29) พบว่า การที่ประชาชนในชนบทไปใช้บริการทางสุขภาพของรัฐจำนวนน้อย เพราะค่าใช้จ่ายในการบริการ มีราคาสูงกว่าที่ประชาชนจะหาได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการแบบพื้นบ้าน จากการศึกษาวิจัย ปัญหาการติดยาแก้ปวดลดไข้หรือยาอื่นๆ ใน(กรรมกร) โรงงานอุตสาหกรรมของกองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (24) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการใช้ยาแก้ปวดลดไข้ โดยผู้มีรายได้น้อยจะมีความถี่ของการใช้ยาแก้ปวดลดไข้มากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล (5) ที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตนเมื่อมีอาการปวดเมื่อย กล่าวคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีวิธีการรักษาอาการปวดเมื่อยโดยไปรักษาที่สถานพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย โดยกลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 1,000-2,999 บาทต่อเดือน มีอัตราส่วนการใช้ยาสูงสุดเป็น 1.88 เท่า ของกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน

สถานภาพสมรส

เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาและให้ความช่วยเหลือ จะมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสและบุคคลในครัวเรือน ถือเป็นแหล่งความช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการที่ผู้ป่วยพึงได้รับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการความช่วยเหลือมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง

สถานภาพสมรสสามารถบ่งบอกรูปแบบของพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสกับเป็นโสด ย่อมมีความแตกต่างกันในแง่ของการได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล หรือเป็นที่ปรึกษา ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสจะได้รับมากกว่าผู้ที่อยู่ในสถานภาพโสด สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน (30)

จากการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เมื่อพิจารณาอัตราส่วนการใช้ยา พบว่า สถานภาพสมรสคู่อัตราส่วนการใช้ยาเป็น 1.37 เท่าของสถานภาพสมรสโสด

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด

จากการศึกษาของบรรเจิด เศษาศิลปชัยกุล (5) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงอันตรายจากการใช้ยา ร้อยละ 74.2 ทราบถึงอันตรายจากยาที่ใช้เป็นร้อยละ 25.8 กลุ่มตัวอย่างถึงจะทราบอันตรายจากการใช้ยาแต่ก็ยังใช้อยู่ เนื่องจากยาที่รับประทานนี้บรรเทาอาการปวดเมื่อยได้มากกว่ายาตัวอื่นและหาซื้อได้ง่าย ซึ่งการศึกษาของลาวัณย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและการศึกษาของวุฒินันท์ ตปนิยากรและคนอื่นๆ (31) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.95 สามารถบอกลักษณะ รูปแบบของยาชุดได้ถูกต้อง ส่วนความรู้ต่อประโยชน์และอันตรายของยาชุดส่วนใหญ่รู้ว่ายาชุดมีอันตราย

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการปวดเมื่อย

พบว่าระยะเวลาของการเป็นโรคหรือระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาโรคทำให้การปฏิบัติตามคำสั่งในการใช้น้ำยาลด เนื่องจากผู้ป่วยหลงลืมหรือเกิดความเบื่อหน่าย ดังเช่นการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรักษาตัวนาน จะมีอัตราการไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งในการใช้ยาสูงและเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี พบว่า ผลการตรวจปัสสาวะเป็นลบทั้งหมดแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้เลย ตรงกันข้าม ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยโดยมากจะใช้วิธีการรักษาตนเอง (32)

ความรุนแรงของการปวดเมื่อย

ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย เป็นตัวกำหนดที่สำคัญปัจจัยหนึ่งต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลจากแพทย์ โดยพบว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการใช้บริการจากแพทย์ กล่าวคือ เมื่อเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงมากจะใช้บริการจากแพทย์มากกว่าเมื่อเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงน้อย การศึกษาของ Nelson และคณะอ้างใน อภิถิติ เหมะจุฑา (33) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากจะมีพฤติกรรมในการใช้ยาตามสั่งสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อย แต่การศึกษาของ Evans และ Spelman อ้างใน อภิถิติ เหมะจุฑา (33) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากจนถูกจำกัดกิจกรรมในชีวิตหรือมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

โรคจะมีแนวโน้มในการใช้ยาไม่ตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งต่างจากการศึกษาผู้ป่วยโรคข้อในต่างประเทศที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะหลายอย่างของโรครวมกันอาจจะมีแบบแผนการใช้ยาที่ซับซ้อนกว่าแต่มีการใช้ยาตามสั่งคิดว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางเรื่องพบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของนุชบา สุวรรณศรี (25) พบว่าแบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดตามการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของอาการนั้นส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะต้องใช้ยาแรงด้วยเพื่อให้ทันกับโรค

ตำแหน่งที่มีอาการปวดเมื่อย

เนื่องจากความเจ็บปวดเป็นกลไกการป้องกันตนเองอันดับแรกของร่างกาย เมื่อร่างกายเจ็บป่วยลงด้วยโรคใดๆ ก็ตาม มักจะมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยเสมอ ดังนั้นยาที่นำมาใช้เพื่อบำบัดรักษาอาการปวดนั้นจึงมีทั้งที่เป็นยาแก้ปวดและยารักษาโรคอื่นๆ ถึงแม้จะไม่มีสรรพคุณรักษาอาการปวดโดยตรง แต่ก็มีผลทำให้อาการปวดที่คุกคามอยู่หายไปได้เช่นกัน

จากการศึกษาของภักดี โพรศิริและคณะ (24) พบว่า ประเภทของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นประจำ พบว่าอาการปวดศีรษะพบมากเป็นอันดับแรก รองลงมาคืออาการปวดท้องและการปวดเมื่อยตามตัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสารที ลิประเสริฐ (35) พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการใช้ยา ได้แก่ อาการปวดเมื่อยหลังจากทำงาน บริเวณที่มีอาการปวดเมื่อยได้แก่ บริเวณ เอว หลัง และขา

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors)

ลักษณะของครอบครัวที่เอื้อให้ใช้ยาชุด

จากการศึกษาของลาวัลย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จากการศึกษพบว่า ผู้ที่แนะนำให้ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยมากที่สุด คือ ญาติพี่น้อง แสดงให้เห็นว่า เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยผู้ป่วยจะปรึกษาหารือกับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย โดยที่ปรึกษาเหล่านี้จะมีบทบาทตั้งแต่การวินิจฉัยโรค เลือกรักษาของยา เลือกรักษาที่ให้การรักษา ประเมินผลการรักษาโดยอาศัยประสบการณ์ที่ตนเองเคยพบ เคยได้ยิน

และเคยกระทำมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภักดี โปธิศิริและคณะ (24) ที่พบว่าผู้ที่เลือกชนิดยาแก้ปวดลดไข้ให้กับผู้ป่วยมากที่สุดคือ เพื่อนบ้าน ญาติ

การมีเครือข่ายทางสังคมที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากคนไทยโดยส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย มักจะมีการดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือกันในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม โดยมักจะเป็นการซื้อยามารับประทานเองก่อนวิธีอื่นๆ ซึ่งจากการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือสาธาณสุขมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เพราะถ้าในบ้านหรือครอบครัวมีญาติพี่น้องหรือบุคคลทำงานเกี่ยวกับแพทย์หรือสาธารณสุข ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความรู้เกี่ยวกับยาพอสมควร เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดอาการเจ็บป่วยมักจะปรึกษาหารือญาติพี่น้อง ทำให้มีการเลือกประเภทของยาที่จะรักษาได้ดีกว่าบุคคลอื่นๆ

ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข

ปัจจุบันแม้การคมนาคมในประเทศหรือระหว่างจังหวัดต่อจังหวัดเจริญมากขึ้น แต่ก็พบว่าในชนบทการคมนาคมหรือการติดต่อสื่อสารในบางท้องที่ยังมีความลำบาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยเกิดขึ้นอาจใช้ยารักษาตนเองตามที่มีอยู่ในหมู่บ้าน แต่จากการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) พบว่า ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด

จากการศึกษาของภักดี โปธิศิริและคณะ (24) พบว่า กรรมกรที่ซื้อยาแก้ปวดลดไข้ที่ร้านขายยาโดยระบุชื่อยี่ห้อของยานั้นถูกชักจูงจากการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ คือ การบอกปากต่อปากของเพื่อนบ้าน ญาติ ที่มีอิทธิพลสูงเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 49.64) และจากการศึกษาของบุษบา สุวรรณศรี (25) พบว่าแหล่งการรักษาเย็บยาในหมู่บ้าน โดยชาวบ้านด้วยตนเองมี 4 ราย เป็นผู้มีอาการปวดเรื้อรัง เช่น ปวดข้อ ปานคง (ตามการวินิจฉัยของชาวบ้าน) แรกทีเดียวชาวบ้านกลุ่มนี้มียาเก็บไว้กินเองแต่เมื่อมีผู้มาขอซื้อคราวต่อไปจึงซื้อเก็บไว้มากๆ เพื่อนำมาขายต่อ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสำรวจ (Survey Research) ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลังดำเนินการในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีบ้านเรือนหรือที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเดือนธันวาคม 2539 - กุมภาพันธ์ 2540 จำนวน 4,731 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีบ้านเรือนหรือที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี โดยมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้อาศัยอยู่ในครอบครัวถาวรระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือนขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ขนาดตัวอย่าง

$$\text{จากสูตร } (n) = \frac{Z^2_{\alpha/2} pq}{d^2} \quad (36)$$

เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$

$n =$ ขนาดตัวอย่าง

$d =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่จะพบผู้เข้าชุด $= 0.2 * 0.28 = 0.056$

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ

p = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้ยาชุด จากการศึกษาสำรวจมีค่า 0.28

q = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่เคยใช้ยาชุดมีค่า 0.72 (1-p)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.28)(0.72)}{(0.056)^2}$$

จะได้ขนาดตัวอย่าง = 247 คน

เพื่อลดความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 310 คน

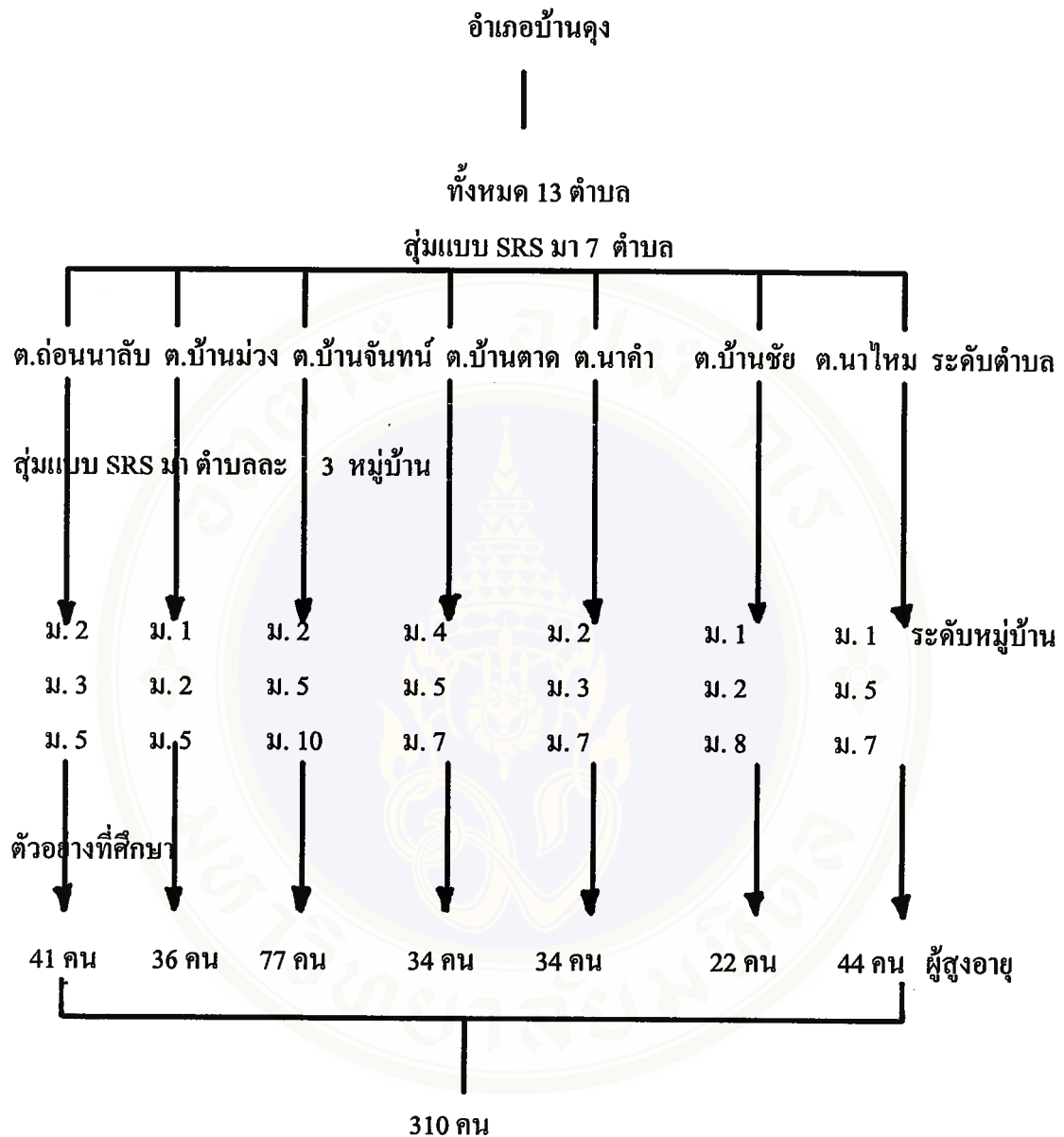
วิธีการสุ่มตัวอย่าง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive) คือ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 13 ตำบล 131 หมู่บ้าน แล้วทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

ขั้นแรก ทำการเลือกตำบลตัวอย่างจากจำนวนทั้งสิ้น 13 ตำบล ให้ได้ 7 ตำบลโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นที่สอง ในแต่ละตำบลตัวอย่างทำการเลือกหมู่บ้านตัวอย่าง โดยเลือกตำบลละ 3 หมู่บ้านโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนหมู่บ้านตัวอย่างรวม 21 หมู่บ้าน

ขั้นที่สาม จากหมู่บ้านตัวอย่างทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อที่มีอยู่ในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่มีในหมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

(Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 หมวดได้แก่
หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ทำการศึกษาประวัติส่วนตัว ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจสังคมมีทั้งหมด 14 ข้อ

หมวดที่ 2 พฤติกรรมและผลของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ทำการศึกษาในเรื่อง สาเหตุการใช้ ความถี่ในการใช้ยา จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวัน จำนวนชุดที่ใช้ต่อครั้ง เวลาที่กินยา การกินยาอื่นร่วมด้วย สถานที่ซื้อยาชุดแก้ปวดเมื่อย วิธีการซื้อยา ผลของการรักษาและอาการผิดปกติหลังกินยาชุดแก้ปวดเมื่อย มีทั้งหมด 20 ข้อ

หมวดที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหมายและชนิดของยาชุด องค์ประกอบของยาชุด อันตรายของการกินยาชุดเป็นประจำและผลของยาชุดต่อผู้มีโรคประจำตัว มีทั้งหมด 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้เป็น 1

ตอบผิดให้เป็น 0

แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยการอิงกลุ่มจากการใช้คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จักระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง มีระดับคะแนน 9-12

ระดับปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนน 5-8

ระดับต่ำ หมายถึง มีระดับคะแนน 0-4

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยต้องผ่านการตรวจสอบความตรงในเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนจากนั้นในส่วนของความรู้นำมาหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนรวมต่ำ และกลุ่มที่มีคะแนนรวมสูง แล้วทำการทดสอบความแตกต่างแต่ละข้อระหว่าง 2 กลุ่มนี้ โดยใช้ t-test พบว่าค่า t มีค่ามากกว่า 1.75 ถือว่าแบบสอบถามข้อนั้นมีอำนาจจำแนก หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธี KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.73 โดยใช้สูตรดังนี้

$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right] \quad (37)$$

เมื่อ r = แทนดัชนีความเที่ยงของแบบสอบถาม

k = แทนจำนวนข้อของแบบสอบถาม

p = แทนสัดส่วนของคนที่ตอบถูก

q = แทน $1-p$

S^2 = แทนความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบทั้งฉบับของคนทั้งหมดที่ทำแบบทดสอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2539-เดือนกุมภาพันธ์ 2540 หลังจากได้ดำเนินการทดลองใช้แบบสอบถามและแก้ไขแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ทำการสัมภาษณ์ตามหลังคาเรือนตัวอย่างดังกล่าว โดยผู้วิจัยเอง คำตอบทั้งหมดบันทึกในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูล

วิธีการเตรียมข้อมูล

โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและให้คะแนน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาลงรหัสในแบบสอบถาม จากนั้นบันทึกข้อมูลลงในแผ่นดิสเก็ต (Diskette) เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป spss/pc+ version 6 (statistical package for the social science)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาความชุกจากสูตร

$$\text{อัตราความชุก} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จุดเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่จุดเวลานั้น}} \times 1,000$$

หน่วย : จำนวนต่อประชากร 1,000 คน ที่จุดเวลาที่กำหนด

หน่วยประชากรอาจเป็น 100, 1,000 10,000 หรือ 100,000 ก็ได้

สัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุด (Prevalence Ratio)

รูปแบบตาราง

	Y	event	no event	total
X				
exposed		a	b	a + b
non exposed		c	d	c + d
total		a + c	b + d	N

$$\text{สูตร Prevalence Ratio} = \frac{a/a + b}{c/c + d}$$

2. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม

3. สถิติวิเคราะห์ (Statistical analysis) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในผู้สูงอายุ โดยใช้

3.1 วิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) จาก

- chi-square test
- t-test เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของกลุ่มใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

3.2 วิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate analysis) โดยใช้

- Multiple logistic regression เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยด้วยวิธีการถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (Forward stepwise method) โดยพิจารณาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรมากที่สุดเข้ามาในสมการ พิจารณาจาก Simple correlation ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่สูงที่สุดทำการ Fit model แล้วทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระใหม่เข้ามาในสมการอีก ในการวิเคราะห์ Model แต่ละครั้งถ้าพบว่ามีตัวแปรที่คัดเลือกเข้ามาในสมการ ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ตัวแปรอิสระนั้นจะถูกตัดออกจากสมการ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านคุง จังหวัดอุดรธานี โดยการสุ่มตัวอย่างศึกษาใน 21 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1,5,7	ตำบลนาไหม
หมู่ที่ 2,3,5	ตำบลถ่อนนาสิบ
หมู่ที่ 2,5,10	ตำบลบ้านจันทน์
หมู่ที่ 4,5,7	ตำบลบ้านคาด
หมู่ที่ 1,2,8	ตำบลบ้านชัย
หมู่ที่ 2,3,7	ตำบลนาคำ
หมู่ที่ 1,2,5	ตำบลบ้านม่วง

ศึกษาในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 310 ราย พบเป็นกลุ่มที่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 66 ราย กลุ่มที่ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 244 ราย โดยนำเสนอผลการศึกษาตามหัวข้อดังนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย
3. พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย
4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้ยาและกลุ่มที่ไม่ใช้ยาชุด
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

1. ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว การเข้าถึงสถานบริการ สรุปได้ดังนี้

อายุ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 26.5 รองลงมาคือ อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 25.8 และอายุ 80 ปี ขึ้นไปมี 34 คน ร้อยละ 11 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีค่า 69.96 ปี

เพศ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน (ratio) เพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 1:2

สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสถานภาพสมรสสูงที่สุดถึง 156 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 รองลงมาคือสถานภาพสมรสหม้าย 147 คน ร้อยละ 47.4 สถานภาพโสดมี 3 คน ร้อยละ 1 และสถานภาพหย่า/แยกมี 4 คน ร้อยละ 1.3

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา พบว่ามีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 44.5

อาชีพ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้านถึงร้อยละ 81รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 14.8 และไม่ใช่อาชีพเกษตรกรร้อยละ 4.2

รายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 82 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 17.4 และมีเหลือเก็บร้อยละ 0.6

โรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า มีโรคปวดข้อและกล้ามเนื้อร้อยละ 30.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 1.9 โรคหอบหืดร้อยละ 1.9 โรคความดันสูงร้อยละ 1 วัน โรคร้อยละ 1 และโรคหัวใจร้อยละ 0.3

การเข้าถึงสถานบริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะไปรับบริการที่ร้านขายยาถึงร้อยละ 57.7 รองลงมาคือคลินิกร้อยละ 28.1 โรงพยาบาลของรัฐบาลร้อยละ 4.5 สถานีอนามัยร้อยละ 4.5 ร้านขายของชำร้อยละ 3.2 และ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ร้อยละ 2.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน		ร้อยละ
อายุ (ปี)	เพศ		
	ชาย	หญิง	
60-64	28(9.0)	52(16.8)	25.8
65-69	32(10.3)	50(16.2)	26.5
70-74	33(10.6)	41(13.3)	23.9
75-79	10(3.2)	30(9.6)	12.8
80 ปี ขึ้นไป	13(4.2)	21(6.8)	11.0
รวม	116	194	100.0
อายุเฉลี่ย (x)		69.96	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)		7.08	
มัธยฐาน (median)		69	
เพศ			
ชาย		116	37.4
หญิง		194	62.6
รวม		310	100.0
สถานภาพสมรส			
โสด		3	1.0
คู่		156	50.3
หม้าย		147	47.4
หย่า/แยก		4	1.3
รวม		310	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	138	44.5
สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา	169	54.5
สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา	3	1
รวม	310	100.0
อาชีพ		
เกษตรกร	46	14.8
ไม่ใช่เกษตรกร	13	4.2
ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน	251	81
รวม	310	100.0
รายได้ของครอบครัว		
ไม่เพียงพอ	254	82
เพียงพอ	54	17.4
เหลือเก็บ	2	0.6
รวม	310	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงสถานบริการ		
ร้านขายยา	179	57.7
คลินิก	87	28.2
โรงพยาบาลของรัฐ	15	4.8
สถานิอนามัย	15	4.8
ร้านขายของชำ	10	3.2
ศสมช.	4	1.3
รวม	310	100.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	197	63.5
โรคปวดข้อและกล้ามเนื้อ	94	30.0
โรคเบาหวาน	6	1.9
โรคหอบหืด	6	1.9
โรคความดันโลหิตสูง	3	1.0
โรควัณโรค	3	1.0
โรคหัวใจ	1	0.3
รวม	310	100.0

2. การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งสิ้น 310 ราย พบผู้ใช้ยาชุดแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในรอบหกเดือนที่ผ่านมาจำนวน 66 ราย ความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยที่สำรวจได้ร้อยละ 21.3 คิดเป็นความชุกในผู้สูงอายุชายร้อยละ 27.6 ความชุกของผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 17.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในรอบหกเดือนที่ผ่านมา

การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในรอบหกเดือนที่ผ่านมา	จำนวน		รวม
	ชาย	หญิง	
เคย	32 (27.6)	34(17.5)	66(21.3)
ไม่เคย	84(72.4)	160(82.5)	244(78.7)
รวม	116(62.6)	194(37.4)	310(100.0)

สัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปี ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย 2.86 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70-79 ปี ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย 2.18 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.57 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง

สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.61 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยก

อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.55 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพไม่ใช่งานเกษตรกรรมใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.18 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน

รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.23 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ปานกลางใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 4.60 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้มาก และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้น้อยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 18.34 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้มาก

ความรุนแรงของการปวดเมื่อย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลางใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.87 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเมื่อยอยู่ในระดับน้อย

การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยใช้ยาชุดเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด

การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 2.79 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด

ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

ปัจจัย	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	Prevalence ratio
อายุ (ปี)			
60-69	41(62.2)	121(49.6)	2.86
70-79	22(33.3)	92(37.7)	2.18
80 ปีขึ้นไป	3(4.5)	31(2.7)	-
เพศ			
ชาย	32(48.5)	84(34.4)	1.57
หญิง	34(51.5)	160(65.6)	-
สถานภาพสมรส			
คู่	41(62.1)	115(47.1)	1.61
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	25(37.9)	129(52.9)	-
อาชีพ			
เกษตรกร	14(21.2)	32(13.1)	1.55
ไม่ใช่เกษตรกร	3(4.5)	10(4.1)	1.18
ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน	49(74.3)	202(82.8)	-
รายได้			
ไม่เพียงพอ	56(84.8)	198(81.1)	1.23
เพียงพอ	10(15.2)	46(18.9)	-

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (ต่อ)

	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	Prevalence ratio
การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด			
น้อย	43(65.2)	32(13.1)	18.34
ปานกลาง	20(30.3)	119(48.8)	4.60
มาก	3(4.5)	93(38.1)	-
ความรุนแรงของการปวดเมื่อย			
รุนแรงปานกลาง	37(56.1)	66(35.1)	1.87
รุนแรงน้อย	29(43.9)	122(64.9)	-
การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด			
มี	12(78.2)	19(7.8)	2.00
ไม่มี	54(81.8)	225(92.2)	-
การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข			
ไม่มี	53(80.3)	232(95.1)	2.79
มี	13(19.7)	12(4.9)	-
การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด			
มี	12(18.2)	17(7.0)	2.15
ไม่มี	54(81.8)	227(93.0)	-

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (ต่อ)

	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	Prevalence ratio
ปัจจัย			
ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ			
ไม่สะดวก	42(63.6)	191(78.3)	1.72
สะดวก	24(36.4)	53(21.7)	-

3. พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

จากการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ที่เคยใช้ยาชุดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยจำนวน 66 ราย พบพฤติกรรมในการใช้ยาชุด สาเหตุของการใช้ปวดเมื่อย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งใช้ยาชุด ความรุนแรงของอาการปวดเมื่อย ความถี่ในการใช้ยา จำนวนครั้งที่กินต่อวัน จำนวนชุดที่กินต่อครั้ง การกินยาอื่นร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย ชนิดของยาที่กินร่วมกับยาชุด ชนิดของยาชุด อาการผิดปกติหลังกินยาชุดแก้ปวดเมื่อย ดังนี้

สาเหตุของการใช้ปวดเมื่อย พบว่า เกิดจากการทำงานร้อยละ 93.9 และจากโรคประจำตัวร้อยละ 6.1

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยจนกระทั่งใช้ยาชุด พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการปวดเมื่อย 1 วัน จะเริ่มใช้ยาชุดถึงร้อยละ 36.4 รองลงมาคือ 3 วัน ร้อยละ 33.3

ความรุนแรงของอาการปวดเมื่อย จากการศึกษพบว่าส่วนใหญ่เมื่อมีอาการรุนแรงในระดับปานกลางร้อยละ 56.1 จะเริ่มใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

ความถี่ในการใช้ยา ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.5 ใช้ยาชุดเฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อย

จำนวนครั้งที่ใช้ต่อวันและจำนวนชุดที่ใช้ต่อครั้ง จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่รับประทานยาเฉลี่ย 1 ครั้งใน 1 วัน และโดยเฉลี่ยครั้งละ 1 ชุด

และการกินยาอื่นร่วมด้วย พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.2 ไม่กินยาอื่นร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย ร้อยละ 31.8 กินยาอื่นร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย ชนิดของยาที่กิน ได้แก่ ยาของต้มใจ บวดหายยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น

สถานที่ซื้อยา วิธีการซื้อยาและราคาต่อชุด (บาท) พบว่า สถานที่ซื้อยาส่วนใหญ่ร้อยละ 46.1 ซื้อจากคนขายยาเร่ รองลงมาร้อยละ 37.9 ซื้อจากร้านขายยา และร้อยละ 16 ซื้อจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน โดยมีวิธีซื้อยาคือ ส่วนใหญ่ร้อยละ 47 เล่าอาการให้คนขายฟัง ร้อยละ 37.9 บอกชื่อยาชุดที่ต้องการ โดยระบุชื่อยาชุด เช่น ยาชุดกระจายเส้น ยาปานคง 108 ยาชุดหมอนวด ยาชุดปานคงเข้าข้อ เป็นต้น สำหรับราคาเฉลี่ยต่อชุด (Mode) เท่ากับ 5 บาท

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีอาการบวมร้อยละ 19.7 ปวดท้องถ่ายดำร้อยละ 9.1 คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 7.6 มีผื่นแดงคันร้อยละ 3 และปวดศีรษะร้อยละ 1.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4, 5 และ 6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จำแนกตาม สาเหตุของการปวดเมื่อย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งใช้ยาชุด ความรุนแรงของการปวดเมื่อยจนกระทั่งใช้ยาชุด

สาเหตุ/ระยะเวลา/ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของการปวดเมื่อย		
จากการทำงาน	62	93.9
จากโรคประจำตัว	4	6.1
รวม	66	100.0
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยจนกระทั่งใช้ยาชุด		
1 วัน	24	36.4
2 วัน	17	25.8
3 วัน	22	33.3
5 วัน	3	4.5
รวม	66	100.0
ความรุนแรงของการปวดเมื่อย		
รุนแรงปานกลาง	37	56.1
รุนแรงน้อย	29	43.9
รุนแรงมาก	0	0
รวม	66	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการใช้ยา		
กินทุกสัปดาห์	1	1.5
กินเฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อย	65	98.5
รวม	66	100.0
จำนวนครั้งที่ใช้/วัน		
1 ครั้ง	64	97.0
2 ครั้ง	0	0
3 ครั้ง	2	3.0
รวม	66	100.0
จำนวนครั้งที่ใช้เฉลี่ย/วัน	1.06	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	0.34	
ฐานนิยม (Mode)	1.0	
การกินยาอื่นร่วมด้วย		
กิน	21	31.8
ไม่กิน	45	68.2
รวม	66	100.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (ต่อ)

พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาอื่นที่กินร่วม		
ยาของต้มใจ บวดหาย	5	23.9
ยารักษาโรคไขข้ออักเสบ	6	28.5
ยาแก้ปวดพาราเซตามอล	6	28.5
ยารักษาโรคเบาหวาน	4	19.1
รวม	21	100.0
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น		
ไม่มี	39	59.1
อาการบวม	13	19.7
ปวดท้อง ถ่ายดำ	6	9.1
คลื่นไส้ อาเจียน	5	7.6
มีผื่นแดง คัน	2	3.0
ปวดศีรษะ	1	1.5
รวม	66	100.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย จำแนกตาม สถานที่ซื้อยา วิธีการซื้อยาและราคาต่อชุดของยาชุดแก้ปวดเมื่อย

สถานที่ซื้อยา/วิธีการซื้อยา/ราคาต่อชุด	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ซื้อยา		
ร้านขายยา	25	37.9
ร้านขายของชำ	11	16.0
คนขายยาเร่	30	46.5
รวม	66	100.0
วิธีการซื้อยา		
เล่าอาการให้คนขายฟัง	31	47.0
บอกชื่อยาชุดที่ต้องการ	25	37.9
เอาตัวอย่างยาเดิมไปซื้อ	10	15.1
รวม	66	100.0
ชนิดของยาชุดที่กลุ่มตัวอย่างระบุ		
ยาชุดปานดงเข้าข้อ	10	40.0
ยาชุดกระจายเส้น	7	28.0
ยาชุดหมอนวด	5	20.0
ยาชุดปานดง 108	3	12.0
รวม	25	100.0
ราคา/ชุด (บาท)		
5 บาท	45	68.2
3 บาท	19	28.8
20 บาท	2	3.0
รวม	66	100.0

4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุด

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 310 คน ได้ทำการศึกษาในเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดโดยใช้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ใช้ยาและไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 66 คน มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดแก้ปวดเมื่อยที่ 4.75 คะแนน ส่วนในกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดแก้ปวดเมื่อยที่ 7.72 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	\bar{x}	SD	t-test	p-value
กลุ่มผู้ใช้ยา	66	4.75	2.16	9.25	<0.001
กลุ่มไม่ใช้ยา	244	7.72	2.35		

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ ของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยกับปัจจัยด้านบุคคล (Host factor) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ สาเหตุของการปวดเมื่อย ความรุนแรงของการปวดเมื่อย ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factor) ได้แก่ ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ลักษณะของครอบครัวที่เอื้อให้ใช้ยาชุด การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่า

ปัจจัยด้านบุคคล

ผู้สูงอายุที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คือร้อยละ 62.2 และ 49.6 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 51.5 และ 65.6 ตามลำดับ) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.1 และ 47.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เรียนหนังสือ (ร้อยละ 56.1 และ 55.3 ตามลำดับ) ไม่มีอาชีพคือไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 74.3 และ 82.8 ตามลำดับ) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 84.8 และ 81.1 ตามลำดับ) มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.3 และ 65.2 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรได้ผลดังนี้ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 8

อายุ ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.082)

เพศ พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.036)

สถานภาพสมรส พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.030)

ระดับการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.915)

อาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.248)

รายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.488)

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านบุคคล	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	χ^2	P-value
อายุ (ปี)			4.984	0.082
60-69	41(62.2)	121(49.6)		
70-79	22(33.3)	92(37.7)		
80 ปี ขึ้นไป	3(4.5)	31(12.7)		
เพศ			4.384	<u>0.036</u>
หญิง	34(51.5)	160(65.6)		
ชาย	32(48.5)	84(34.4)		
สถานภาพสมรส			4.669	<u>0.030</u>
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	25(37.9)	129(52.9)		
คู่	41(62.1)	115(47.1)		
ระดับการศึกษา			0.011	0.915
ไม่ได้เรียน	29(43.9)	109(44.7)		
เรียน	37(56.1)	135(55.3)		



ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (ต่อ)

	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	χ^2	P-value
อาชีพ			2.788	0.248
เกษตรกรกรรม	14(21.2)	32(13.1)		
ไม่ใช่เกษตรกรกรรม	3(4.5)	10(4.1)		
ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน	49(74.3)	202(82.8)		
รายได้			0.480	0.488
ไม่เพียงพอ	56(84.8)	198(81.1)		
เพียงพอ	10(15.2)	46(18.9)		
การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด			80.997	<u><0.001</u>
มาก -	3(4.5)	93(38.1)		
ปานกลาง	20(30.3)	119(48.8)		
น้อย	43(65.2)	32(13.1)		

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

สาเหตุของการปวดเมื่อย ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.357)

ความรุนแรงของการปวดเมื่อย พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.002)

ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อย ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย (p-value=0.924)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	χ^2	P-value
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย				
สาเหตุของการปวดเมื่อย			0.847	0.357
จากการทำงาน	17(25.8)	38(20.3)		
จากโรคประจำตัว	49(74.2)	149(79.7)		
ความรุนแรงของการปวดเมื่อย			8.897	<u>0.002</u>
รุนแรงน้อย	29(43.9)	122(64.9)		
รุนแรงปานกลาง	37(56.1)	66(35.1)		
ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อย			0.475	0.924
1 วัน	15(22.7)	38(20.2)		
2 วัน	19(28.8)	50(26.6)		
3 วัน	17(25.8)	55(29.3)		
5 วัน	15(22.7)	45(23.9)		

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 92.2 ตามลำดับ ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข (ร้อยละ 80.3 และ 95.1 ตามลำดับ) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 71.2 และ 79.1 ตามลำดับ) ไม่มีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด (ร้อยละ 81.8 และ 93 ตามลำดับ) ไม่สะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ 63.6 และ 78.3 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรได้ผลดังนี้ รายละเอียดดังตารางที่ 10

การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$)

การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

ลักษณะครอบครัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value} = 0.174$)

การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$)

ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ พบความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$)

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อโยยโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

	ใช้ยาชุด (N=66)	ไม่ใช้ยาชุด (N=244)	χ^2	P-value
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม				
การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด			6.236	<u>0.012</u>
มี	12(78.2)	19(7.8)		
ไม่มี	54(81.8)	225(92.2)		
การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข			15.303	<u>0.001</u>
มี	13(19.7)	12(4.9)		
ไม่มี	53(80.3)	232(95.1)		
ลักษณะครอบครัว			1.848	0.174
ครอบครัวเดี่ยว	19(28.8)	51(20.9)		
ครอบครัวขยาย	47(71.2)	193(79.1)		
การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด			7.704	<u>0.005</u>
มี	12(18.2)	17(7.0)		
ไม่มี	54(81.8)	227(93.0)		
ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ			5.965	<u>0.014</u>
สะดวก	24(36.4)	53(21.7)		
ไม่สะดวก	42(63.6)	191(78.3)		

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multiple logistic regression)

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ ได้แก่ อายุ 60-69 ปี ($P=0.017$) เพศชาย ($P=0.002$) การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด ($P=0.007$) การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ($P=0.010$) ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุข ($P=0.011$) มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง ($P=0.016$) มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ($P=0.003$) มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับน้อย ($P<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 11 แสดงโดยสมการได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \log_e(P_i/1-P_i) = & -6.68 + 1.26 (\text{เพศชาย}) + 1.72(\text{อายุ 60-69 ปี}) \\ & + 1.46 (\text{มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด}) \\ & + 1.57 (\text{มีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด}) \\ & + 1.73 (\text{ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข}) \\ & + 2.13 (\text{มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับปานกลาง}) \\ & + 4.65 (\text{มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับน้อย}) \\ & + 0.97 (\text{มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง}) \end{aligned}$$

สรุป จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย คือ เพศชาย อายุ 60-69 ปี มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด การที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดทั้งในระดับ ปานกลางและน้อย โดยสมการสามารถทำนายได้ ร้อยละ 87.75 (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

ตารางที่ 11 ค่าพารามิเตอร์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ปัจจัย	B	SE(B)	P-value	Exp (B)
อายุ				
80 ปีขึ้นไป	-	-	0.058	
70-79	1.38	0.75	0.065	3.99
60-69	1.72	0.72	0.017	5.58
เพศ				
หญิง	-	-	-	
ชาย	1.26	0.42	0.002	3.54
การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด				
ไม่มี	-	-	-	
มี	1.57	0.61	0.010	4.84
การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด				
ไม่มี	-	-	-	
มี	1.46	0.54	0.007	4.31
การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข				
มี	-	-	-	
ไม่มี	1.73	0.68	0.011	5.67

ตารางที่ 11 ค่าพารามิเตอร์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (ต่อ)

ปัจจัย	B	SE(B)	P-value	Exp (B)
ความรุนแรงของการปวดเมื่อย				
รุนแรงน้อย	-	-	-	-
รุนแรงปานกลาง	0.97	0.04	0.016	2.66
การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด				
มาก	-	-	<0.001	
ปานกลาง	2.13	0.73	0.003	8.42
น้อย	4.65	0.79	<0.001	104.47

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวโดยใช้ chi-square พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ความรู้เกี่ยวกับยาชุด ความรุนแรงของการปวดเมื่อย การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน โดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า อายุ เพศ การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข ความรุนแรงของการปวดเมื่อย การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ซึ่งจะอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1

จากการสำรวจพบว่า ความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี มีค่าเท่ากับร้อยละ 21.3 (ความชุกในผู้สูงอายุชายร้อยละ 27.5 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 17.5) ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่ทำการศึกษาในประชากรทุกกลุ่มอายุ พบสัดส่วนของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยร้อยละ 24 และการศึกษาของวุฒินันท์ ตปนิยากร(31) ทำการศึกษาการรับรู้ข่าวสารเรื่องยาชุดของประชาชน โดยทำการศึกษาที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด พบสัดส่วนการใช้ยาชุดร้อยละ 17.72 ส่วนการศึกษาที่พบว่าสัดส่วนการใช้ยาชุดอยู่ในระดับที่ต่ำคือการศึกษาของ บรรเจิด เศษาศิลป์ชัยกุล (5) ซึ่งทำการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบสัดส่วนการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยร้อยละ 4 และการศึกษาของ กล้าหาญ ภัณฑะพิลาส (39) ทำการศึกษาทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อยาแก้ปวดลดไข้รับประทานเอง ในตำบลขอนแก่น อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนการใช้ยาชุดร้อยละ 2.99 ซึ่งในการศึกษาเหล่านี้สัดส่วนการใช้ยาชุดอาจจะต่ำเนื่องจากการศึกษาในการใช้ยาแก้ปวดทั่วไป

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี จากการสำรวจพบว่า

สาเหตุของการปวดเมื่อย เกิดจากการทำงาน ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยจนกระทั่งใช้ยาชุด พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อมีอาการปวดเมื่อย 1 วันจะเริ่มใช้ยาชุด โดยมีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง การใช้ยาชุดจะใช้เฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อย ปริมาณยาที่ใช้จะใช้ครั้งละ 1 ชุดต่อครั้ง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 ไม่ใช้ยาอื่นร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย สถานที่ซื้อยาส่วนใหญ่ซื้อจากคนขายยา ร่องลงมาคือร้านขายยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ มีอาการบวมร้อยละ 19.7 ปวดท้องถ่ายดำร้อยละ 9.1 คลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 7.6 มีผื่นแดงคันร้อยละ 3 ปวดศีรษะร้อยละ 1.5 สาเหตุที่ทำให้ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนมากอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างใช้ยาในปริมาณน้อยคือ ครั้งละ 1 ชุด และจะใช้เฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อยหลังจากที่ใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่นแล้วไม่ได้ผล จากการศึกษาของ สอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง (40) ซึ่งทำการศึกษา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของเกษตรกรผู้สูงอายุ ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยาใช้เอง กลุ่มเกษตรกรที่ใช้ยาแก้ปวดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กินทุกวัน กินทุกวันในช่วงทำงานหนักและกินเฉพาะเวลาที่รู้สึกปวดเมื่อย สำหรับปริมาณยาที่ใช้ ส่วนใหญ่จะกินยาครั้งละ 1 เม็ด หรือ 1 ซอง ปริมาณยาที่กินขึ้นอยู่กับความถี่ของการกินและอาการปวดเมื่อย สถานที่ซื้อยา ได้แก่ ร้านขายยาและร้านขายของชำในหมู่บ้านหาซื้อได้ง่าย ความถี่ในการกินมีทั้งกินวันละครั้ง วันละ 2 ครั้ง และวันละ 3 ครั้ง ส่วนใหญ่รู้ถึงอันตรายของยาแก้ปวดว่า ถ้ากินมากจะทำให้เป็นโรคกระเพาะอาหาร โดยได้รับคำแนะนำจากหมอที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัย และเพื่อนบ้านที่เคยพบเห็นคนเป็นโรคกระเพาะอาหารที่เกิดจากการกินยาแก้ปวดมากติดต่อกันเป็นเวลานาน แต่คงไม่เลิกใช้ยาแก้ปวด ส่วนใหญ่บอกว่าเลิกยากเพราะใช้มาจนติด ถ้าเลิกแล้วไม่มีแรงทำงาน อ่อนเพลีย แสดงให้เห็นว่าถ้าใช้ยาแก้ปวดชนิดของในปริมาณมากและเป็นเวลานานจะเกิดอาการติดยา ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ และจากการศึกษาของ บรรเจิด เศษาศิลป์ชัยกุล (5) พบว่า ส่วนใหญ่ซื้อยามาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน วิธีการซื้อยาซื้อคือ ระบุยาที่ต้องการร่องลงมาคือบอกอาการให้คนขายจัดให้ ยาแก้ปวดที่ใช้ ส่วนใหญ่ คือ พาราเซตามอล ร่องลงมา คือ แอสไพรินและยาชุด สาเหตุที่ใช้คือ รับประทานยาแล้วหายปวดเร็ว ส่วนใหญ่รับประทานหลังอาหารและดื่มน้ำตามมากๆ ร่องลงมาคือ รับประทานทันทีเวลาปวด รับประทานครั้งละ 2 เม็ดใช้ 1 ครั้ง/วัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบถึงอันตรายจากการใช้ยา แต่ตอบอันตรายจากการใช้ยาได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 30.4 และจากการศึกษาของ พัชรา กาญจนวัฒน์ (41) ศึกษาปัญหาการใช้ยาแก้ปวดในเกษตรกรไทยในเขตภาค

กลางและภาคตะวันออก รวม 7 จังหวัด พบว่า ร้อยละ 87.53 ของประชาชนมีการใช้ยาแก้ปวดติดต่อกันมานานกว่า 1 ปี และประชาชนมากกว่าร้อยละ 55 มีอาการผิดปกติเมื่อไม่ได้ใช้ยาแก้ปวด เช่น หงุดหงิด กระจวนกระวายใจ ไม่มีแรงทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำมีอาการปวดท้องร้อยละ 42.71 มีอาการแสดงว่าเป็นแผลในกระเพาะอาหาร โดยถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ร้อยละ 42.51 มีอาการโรคไตโดยพบว่า ร้อยละ 21.63 ถ่ายปัสสาวะขุ่นขาว และร้อยละ 30.34 ปัสสาวะเป็นสีแสดผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 สมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และกลุ่มที่ไม่ใช้ยาชุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) โดยพบว่าในกลุ่มที่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดที่ 4.75 คะแนน ส่วนในกลุ่มผู้ที่ไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดที่ 7.72 คะแนน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 สมมติฐานข้อที่ 2 และข้อที่ 3

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อของผู้สูงอายุ อำเภอ บ้านดุง จังหวัดอุดรธานี เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยได้ผลดังนี้

อายุ

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อ ($p\text{-value}=0.082$) แต่เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.017$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อ และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอัตราส่วนการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปีมากที่สุด และการศึกษาของภักดี โพธิศิริ (24) ที่พบว่าช่วงอายุที่สูงขึ้นมีแนวโน้มในการใช้ยาแก้ปวดมากกว่าอายุที่ต่ำกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของทราน ชัตเตอร์และไรด์ (42) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีสัดส่วนของการใช้ยาชุดมากกว่าอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุตอนต้นยังมีการประกอบอาชีพ อาจทำให้เกิดการปวดเมื่อจนต้องใช้ยาชุดแก้ปวด

เมื่อขยับที่สุด หรืออีกกลุ่มหนึ่งอาจมีการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยมาตั้งแต่ในวัยแรงงานทำให้เกิดการติดยาชุดและใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยมาเรื่อยๆ

เพศ

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.036$) และเมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression โดยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.002$) ในงานวิจัยครั้งนี้อาจเป็นเพราะเกิดจากการขาดความรู้ในเรื่องของการใช้ยา และต้องการใช้ยาเพียงเพื่อให้อาการปวดเมื่อยหายโดยเร็ว จากการสังเกตเมื่อเข้าไปทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะให้ความสนใจในการเข้ากลุ่มและมีส่วนร่วมในการทำกลุ่ม รวมทั้งการได้รับความรู้จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย การที่ขาดความรู้และข่าวสารอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีได้

สถานภาพสมรส

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.030$) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.9380$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลาวัญย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และบุษบา ดันติศักดิ์ (45) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความรู้ชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยก ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีชีวิตคู่จะมีความผูกพันลึกซึ้งซึ่งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตเกิดการเจ็บป่วยก็มีคนคอยดูแลช่วยเหลือ ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสต้องอยู่โดยลำพังต้องดูแลช่วยเหลือตนเองอาจทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ ซึ่งการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยก็เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.915$) และเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.1070$) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ บรรเจิด เศษาศิลปชัยกุล (5) และ ลาวัณย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และมีการศึกษาที่เป็นไปในทางเดียวกัน คือ นิศา ชูโต (46) และ กมลพรรณ หอมนาน (47) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ไม่ได้ได้รับการศึกษา การด้อยการศึกษานี้ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเองในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี แต่ในการศึกษารั้งนี้จำนวนร้อยละของผู้ที่ได้รับและไม่ได้รับการศึกษามีจำนวนเกือบจะเท่ากัน และมาตรฐานการศึกษาในสมัยก่อนอาจจะไม่ได้มาตรฐานเหมือนในยุคปัจจุบันประกอบกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาประกอบกับการที่จบการศึกษามาเป็นเวลานานอาจทำให้ผลการศึกษารั้งนี้ไม่แตกต่างได้

อาชีพ

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.248$) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเจิด เศษาศิลปชัยกุล (5) และ ลาวัณย์ ศิริวัชรินทร์ (4) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย แต่แตกต่างกับการศึกษาของ สอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง (40) ทำการศึกษาในเชิงคุณภาพ พบว่า อาชีพเกษตรกรมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยมากที่สุด เนื่องจากการทำเกษตรกรรมอาศัยแรงงานจากคนเป็นหลัก ทำให้เกิดการปวดเมื่อยจนถึงต้องใช้ยาแก้ปวดในที่สุด และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิติคุณ (48) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด

รายได้

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.488$) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเจิดเดชาศิลป์ชัยกุล (5) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อย แต่แตกต่างกันกับการศึกษาของ สอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง (40) ที่พบว่า ความยากจนของเกษตรกรเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้เกษตรกรต้องพึ่งพิงยาแก้ปวดมาก การเจ็บป่วยโดยทั่วไปนิยมที่จะรักษาด้วยตนเองมากที่สุดโดยการซื้อยามารับประทานเอง เนื่องจากเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการไปพบแพทย์ และการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันกิตติคุณ (48) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

การรับรู้เกี่ยวกับยาชุด

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน ($p\text{-value}=0.003$ และ <0.001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดในระดับที่มากเท่านั้นจึงจะสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้สูงอายุได้

สาเหตุของการปวดเมื่อย

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า สาเหตุของการปวดเมื่อยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.357$) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า สาเหตุของการปวดเมื่อยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่ว่าการปวดเมื่อยจะมีสาเหตุจากการทำงานหรือพยาธิสภาพของโรคก็ไม่มีผลต่อการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุของขาดความรู้ในแง่สาเหตุของการเกิดโรคจึงส่งผลต่อการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้ยาเบาหวานร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อยถึงร้อยละ 19 เป็นข้อสังเกตว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีอาการปวดเมื่อยมากกว่าจึงพบกลุ่มผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า ซึ่งอาการปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นอาจมาจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหนึ่งน่าจะมาจากการเกิดโรคกระดูกพรุน เนื่องจากเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคกระดูกพรุน

ความรุนแรงของการปวดเมื่อย

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ความรุนแรงของการปวดเมื่อยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.002$) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนโดยใช้ Multiple logistic regression พบว่า ความรุนแรงของการปวดเมื่อยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน $p\text{-value}=0.016$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง (40) ที่พบว่า ชาวบ้านรับรู้ความรุนแรงของอาการจากผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีแบบแผนพฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดตามการรับรู้ความรุนแรง การรักษาอาการเจ็บปวดที่รุนแรงจะต้องใช้ยาแรงด้วย เพื่อให้ยาทันกับโรค และการศึกษาของ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (49) ที่พบว่า เมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยความรุนแรงมากและปานกลาง ประชากรผู้สูงอายุไปรับบริการจากแพทย์น้อยกว่าวัยกลางคนและเหตุผลที่ผู้สูงอายุในชนบทไม่ไปรับการรักษาจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งนี้เนื่องจากเข้าใจว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปเป็นอาการของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อย

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value}=0.924$) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า ระยะเวลาที่มีอาการปวดเมื่อยไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของเอแบมม (50) พบว่าในผู้ป่วยเรื้อรังจะใช้เวลาในการปรับตัวนาน 6-12 เดือน หากนานกว่า 24 เดือน ผู้ป่วยจะเริ่มหมดหวัง กังวลในการรักษา และไม่มั่นใจในสภาพการเจ็บป่วย และการศึกษาของ บุญทิพย์ สิริรังศรี (51) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นเวลานาน ทำให้รู้สึกท้อแท้ และเบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่กับสุขภาพ

การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.012$) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.007$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา ต้นทรายรักษ์ (52) ที่พบว่า ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวใดใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์มาก่อน จะทำให้สมาชิกมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวนั้นด้วย และการศึกษาของ เจษฎา ณ ระนอง (53) ที่พบว่า การซื้อยาครั้งแรก (ในระยะแรกของการเจ็บ

ป่วย) จะเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวจะใช้องค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และวิธีการรักษาในอดีตที่มีอยู่เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ ในการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นกัน การที่เคยมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยก็อาจเป็น ประสบการณ์แรกในการใช้ยารักษาเองของครอบครัวและประกอบกับอาการปวดเมื่อยนั้นหายไประยะหนึ่ง อาจเป็นสาเหตุให้ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยในครั้งต่อไป

การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ผลการวิเคราะห์แบบเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.011$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธีรรัตน์ พุ่มพวง (54) ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมีเครือข่ายทางสังคม เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ย่อมจะสามารถให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องมากกว่า เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ จะมีความรู้เกี่ยวกับยาบ้างพอสมควร ก็จะช่วยให้คำแนะนำการเลือกประเภทของยาที่จะรักษา ได้ดีกว่าบุคคลอื่นๆ

ลักษณะครอบครัว

ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ($p\text{-value} = 0.174$) ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเช่นกัน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ (55) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า โอกาสที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีได้มาก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และการศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (56) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้อง มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยตัวแปรเดียว พบว่า การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.005$) เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชุดมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.010$ ซึ่งการศึกษาเป็นไปในแนวทางเดียวกับ สอดคล้องกับ จงคล้ายกลาง (40) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจใช้ยาแก้ปวดของเกษตรกร ได้แก่ ความคุ้นเคยต่อการพบเห็นการใช้ยาของคนในชุมชน และผู้แนะนำให้ใช้ยาแก้ปวดซึ่งอาจจะเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนบ้าน และการศึกษาของ เจษฎา ณ ระนอง (53) ที่พบว่า การซื้อยาครั้งแรก (ในระยะแรกของการเจ็บป่วย) จะเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยแต่ละครอบครัวจะใช้องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาที่มีอยู่ในอดีตเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ และการซื้อยาในครั้งต่อมา มักจะมีอิทธิพลของบุคคลภายนอกครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องกับขบวนการตัดสินใจที่จะเลือกใช้ยาเป็นอย่างมาก ซึ่งบุคคลภายนอกนั้นจะเป็นเพื่อนบ้าน ญาติ หรือเจ้าของร้านค้า

ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว พบว่า ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.014$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วย Multiple logistic regression พบว่า ความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาจเป็นเพราะยาชุดแก้ปวดเมื่อหาซื้อได้ง่ายจากคนขายยาเร่ที่เข้าไปในหมู่บ้านและไม่มีความสะดวกในการไปรับบริการที่สถานอนามัย เนื่องจากการคมนาคมที่ไม่สะดวก ไม่มีรถวิ่งระหว่างหมู่บ้าน

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของประชากรผู้สูงอายุในเขตอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย เพื่อทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่เชื่อมโยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และเพื่อเป็นแนวทางในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบ้านดุง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) จำนวนทั้งสิ้น 310 ราย พบเป็นกลุ่มที่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.3 และกลุ่มไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.7 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2539 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2540 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยใช้ t-test สำหรับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวใช้การทดสอบไคสแคว (Chi-square) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยโดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนใช้ถดถอยโลจิท (Logistic Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น 60-69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคปวดข้อและกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 2 การใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุที่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยจำนวน 66 ราย คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 21.3 ต่อประชากร 100 คน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

สาเหตุของการปวดเมื่อยพบที่เกิดจากการทำงาน เมื่อมีอาการปวดเมื่อย 1 วัน จะเริ่มใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย ความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง ความถี่ในการใช้ยาพบว่า จะใช้ยาชุดเฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อย ส่วนใหญ่จะรับประทานยาชุดโดยเฉลี่ย 1 ครั้งใน 1 วันและโดยเฉลี่ยครั้งละ 1 ชุด ไม่กินยาอื่นร่วมกับยาชุดแก้ปวดเมื่อย สถานที่ซื้อยาส่วนใหญ่ซื้อจากคนขายยาวิธีการซื้อยาคือ เล่าอาการให้คนขายฟัง โดยซื้อในราคาชุดละ 5 บาท

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย พบว่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) โดยใช้ chi-square

ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และความรู้เกี่ยวกับยาชูดแก้ปวดเมื่อยมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p -value=0.036 0.030 และ <0.001 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.57 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.61 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยก ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชูดอยู่ในระดับปานกลางและน้อยใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 11.63 และ 36.63 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชูดอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชูด การมีเพื่อนบ้านใช้ยาชูด การมีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความไม่สะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value=0.012 , 0.005, 0.001 และ 0.014 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนความชุกของการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยจะใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อย ผู้สูงอายุที่มีเพื่อนบ้านใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยจะใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 2.15 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีเพื่อนบ้านใช้ยาชูด ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจะใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 2.79 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยเป็น 1.72 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีความสะดวกในการมารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate Analysis) โดยใช้ Logistic Regression Analysis

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชูดแก้ปวดเมื่อยคือ เพศชาย อายุ 60-69 ปี มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชูด มีเพื่อนบ้านใช้ยาชูด ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชูดอยู่ในระดับปานกลางและน้อย มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า สักส่วนของผู้ที่ใช้ยาชุดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยมีค่าค่อนข้างสูง จึงควรมีมาตรการที่เหมาะสมในการตรวจสอบการจำหน่ายยาชุดในร้านขายยาและร้านขายของชำ รวมทั้งคนขายยาเร่ รวมทั้งมาตรการในการลงโทษที่รุนแรง หน่วยงานของรัฐควรให้ความสนใจอย่างจริงจังในการแก้ไขปัญหานี้

2. จากการศึกษา พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีน้อย กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมีการไปใช้บริการจากร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.7) หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องควรสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีบัตรผู้สูงอายุเพราะถ้าไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์

3. จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยหรือตัวแปรที่สามารถแก้ไขได้ คือ การรับรู้เกี่ยวกับยาชุดที่จะทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้สูงอายุต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในระดับที่สูง จึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาได้ ควรมีการให้ความรู้ในเฉพาะกลุ่ม อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในการเข้าชมรมเพื่อทำกิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ควรเน้น คือ กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย มีอายุ 60-69 ปี มีความรุนแรงของการปวดเมื่อยอยู่ในระดับปานกลาง มีบุคคลในครอบครัวใช้ยาชุด มีเพื่อนบ้านใช้ยาชุด ไม่มีบุคคลในครอบครัวทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการรับรู้เกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลางและน้อย

4. จากการศึกษา พบว่า สาเหตุของการปวดเมื่อยมาจากการทำงาน คือ อาชีพเกษตรกรรม ประกอบกับความชราทำให้พยาธิสภาพเกี่ยวกับระบบกระดูกเสื่อมไป อาการปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะมีอาการปวดทุกครั้งที่มีการใช้งานผิดปกติเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะอาการปวดที่เกิดขึ้นบริเวณนั้นเอง ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากมีโรคกระดูกพรุน ควรมีการวางแผนการป้องกันการเกิดโรคกระดูกพรุนตั้งแต่อยู่ในวัยหนุ่มสาวโดยการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมที่เพียงพอ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยยืดระยะเวลาการเกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุออกไปได้ ส่วนการรักษาเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วทำได้โดยการใช้ยาซึ่งช่วยได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เลือกหน่วยศึกษา คือ ผู้สูงอายุ อำเภอบ้านคุง จังหวัดอุดรธานี อย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดได้ ควรมีการศึกษาวิจัยขยายผลในระดับจังหวัด หรือในระดับภาค เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาอย่างแท้จริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาได้

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยขยายขอบเขตให้ครอบคลุมยาชุดทุกชนิด

3. ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort study) โดยติดตามคนกลุ่มหนึ่งในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี ศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดอาการปวดเมื่อย พฤติกรรมการรักษาตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544.มปท, มปป. (อัคราเนนา)
2. นภาพร ชโยวรรณ. แนวโน้มลักษณะประชากร สังคม และสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย.สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและกองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2528: หน้า 36.
- 3.สุมนา ชมพุกทวิป. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. Handbook in Healthcare for The Elderly book 2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535
4. ลาวัลย์ ศิริวัชรินทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของประชากรเขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิทยาการระบาด] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
5. บรรเจิด เดชาศิลป์ชัยกุล. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดเมื่อยของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2538.
6. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ประจำปีงบประมาณ 2540 อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี.
7. กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536
8. บรรลุ ศิริพานิช. สุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารคลินิก 2533; ปีที่ 6 ฉบับที่ 6.
9. Wold. G. Basic Geriatric Nursing. St. Louise: Mosby Year Book, 1993.
10. Brookbank, J.W. (1990) The biological of aging. New York: Harper & Row. Carnivali, D.L. & Patric, M. Nursing Management for The Elderly. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1986.
11. ชูศักดิ์ เวชแพทย. การปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร: ศุภวานิชย์การพิมพ์, 2532.
12. วิไลวรรณ ทองเจริญ. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ. จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม, 2533.

13. สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
14. Solomon, R. "Coping with Stress: A Physician's Guide to Mental Health in Aging". *Geriatric*. 5 (July 1966): 46-51.
- 15.เกษม ต้นติผลาชีวะและกุลยา ต้นติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:อรุณการพิมพ์, 2528.
16. Ebersole, P. and Hess p. *Toward Healthy Aging Human need and Nursing Response* St. Louise: The C.U. Mosby Company, 1981.
17. ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
18. ประเสริฐ อัสสันตชัย. *Principle and Prictice of Drug Prescribing in The Elderly Patient*. เอกสารประกอบการอบรมระยะสั้น Update in internal Medicine. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล . 7-11 พ.ย. หน้า 95-109.
19. นันทพร นิลวิเศษ. เกสัชวิทยาของยาระบบประสาทแอดรีเนอร์จิกและเกสัชวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์พรินต์ติ้งเซ็นเตอร์จำกัด, 2533.
20. สำลี ใจดีและคณะ. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการใช้ยาชุดในเมืองไทย. คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.
21. กรุงไกร เจนพานิชย์. อันตรายจากยาชุด. การสัมมนาปัญหาอายุชุด. กรุงเทพมหานคร: 2526.
22. Orem, D.E. *Nusing: Concepts of Practice*. New York: McGrow-Hill Book Co., 1985.
23. Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist,K.R., et al. "Health promotion life styles of older adult: Comparison with young and middle aged adults, correlates and patterns." *Advance in Nursing Science* 11 (1988): 76-90.
24. กักดี โทธิศิริและคณะ. การศึกษาวิจัยปัญหาการติดยาแก้ปวดลดไข้หรือยาอื่นๆ ใน(กรรมกร) โรงงานอุตสาหกรรม. กองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข สุข. กรุงเทพมหานคร: 2526.
25. บุญบา สุวรรณศรี. การรับรู้ต่อยาแก้ปวด: กรณีการใช้ยาแก้ปวดรักษาตนเอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

26. นภาพร ชโยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์. ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย. การประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติ. ห้องนวลจันทร์ โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพมหานคร, 2530: หน้า 212-258.
27. Day, Frederic A. and Boonlert Leoprapi. Pattern of Health Utilization in Upcountry Thailand, A Report of the Research Project on the effect of Loration and Family Planning Health Facility Use. Institute for Population and Social Research. Mahidol University, 1977.
28. Stoller, Eleanor Palo. Pattern of Physician Utilization by the Elderly: A Multivariate Analysis Medical Care. 1982: 1080-1089.
29. สันหัตต์ เสริมศรีและเจมส์ เอ็น โรลีย์. พฤติกรรมการใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย: การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517.
30. สันหัตต์ เสริมศรี. สังคมวิทยาของการเลือกใช้แหล่งบริการด้านสาธารณสุข. สังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ, 2528: 369-415.
31. วุฒินันท์ ตปนียากรและคนอื่นๆ. รายงานการศึกษาเรื่องการรับรู้ข่าวสารเรื่องยาสูบของประชาชน: กรณีศึกษา อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด, 2538.
32. ปิยวรรณ จันทรสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาโดยปฏิบัติตามคำสั่งบนฉลากยาของผู้ป่วยนอก ร.พ. รัษฎบุรี อำเภอรัษฎบุรี จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
33. อภิถิติ เหมะจุฑา. รวบบทความทางวิชาการ นวัตกรรมของงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพ: ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
34. อินทิรา เตรียมอมรวุฒิ. การศึกษาความไม่สามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยโรคข้อในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเภสัชกรรม] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
35. สารภี ธีประเสริฐ. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของประชาชนกับแรงงานในประชาชน กรณีศึกษา เฉพาะอำเภอ โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
36. Stanley Lemshow, David w. Hosmer Jr., Janelle Klar, et all. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Colchester: Courier International Ltd, 1990.
37. บุญเรียง ขจรศิลป์. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โครงการงานบริการจัดพิมพ์เอกสารวิชาการและตำรา, 2537: 179-194.

38. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: หจก.การพิมพ์, 2537.
39. กล้าหาญ กังคะพิลาส. ทศนคติของประชาชนที่มีต่อการซื้อยาแก้ปวดลดไข้รับประทานเอง ใน ตำบลขอนแก่น อําเภอลือโขง จังหวัดลพบุรี. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
40. สอาดลักษณ์ จงคล้ายกลาง. พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดของเกษตรกรผู้สูงอายุ: การศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขามนุษยวิทยาประยุกต์] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
41. พัชรา กาญจนารัตน์. รายงานการวิจัยเรื่อง การใช้ยาแก้ไข้แก้ปวดในเกษตรกรไทย. ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
42. Tran, T.V. Chatter, L. & Wright, R. "Health, Stress, Psychological Resources, and Subjective Well-Being Among Older Blacks." *Psychology and Aging*. VI (1991): 100-108.
43. ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธาณสุข] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
44. รจนารต รุ่งลือ. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน] ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
45. บุญบา ตันตศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
46. นิสา ชูโต. รายงานการวิจัยเรื่องคนชราไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
47. กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

48. ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
49. พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. ความแตกต่างของการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยสูงอายุในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
50. Abram, H.S. "The Psychiatrist the Treatment of Chronic Renal Failure and the Prolongation of Life II." American Journal of Psychiatry. CXXVI (1969).
51. บุญทิพย์ สิริขันธ์ศรี. ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรมในผู้ป่วยเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
52. จิระภา ตันทยารักษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดตาก [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
53. เจษฎา ณ ณะนง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2533.
54. ธิดารัตน์ พุ่มพวง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน: ศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
55. พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคนอื่นๆ. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาทางประสาทของคนชรา. รายงานการวิจัย สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.0
56. ทศนีย์ เกริกกุลธร. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
57. วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล. ชีวสถิติ. ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: 2529, 273-300, 308-343.

58. คู่มือ สุจิรัตน์. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for WINDOWS เล่ม 2. ภาควิชาระบาด
วิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: 2539, 86-95.



ภาคผนวก ก

ข้อมูลทั่วไปของอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

ประวัติความเป็นมา

อำเภอบ้านดุง เดิมเป็นท้องที่ขึ้นอยู่กับอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 3 ตำบล คือ ตำบลบ้านจันทน์ ตำบลดงเย็น และตำบลบ้านดุง ประกาศยกฐานะตำบลดงเย็นขึ้นเป็นกิ่งอำเภอบ้านดุง ตั้งแต่วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2502 เหตุที่ได้ตั้งชื่อกิ่งอำเภอบ้านดุง ก็เพราะว่าตั้งที่ว่าการอำเภออยู่ในเขตท้องที่ตำบลบ้านดุง ซึ่งเป็นชื่อที่ราษฎรรู้จักกันดีอยู่แล้ว กิ่งอำเภอบ้านดุงได้ประกาศเป็น อำเภอบ้านดุง เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2506

ที่ตั้งและขนาดพื้นที่

อำเภอบ้านดุง มีเนื้อที่ทั้งหมด 923,768 ตารางกิโลเมตร อยู่ห่างจากตัวจังหวัดอุดรธานี 84 กิโลเมตร ที่ว่าการอำเภอบ้านดุงตั้งอยู่ที่บ้านประจักษ์ หมู่ที่ 6 ตำบลศรีสุทโธ

เขตการปกครอง

แบ่งออกเป็น 13 ตำบล 131 หมู่บ้าน

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับเขตอำเภอ โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอทุ่งฝนและกิ่งอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับเขตอำเภอบ้านม่วงและเขตอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัด
สกลนคร	
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับเขตอำเภอเพ็ญและอำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี

ลักษณะภูมิประเทศ

อำเภอบ้านดุง มีลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นป่าไม้โปร่ง มีป่าละเมาะและป่าทึบ บางตอน มีที่ราบลุ่มเป็นส่วนใหญ่และเป็นที่ ทำไร่ ทำนา ทำสวน ไม่มีภูเขา พื้นที่มีลักษณะเป็นดินทราย มีหนองน้ำและแหล่งน้ำทั่วไป แต่เก็บกักน้ำไว้ไม่ได้นาน เมื่อถึงฤดูแล้งน้ำในห้วยหนอง คลองบึง ต่างๆ จะแห้งเกือบหมด ไม่เหมาะที่จะประกอบอาชีพการเกษตรอื่นๆ ได้

ลักษณะภูมิอากาศ

โดยทั่วไปสภาพภูมิอากาศของอำเภอบ้านดุง คล้ายคลึงกับจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลักษณะการประกอบอาชีพ

ราษฎรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการเกษตร คือ ทำนา ประมาณ 80-90 % พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ข้าว มันสำปะหลัง ปอและอ้อย

จำนวนประชากร

อำเภอบ้านดุง มีจำนวนประชากร สํารวจ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2538 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 111,671 คน แยกเป็น ชาย 56,671 คน หญิง 55,000 คน

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยของผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

วันที่สัมภาษณ์..... เดือน..... พ.ศ.

ชื่อ-นามสกุลผู้สัมภาษณ์

ชื่อ-นามสกุลผู้ให้สัมภาษณ์

ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล

ส่วนที่ 1

1. อายุ ปี

2. เพศ () ชาย
 () หญิง

3. สถานภาพสมรส () โสด () หม้าย
 () คู่ () หย่า/แยก

4. การศึกษา () ไม่ได้เรียน
 () สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา
 () สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา
 () สำเร็จการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

5. อาชีพหลัก () อาชีพเกษตรกรรม
 () ไม่ใช่อาชีพเกษตรกรรม
 () ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย/เดือน บาท
 () ไม่เพียงพอ
 () เพียงพอ
 () เหลือเก็บ
7. ลักษณะครอบครัว
 () ครอบครัวเดี่ยว
 () ครอบครัวขยาย
8. ส่วนใหญ่เวลาเจ็บป่วยท่านไปรับบริการจากที่ใดเป็นแห่งแรก
 () ศสมช () ร.พ. เอกชน
 () ร้านขายของชำ () ร.พ. รัฐบาล
 () สถานีอนามัย () คลินิก
 () ร้านขายยา () อื่นๆ ระบุ
9. ในรอบหกเดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการปวดเมื่อยหรือไม่
 () ไม่มี () มี
10. เมื่อท่านมีอาการปวดเมื่อย ท่านปฏิบัติอย่างไรเป็นอันดับแรก
 () ซ้อมยาแก้ปวดรับประทาน
 () นวดเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยหมคนวดแผน โบราณ ญาติ
 ลูกหลาน
 () ใช้สมุนไพร
 () ไปพบแพทย์/จนท.สาธารณสุขเพื่อตรวจรักษา
 () อื่นๆ ระบุ

11. ในรอบหกเดือนที่ผ่านมาท่านเคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยหรือไม่
 เคย ไม่เคย
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขข้ออักเสบในเลือดสูง อัมพาต ปวดข้อ โรคปอด อื่นๆ
 ไม่มี มี ระบุ
13. สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านของท่านมากที่สุดคือ
14. ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขในข้อ 11 กิโลเมตร
15. การเดินทางจากบ้านพักมายังสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวเป็นอย่างไร
 ลำบาก
 สะดวก

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมและผลของการใช้ยา (ถามเฉพาะผู้เคยใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย)

1. สาเหตุของการเกิดอาการปวดเมื่อยจนต้องใช้ยาชุด เนื่องจาก
2. ส่วนใหญ่บริเวณที่เกิดอาการปวดเมื่อยจนต้องใช้ยาชุดได้แก่บริเวณใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 คอ บ่า ไหล่
 หลัง แขน
 เอว ขา
 อื่นๆ ระบุ
3. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการปวดเมื่อยจนถึงใช้ยา วัน

4. ความรุนแรงของอาการปวดเมื่อยที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับใดท่านจึงต้องใช้เวลา

- () รุนแรงมาก หมายถึง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำงานได้เลย
- () รุนแรงปานกลาง หมายถึง พอทำงานได้แต่ต้องจำกัดปริมาณและชนิดของกิจกรรม เช่น ทำงานบ้านบางอย่างไม่ได้ถ้าต้องออกแรงมากๆ รวมไปถึง พอที่จะทำงานได้แต่ต้องจำกัดชนิดและปริมาณของกิจกรรม เช่น ต้องทำไปพักไปหักโหมทำงานเช่นคนอื่นไม่ได้
- () รุนแรงน้อย หมายถึง สามารถทำงานและประกอบกิจกรรมได้

5. ท่านซื้อยาราคาชุดละ บาท

6. ใครเป็นผู้แนะนำให้ท่านใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย

- () เพื่อนบ้าน
- () ญาติพี่น้อง
- () ซื่อเองไม่มีใครแนะนำ
- () โฆษณาทางวิทยุ โทรทัศน์
- () คนขายยาเร่
- () ร้านขายยา
- () อื่นๆ ระบุ

7. ภายในครอบครัวท่านมีบุคคลที่เคยใช้ยาชุดหรือไม่

- () มี
- () ไม่มี

8. ในครอบครัวท่านมีบุคคลที่ทำงานเกี่ยวกับทางการแพทย์หรือสาธารณสุขหรือไม่

- () มี
- () ไม่มี

9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาจากบุคคลดังกล่าว (ในข้อ 8) หรือไม่

11. ส่วนใหญ่ท่านซื้อยาชุดแก้ปวดเมื่อยด้วยวิธีใด

- () บอกชื่อยาชุดที่ต้องการ ระบุชื่อยาชุด
- () เล่าอาการให้คนขายฟัง
- () เอาตัวอย่างยาเดิมไปซื้อ
- () อื่นๆ ระบุ

12. ท่านรับประทานยาชุดแก้ปวดเมื่อยบ่อยเพียงใด

- () กินทุกวัน
- () กินทุกสัปดาห์
- () กินเฉพาะช่วงที่มีอาการปวดเมื่อย
- () กินเฉพาะช่วงเวลาทำงานหนัก
- () อื่นๆ ระบุ

13. ในช่วงฤดูใดของปีที่ท่านใช้ยาชุดบ่อย

14. ท่านกินยาชุดแก้ปวดเมื่อยวันละกี่ครั้ง

- () 1 ครั้ง () 3 ครั้ง
- () 2 ครั้ง () 4 ครั้ง

15. ท่านกินยาชุดแก้ปวดเมื่อยครั้งละกี่ชุด

- () 1 ชุด () 2 ชุด
- () 3 ชุด () 4 ชุด

16. ท่านกินยาชุดแก้ปวดเมื่อยเวลาใด

- () ก่อนอาหาร () ก่อนนอน
- () หลังอาหาร () เวลามีอาการ

17. นอกจากยาชุดแก้ปวดเมื่อยแล้วท่านกินยาอื่นร่วมด้วยหรือไม่

() กิน รู้จักชื่อยาหรือไม่ () รู้ ระบุชื่อยา.....

() ไม่รู้

() ไม่กิน

18. ผลการรักษาด้วยยาชุดแก้ปวดเมื่อย

() หาย () ทุเลา

() หายแล้วเป็นอีก () ไม่ได้ผล

19. ท่านเคยมีอาการผิดปกติหลังกินยาชุดแก้ปวดเมื่อยหรือไม่

() มี () ปวดท้อง ถ่ายดำ () ไม่มี

() บวม

() คลื่นไส้ อาเจียน

() ปวดศรีษะ

() มีผื่นแดง คัน

() อื่นๆ ระบุ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยาชุด (ถามผู้เคยใช้และไม่เคยใช้ยาชุด)

1. ในยาชุดอาจมียาที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้หรือไม่

() มี

() ไม่มี

2. ท่านทราบหรือไม่ว่าการกินยาชุดเป็นประจำก่อให้เกิดผลต่อผู้ใช้ยาอย่างไร

() ทราบ คือ.....

ทราบจากแหล่งใด (ใครบอก)

() ไม่ทราบ

3. ท่านทราบหรือไม่ว่า ถ้าผู้ใช้ยามีโรคประจำตัวอยู่ เช่น โรคตับ โรคไต โรคหัวใจ การใช้ยาชุดเป็นประจำจะก่อให้เกิดผลต่อผู้ใช้ยาอย่างไร

- () ทราบ คือ.....
 () ไม่ทราบ

4. ท่านคิดว่ายาที่ผสมอยู่จะมีประโยชน์ต่ออาการที่เป็นอยู่หรือไม่

- () มีประโยชน์ () ไม่มีประโยชน์

5. การที่ยาชุดมียาผสมอยู่หลายเม็ด จึงใช้รักษาโรคได้หลายๆ โรค

- () ใช่ () ไม่ใช่

6. ยาชุดรักษาโรคได้หายจริงหรือไม่

- () หายจริง () ไม่หายจริง

7. ยาชุดมีคุณภาพในการรักษาโรคเหมือนกันหรือดีกว่ายาของสถานบริการของรัฐใช้

- () เหมือนกัน
 () ดีกว่า
 () ไม่ดีกว่า

8. คนขายยาชุดมีความรู้เรื่องยาชุดอย่างแท้จริงหรือไม่

- () รู้แน่นอน () ไม่รู้จริง

9. การขายยาชุดมีความผิดทางกฎหมายหรือไม่

- () ผิด () ไม่ผิด

10. ท่านทราบหรือไม่ว่าลักษณะของยาชุดเป็นอย่างไร

- () ไม่ทราบ
 () ทราบ คือ

11. ท่านทราบหรือไม่ว่า ลักษณะของยาชุดสดเป็นอย่างไร

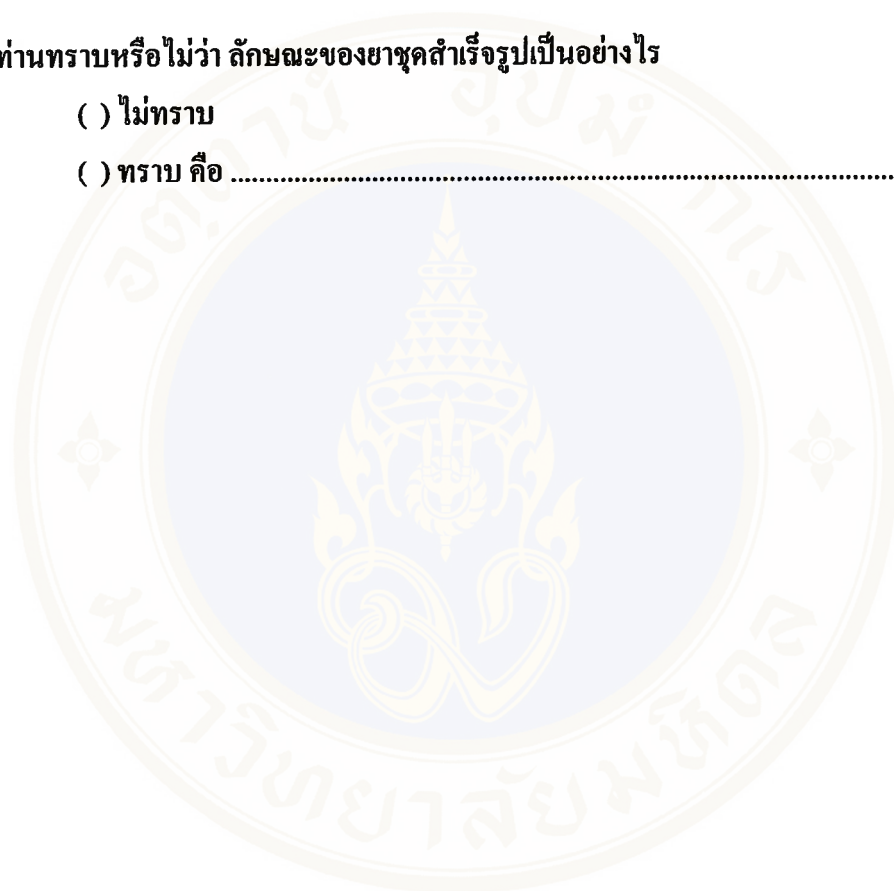
() ไม่ทราบ

() ทราบ คือ

12. ท่านทราบหรือไม่ว่า ลักษณะของยาชุดสำเร็จรูปเป็นอย่างไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ คือ



ภาคผนวก ก

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม (57),(58)

ทดสอบความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่ม โดยใช้ F-test

สูตร $F = \frac{S1^2}{S2^2}$; $df = (n1-2), (n2-1)$

S1 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

S2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n1 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

n2 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

เมื่อ $\sigma1^2 = \sigma2^2$ ใช้สูตร

$$t = \frac{(\bar{X}1 - \bar{X}2) - (\mu1 - \mu2)}{\sqrt{\frac{S^2p(1+1)}{n1 n2}}}$$

$$Sp^2 = \frac{(n1-1)S1^2 + (n2-1)S2^2}{n1 + n2 - 2}$$

$\bar{X}1$ = ค่าเฉลี่ยของตัวอย่างกลุ่มที่ 1

$\bar{X}2$ = ค่าเฉลี่ยของตัวอย่างกลุ่มที่ 2

S1 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่างกลุ่มที่ 1

S2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวอย่างกลุ่มที่ 2

n1 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

n2 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

Sp^2 = ความแปรปรวนร่วม

การทดสอบด้วย χ^2 test (Chi-square Test)

1. ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ (association test)

H_0 : ตัวแปร A และ B ไม่มีความสัมพันธ์กัน

H_a : ตัวแปร A และ B มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อตัวแปร A และ B แบ่งเป็นหลายกลุ่มย่อย (r x c)

ตัวแปร A	ตัวแปร B				รวม
	กลุ่มย่อยที่ 1	2	3	j	
กลุ่มย่อยที่ 1	O11 (E11)	.	.....		R1
2	.	.	.....		.
3	.	.	.....		.
.
I	.	.	.....		.
รวม	C1	C2	C3.....Cj		n

$$\chi^2 = \sum_{i,j} E_{ij} \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

$$df = (r-1)(c-1)$$

เมื่อ 1. O_{ij} (observed frequency) เป็นค่าตัวเลขที่ได้มาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. E_{ij} (exocoeted frequency) เป็นค่าตัวเลขที่ได้มาจากทฤษฎี ค่าที่ได้นี้ไม่ควรน้อยกว่า 5 การทดสอบจึงจะได้ผลดี

$$E_{ij} = (R_i * C_j) / n$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

R_i = ผลรวมในแถวที่ i

C_j = ผลรวมในสดมภ์ที่ j

ตารางการแจกแจงแบบ 2 x 2

ปัจจัย A	ปัจจัย B		รวม
	B1	B2	
A1	a	b	h
A2	c	d	g
รวม	e	f	k

$$\chi^2 = \frac{N (|ad - bc| - N/2)^2}{efgh} \quad df = 1$$

Logistic Regression Model

ใช้ในการทำนายเหตุการณ์ในสิ่งที่สนใจว่าจะมีโอกาสเกิด/ไม่เกิดขึ้น ของเหตุการณ์ที่สนใจโดยใช้ตัวแปรต่างๆ (Independent Variables) เป็นเทคนิคของ Multivariate Analysis ที่จะทำนายตัวแปรตาม (y) เมื่อตัวแปรตามคือผลของการตอบสนองที่ปรากฏออกมาเป็น 2 อย่าง (Binary, Dichotomous Outcome) เช่น เป็นโรค ไม่เป็นโรค ใน Logistic Model เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความน่าจะเป็นของการเกิดการตอบสนองหรือการเกิดโรคร่วมกับกลุ่มตัวแปรอิสระ X_1, X_2, \dots, X_p สามารถเขียนเป็นสมการแสดงความสัมพันธ์ได้ดังนี้

$$\text{Prob(Event)} = P(X_i) = \Pr(d=1 | X_i) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p)}}$$

$P(X_i)$ = ความน่าจะเป็นของการเกิดโรค เมื่อมีปัจจัยอิสระเหล่านั้น

$d = 1$ คือ การเกิดโรค

$d = 0$ คือ ไม่เกิดโรค

X_i = กลุ่มตัวแปรอิสระ ($i = 1, 2, 3, \dots, p$) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยที่สงสัยว่าจะ
เป็นสาเหตุ และตัวรบกวน (Risk factors confounding variables, functions of them or an
interactions of interest)

β_i = สัมประสิทธิ์หรือพารามิเตอร์ ซึ่งบอกผลของตัวแปรอิสระต่อการตอบ
สนอง หรือการเกิดโรค หรือเขียนในรูป Linear Regression Model ได้คือ

$$\text{Logit } P(x) = \log_e(Px/Qx) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p$$

เมื่อ $Qx = 1 - Px$ = โอกาสที่จะไม่เป็นโรคเมื่อมีปัจจัย $X_1, X_2, X_3, \dots, X_p$

ในกรณีที่ตัวแปรตามเป็น Binary Variable ถ้าใช้ Regression Analysis จะผิดพลาด
เพราะไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ Regression Analysis เช่น

1. การกระจายของค่าความคาดเคลื่อน (Error) เป็นปกติ
2. การประมาณค่า y เป็น Interval ไม่สามารถทำนายความน่าจะเป็นได้
3. ค่า y อยู่ระหว่าง 0-1 และในบางกรณีอาจจะตกอยู่นอกช่วงได้แต่ถ้าใช้ Discriminant
Analysis ก็มีเงื่อนไขดังนี้

1. $X \sim \text{MVN}$ (Multivariate Normal Distribution)

2. Variance-Covariance Matrices ต้องเท่ากัน

ข้อตกลงเบื้องต้น ของ Multiple Logistic Regression Analysis คือ

1.1 ตัวแปรตามเป็นตัวแปรประเภททวิ (binary) ที่มีการแจกแจงแบบ Binomial

1.2 ตัวแปรอิสระ ($X_1, X_2, X_3, \dots, X_p$) มีคุณสมบัติดังนี้

- (1) เป็นตัวแปรที่มีการกระจายแบบปกติ และมีความแปรปรวนร่วมระหว่าง
ตัวแปรเป็นไปในรูปเดียวกัน (Multivariate Normal Distributed with
Equal Covariance Matrices) หรือ
- (2) เป็นตัวแปรประเภททวิและเป็นอิสระต่อกัน (Multivariate Independent
Dichotomous Variables) หรือ
- (3) เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องที่ส่งผลในลักษณะความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นตรง
เมื่อค่าของตัวแปรนั้นถูกแปรรูปเป็นรูปของการยกกำลัง ซึ่งไม่ว่าจะเป็น
การยกกำลังสองหรือมากกว่าสอง ก็จะทำให้ผลคล้ายคลึงกันในประชากร
แต่ละกลุ่ม หรือ
- (4) เป็นผลรวมระหว่างข้อ (1) และ ข้อ (3)

(5) Xi และ Xj ไม่เกิด Multicollinearity

Goodness of Fit ที่ได้จากการวิจัย

1. -2 Log Likelihood = 168.316
2. Goodness of Fit = 234.992
3. Model chi-square = 122.110 df. = 9 p-value < 0.001

Classification Table

observed	Predicted		Percent Correct
	0	1	
0	178	9	95.19 %
1	22	44	66.67 %
	Overall		87.75 %

ตารางนี้ให้ค่า sensitivity 95.19 % , specificity 66.67 %

สมการนี้สามารถทำนายได้ ร้อยละ 87.75

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามแบบจำลองการวิเคราะห์ถดถอย

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1. อายุ (1)	1.00	.70	-.02	.06	-.03	-.05	-.06	-.07	.01	.03	-.01	.06	-.01	.06	.04	.01	.01	-.04	.01	-.04	-.04	
2 อายุ (2)		1.00	.09	.28	-.18	-.13	-.07	-.01	-.01	.01	-.07	.01	-.09	.03	.10	-.02	-.11	-.01	-.01	-.02	-.02	
3. เพศ			1.00	.11	-.38	.38	.00	-.00	.07	.11	-.02	-.03	-.03	.12	.06	-.15	-.06	.04	.06	.04	.04	
4. การศึกษา				1.00	.16	.11	-.08	.17	.05	.05	-.14	-.10	-.10	-.02	.03	-.05	.01	.10	.14	.10	.10	
5. สถานภาพสมรส					1.00	.08	-.14	.09	.06	.06	-.10	-.04	.03	.02	-.05	.10	-.01	.11	-.05	.11	.11	
6.อาชีพ (1)						1.00	.06	-.08	.12	.10	.07	-.10	.06	-.03	-.14	-.13	.22	.01	-.04	.01	.01	
7.อาชีพ (2)							1.00	.12	-.01	-.01	.00	-.00	-.06	-.04	-.08	.01	.19	.03	-.04	-.04	.03	
8. รายได้								1.00	.02	.00	-.07	.00	-.10	-.03	.11	.06	.03	.04	-.00	-.00	.04	
9. ความรู้ (1)									1.00	.69	-.06	-.05	-.06	.05	.05	-.06	.08	.03	.17	.03	.03	
10. ความรู้ (2)										1.00	-.14	-.09	-.06	.07	.08	-.02	.04	.05	.21	.05	.05	
11.ระยะเวลา (1)											1.00	.56	.55	.17	.15	-.14	.14	-.02	-.01	-.01	-.13	
12. ระยะเวลา (2)												1.00	.55	.29	.16	-.04	.09	-.07	-.16	-.16	-.24	
13. ระยะเวลา (3)													1.00	.34	.08	-.13	.04	-.07	-.07	-.11	-.11	
14. ความรุนแรง														1.00	.21	-.00	-.02	.04	-.03	-.03	-.08	
15. สาเหตุ															1.00	.11	.00	-.06	-.02	.00	.00	
16. ความสะดวก																1.00	.05	-.12	.01	.05	.05	
17. ลักษณะครอบครัว																	1.00	.16	.00	.01	.05	
18. ครอบครัวขยาย																		1.00	.03	.03	.14	
19. เพื่อนบ้านขยาย																			1.00	.03	.14	
20. บุคคลในครอบครัว																				1.00	.13	
ทำงานด้านการแพทย์ ๑																						1.00



ภาพที่ 1 ขาชุดแก่ปวงเมือขที่ไ้จากการเก็บตัวอ่่าง



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสมลักษณ์ สิทธิพรหม

วัน เดือน ปีเกิด 25 ตุลาคม 2509

สถานที่เกิด จังหวัดอุดรธานี

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พ.ศ.2528-2532:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2532-ปัจจุบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านคุง
อำเภอบ้านคุง จังหวัดอุดรธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5