

# ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาโรคเรื้อรังของผู้ป่วยสูงอายุ

## Factors Affecting Medicine Use in Elderly with Chronic Diseases

วิระพล ภิมาลย์<sup>1</sup>, รวิอร รังสูงเนิน<sup>2</sup>, ลิขิต ฤทธิยา<sup>2</sup>, วิภาดา ภัทรดุลยพิทักษ์<sup>2</sup>, กฤษณี สระมุณี<sup>3</sup>  
Wiraphol Phimarn<sup>1</sup>, Rawion Rungsoengoen<sup>2</sup>, Likhit Rittiya<sup>2</sup>, Wipada Pattaradunpitak<sup>2</sup>,  
Kritsanee Saramunee<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจในฉลากยา ความถูกต้องและความสม่ำเสมอในการใช้ยาโรคเรื้อรังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 อายุเฉลี่ย 68.65±5.62 ปี และโรคเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความเข้าใจในฉลากยา ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 88.96±11.56, 90.98±14.03 และ 89.96±10.71 คะแนนตามลำดับ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้าใจในฉลากยา คือ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $b=18.145$ ;  $p<0.001$ ) และจำนวนยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบ ( $b=-1.1912$ ;  $p=0.027$ ) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความถูกต้องในการใช้ยาได้แก่ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงลบ ( $b=-8.138$ ;  $p=0.004$ ) และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $b=10.719$ ;  $p=0.015$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาก่อตัวคือ เพศ ระดับการศึกษาและรายได้ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก ( $b= 5.200, 14.432$  และ  $0.001$  ตามลำดับ;  $p=0.022, <0.004$  และ  $0.041$  ตามลำดับ) ส่วน สถานภาพสมรสและจำนวนยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์เชิงลบ ( $b=-5.212$  และ  $-1.878$ ;  $p=0.009$  และ  $0.017$ ) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มความเข้าใจ ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

**คำสำคัญ :** ความเข้าใจ ความถูกต้อง ความร่วมมือ โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

### Abstract

This study was to determine medication compliance and associated factors in medicine use among elderly. Interviews were conducted with 98 elderly who had chronic diseases in Mahasarakham province. The majority of participants were female (76.5%) with average age 68.65±5.62 years. The most of chronic disease were hypertension and diabetes mellitus. Average score for understanding of medicine labels, accuracy in medicine use and medication compliance were 88.96±11.56, 90.98±14.03 and 89.96±10.71, respectively. Education level was positively associated with the understanding of medicine labels ( $b=18.145$   $p<0.001$ ), while the amount of medicine used associated negatively ( $b=-1.1912$ ;  $p=0.027$ ). The marital status was associated negatively with accuracy in medicine use ( $b=-8.138$ ;  $p=0.004$ ) but education level was in contrast ( $b=10.719$ ;  $p=0.015$ ). Moreover, gender, education level and monthly

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ. มหาสารคาม

<sup>2</sup> นิสิตเภสัชศาสตร์, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ. มหาสารคาม

<sup>3</sup> อาจารย์, หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ. มหาสารคาม

<sup>1</sup> Assist Prof, Social Pharmacy research unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantarawichai District, Maha Sarakham, Thailand 44150

<sup>2</sup> PharmD student, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantarawichai District, Maha Sarakham, Thailand 44150

<sup>3</sup> Instructors, Social Pharmacy research unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Kantarawichai District, Maha Sarakham, Thailand 44150

\* Corresponding author : Wiraphol Phimarn, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44150, Tel. +66 43754360, Fax +66 43754360, E-mail : wiraphol.p@msu.ac.th

income had positive association with medication compliance. ( $b = 5.200, 14.432$  and  $0.001$ ;  $p = 0.022, < 0.004$  and  $0.041$ , respectively). However, marital status and amounts of medicine were negatively associated ( $b = -5.212$  and  $-1.878$ ;  $p = 0.009$  and  $0.017$ ). This study indicates, increasing the understanding of medicine labels, accuracy in medicine use and medication compliance among elderly should consider other factors in order to maximize efficacy from medicine use.

**Keywords :** understanding, accuracy, compliance, chronic disease, elderly

## บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของประชากรทั้งหมดและในอนาคตมีแนวโน้มว่าประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น<sup>1</sup> อย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ที่เป็นโรคที่บำบัดไม่หายทำได้เพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 เบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0<sup>2</sup> ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมักจะต้องใช้ยาหลายชนิดและหลายกรณีเป็นการใช้ยาไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้มักมีโรคเรื้อรังหลายโรค ร่วมกับความสามารถในการพึ่งพาตนเองมักจะน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ จากข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีจะใช้ยาน้อยกว่า 1 ชนิดต่อสัปดาห์ และจำนวนยาที่ใช้มีจำนวนมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น<sup>3</sup> ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการใช้ยาที่ไม่ถูกวิธีทำให้ไม่ได้ผลในการรักษาและอาจเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์และค่าใช้จ่ายที่อาจเพิ่มสูงขึ้น<sup>4</sup> เพื่อให้การบำบัดโรคเรื้อรังบรรลุตามเป้าหมาย ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี คือต้องรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของมียาตามแพทย์สั่ง<sup>5</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการขาดความร่วมมือในการใช้ยามีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น เศรษฐฐานะของผู้ป่วย จำนวนยาที่ได้รับ อาการข้างเคียง ความซับซ้อนของยาที่ได้รับ ปัจจัยด้านสรีระ การช่วยเหลือของครอบครัว การช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง<sup>6,7</sup> จากการที่ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อน เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และความเคร่งครัดในการใช้ยาของผู้โรคเรื้อรังจะลดลงหลังจากใช้ยาประมาณ 6 เดือน<sup>5,8</sup> ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความ

เข้าใจในฉลากยา ความถูกต้องของการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยา และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประเด็นดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลในการกำหนดแนวทางการดูแลและติดตามผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังใน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาคือ 1) เป็นผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป) 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับยาต่อเนื่อง อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง ข้อเสื่อม และเก๊าท์ 3) มีการตอบสนองความรู้สึได้ดี ไม่มีความผิดปกติทางจิตและประสาท 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมการศึกษาได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล อาชีพหลัก รายได้ ระดับการศึกษาสูงสุด จำนวนสมาชิกในบ้าน โรคประจำตัว ยาที่ใช้ ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่นัดครั้งถัดไป 2) การวัดความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาคือ โดยจะวัดว่ามีความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามคำสั่งที่ปรากฏบนฉลากยา ได้แก่ จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละครั้ง ความถี่ของการรับประทาน ยา ความสัมพันธ์กับมื้ออาหาร และช่วงเวลาที่ต้องรับประทาน ซึ่งถ้ามีความเข้าใจถูกต้องจะคิดเป็น 1 คะแนน ในแต่ละคำสั่ง แปลผลออกมาเป็นคะแนนรวมในแต่ละคำสั่งการใช้ยา โดยคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนจะบันทึกเป็นคะแนนในแต่ละฉลากยาที่ได้รับและคำนวณคะแนนเฉลี่ยออกมาเป็นคะแนนความเข้าใจทั้งหมด 3) การวัดความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วย โดยจะสัมภาษณ์จากจำนวนครั้งที่รับประทานยา และจำนวนเม็ดยา การศึกษานี้จะถือว่าผู้ที่ใช้ยาได้อย่างถูกต้องต้องรับ



ประธานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องเท่านั้น หากผู้ป่วยรับประทานยาจนหมดแต่วิธีการรับประทานยาไม่ถูกต้องก็จะถือว่าใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งระดับของความถูกต้องในการใช้ยาจะใช้การนับเม็ดยา โดยใช้สมการดังนี้

$$C = 100 \times [b/a]$$

เมื่อ C คือความร่วมมือในการใช้ยาที่แสดงออกมาในรูปของร้อยละ

a คือปริมาณยาที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานไปถ้าปฏิบัติตามคำสั่งบนฉลากยาโดยเริ่มจากวันแรกของการรักษาจนถึงวันที่ทำการสัมภาษณ์ติดตาม

b คือปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับครั้งแรกกลับด้วยปริมาณยาที่เหลือในวันทำการสัมภาษณ์ติดตาม

4) ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา (percentage compliance) จะเป็นค่าเฉลี่ยของความเข้าใจในการใช้ยารวมกับความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละคนดังสมการความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ) = [ความถูกต้องในการใช้ยาเฉลี่ยจากตอนที่ 1 (ร้อยละ) + ความเข้าใจในการใช้ยาเฉลี่ยจากตอนที่ 2 (ร้อยละ)]/2

การศึกษานี้แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาแบ่งออกเป็น ระดับดีมากที่สุดคือร้อยละ 80-100, ดีคือร้อยละ 70.0-79.9, ปานกลางร้อยละคือ 60.0-69.9, น้อยคือร้อยละ 50.0-59.9 และไม่ร่วมมือคือน้อยกว่าร้อยละ 50<sup>5</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมและความชัดเจนในเนื้อหาจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบความเที่ยง (reliability) ใช้การทดสอบอัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha test) ซึ่งทำการทดสอบกับประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 15 คนพบว่า มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.845

### การวิเคราะห์ผลทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาคือข้อมูลทั่วไปนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปกับกลุ่มที่น้อยกว่าร้อยละ 80 จะใช้สถิติทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากร (Chi-square tests) โดยกำหนดค่า p=0.05

ส่วนการถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple linear Regression) ใช้เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจในการใช้ยา ความถูกต้องในการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธี All Enter กำหนดค่า p-value < 0.05

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคามหมายเลข 0122/2555

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 98 ราย เป็นเพศชาย 23 ราย (ร้อยละ 23.5) เพศหญิง 75 ราย (ร้อยละ 76.5) อายุเฉลี่ย 68.65±5.62 ปี ร้อยละ 75.5 มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คน (ร้อยละ 22.4) ร้อยละ 89.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 83.7 มีโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานหรือทั้งสองโรค จำนวนรายการยา (item) ที่ได้รับมากที่สุดคือ 3 ชนิด (ร้อยละ 27.6) รายละเอียดอื่นๆ แสดงใน Table 1

Table 1 Baseline characteristic (n=98)

Characteristic	n (%)
Gender	
Male	23 (23.5)
Female	75 (76.5)
Average age (year) (Mean±SD.)	68.65±5.62
Education level	
Non	10 (10.2)
Primary school	88 (89.8)
Marital status	
Married	74 (75.5)
Separated	2 (2.0)
Widow	22 (22.6)
Family member	
1	4 (4.1)
2	18 (18.4)
3	16 (16.3)
4	10 (10.2)
5	20 (20.4)
6	22 (22.4)
7	6 (6.1)
8	0 (0.0)

**Table 1** Baseline characteristic (n=98) Cont.

9	0 (0.0)
10	2 (2.0)
Monthly income (baht) (Mean±SD.)	1,918.37±1,726.05
Underlying disease	
Diabetes mellitus	28 (28.6)
Hypertension	27 (27.6)
Diabetes mellitus + Hypertension	27 (27.6)
Osteoarthritis	1 (1.0)
Hypertension +Hyperthyroidism	1 (1.0)
Hypertension + Heart disease	2 (2.0)
Diabetes mellitus + Hypertension + Heart disease	1 (1.0)
Diabetes mellitus + Hypertension +chronic kidney disease	3 (3.1)
Hypertension +Hyperlipidemia	5 (5.1)
Diabetes mellitus +Hyperlipidemia	2 (2.0)
Hyperthyroidism + Gout	1 (1.0)
Average amount of medicine	3.29±1.19

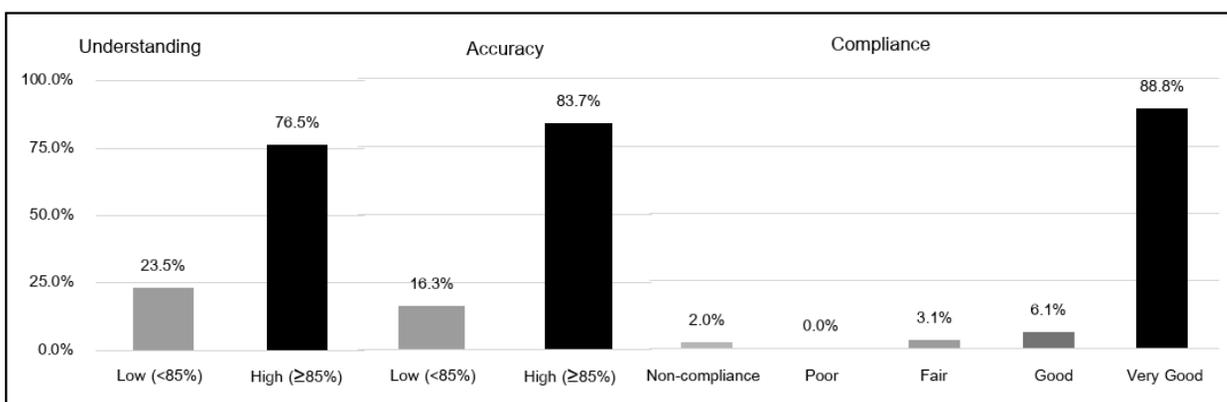
### ความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาบนฉลาก ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาบนฉลาก ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ  $88.96 \pm 11.56$ ,  $90.98 \pm 14.03$  และ  $89.96 \pm 10.71$  คะแนนตามลำดับ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความเข้าใจในฉลากยาเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 85 ซึ่งถือว่ามี ความเข้าใจในระดับสูง ตามเกณฑ์ของ ANSI criterion<sup>10</sup> แต่

อย่างไรก็ตามมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 23 คน (ร้อยละ 23.5) มีความเข้าใจในระดับต่ำ ความถูกต้องของการใช้ยาการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้องระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80) ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.7 สามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้อง และความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า มีผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 88.8 มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80.0) รายละเอียดดังแสดงใน Fig 1.

### การทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยา ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุ พบว่าระดับการศึกษาและจำนวนยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$  และ  $p = 0.027$  ตามลำดับ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณกับความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาเป็น 0.556 สามารถพยากรณ์ความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาได้ร้อยละ 30.9 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่าระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์ความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาได้สูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ( $b$  และ  $\beta$ ) เป็น 18.145 และ 0.478 ตามลำดับ หมายความว่า การมีระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วยความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.145 และชนิดของยาที่ได้รับยาที่ได้รับเพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคำสั่งการใช้ยาลดลงร้อยละ 1.1912 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.027$  สำหรับตัวแปรอื่นๆ ไม่ส่งผลต่อระดับความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยา ดังแสดงใน Table 2

**Figure. 1** Understanding of medicine labels, accuracy in medicine use and medication compliance of participants



**Table 2** Multiple linear regression analysis in understanding of medicine labels

Factors	b	SE <sub>b</sub>	$\beta$	t	p-value
Gender	4.473	2.463	0.164	1.802	0.075
Marital status	-1.985	2.154	-0.081	-0.922	0.359
Education level	18.145	3.356	0.478	5.407	<0.001*
Monthly incomes	0.001	0.001	0.119	1.288	0.201
Item of medicine	-1.1912	0.850	-0.197	-2.249	0.027*

Remark: \* $p < 0.05$

ความถูกต้องของการใช้ยาผลการวิเคราะห์พหุคูณพบว่าสถานภาพสมรสและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการใช้ยา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณเกี่ยวกับความถูกต้องของการใช้ยาเป็น 0.469 สามารถพยากรณ์ความถูกต้องของการใช้ยาได้ร้อยละ 22 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่าระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์ความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาได้สูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและ

คะแนนมาตรฐาน (b และ  $\beta$ ) เป็น 10.719 และ 0.232 ตามลำดับ หมายความว่าการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วยความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.719 และสถานภาพสมรสที่เปลี่ยนไปจากสถานภาพคู่เป็นสถานภาพเดี่ยวได้แก่ โสด หย่าร้าง หม้าย จะทำให้ความถูกต้องของการใช้ยาลดลงร้อยละ 8.138 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  สำหรับตัวแปรอื่นๆ ไม่ส่งผลต่อความถูกต้องของการใช้ยาแสดงใน Table 3

**Table 3** Multiple linear regression analysis in accuracy in medicine use

Factors	b	SE	$\beta$	t	p-value
Gender	6.260	11.836	0.190	1.970	0.052
Marital status	-8.138	2.780	-0.274	-2.928	0.004*
Education level	10.719	4.330	0.232	2.476	0.015*
Monthly incomes	0.002	0.001	0.190	1.934	0.056
Item of medicine	-1.797	1.097	-0.153	-1.638	0.105

Remark: \* $p < 0.05$

ความร่วมมือในการใช้ยาผลการวิเคราะห์พหุคูณพบว่าทุกๆ ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการใช้ยา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณเกี่ยวกับความถูกต้องของการใช้ยาเป็น 0.581 สามารถพยากรณ์ความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 33.7 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่าระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์ความร่วมมือในการใช้ยาได้สูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน (b และ  $\beta$ ) เป็น 14.432 และ 3.047 ตามลำดับ และ สำหรับรายละเอียดอื่นๆ แสดงในตาราง

ที่ 4 การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าทุกๆ ปัจจัยที่ทำการศึกษามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยปัจจัยเชิงบวกที่พบได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.022$ ,  $p < 0.001$  และ  $p = 0.041$  ตามลำดับ) แต่ สถานภาพสมรสที่เปลี่ยนไปจากสถานภาพคู่เป็นสถานภาพเดี่ยวได้แก่ โสด หย่าร้าง หม้ายและจำนวนรายการยาที่ได้รับ หากเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ ,  $p = 0.017$  ตามลำดับ)

**Table 4** Multiple linear regression analysis in accuracy in medication compliance

Factors	b	SE	$\beta$	t	p-value
Gender	5.200	2.236	0.207	2.325	0.022*
Marital status	-5.212	1.956	-0.230	-2.665	0.009*
Education level	14.432	3.047	0.410	4.737	<0.001*
Monthly incomes	0.001	0.001	0.187	2.069	0.041*
Item of medicine	-1.878	0.772	-0.209	-2.434	0.017*

Remark: \* $p < 0.05$

### วิจารณ์และสรุปผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนมาก (มากกว่าร้อยละ 80) มีความเข้าใจเกี่ยวกับคำสั่งการใช้ยาบนฉลาก ความถูกต้องและความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ในประเทศไทยที่ทำการศึกษาค่าการใช้ยาในโรคเรื้อรังพบว่าในประเทศไทยมีผู้ขาดความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 20-38<sup>11,12</sup> ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนยาที่ได้รับ ในด้านเพศการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา การศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับของ Gormes และคณะ (1998)<sup>13</sup> พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาโดยเพศชายรู้สึกว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลรักษา รู้สึกอ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นหัวหน้าได้ อีกทั้งอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำงาน ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น เพื่อลดภาวะดังกล่าว เพศชายจึงรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและสม่ำเสมอ มากกว่าเพศหญิง แต่ขัดแย้งกับการศึกษา Saengsuwan และคณะ (2012)<sup>14</sup> ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักและต้องได้รับยาต่อเนื่องพบว่าปัจจัยด้านเพศมีผลต่อการรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและต่อเนื่องสม่ำเสมอไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาคือไม่ได้เรียนหนังสือ และการศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุณี เลิศสินอุดมและคณะ (2551)<sup>15</sup> พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีความรับผิดชอบในการใช้ยามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า และมีความเข้าใจการรับประทานยา ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและอัตราการลืม

รับประทานยาน้อยกว่า คาดว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามีความรู้ส่งผลต่อการอ่านฉลากยา ทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

สถานภาพสมรส การศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงลบคือผู้ที่มีสถานภาพหย่าร้างและหม้ายจะมีความถูกต้อง ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jin J และคณะ (2008)<sup>16</sup> พบว่าสถานภาพสมรสจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาโดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีอยู่ในสภาพอยู่คนเดียวเช่นโสด หม้าย เนื่องจากผู้ที่อยู่ในสภาพสมรสจะมีชีวิตสนับสนุน ให้กำลังใจเพื่อให้หายหรือบรรเทาอาการป่วย แต่ก็มีการศึกษาในอดีตที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับการใช้ยา<sup>17,18,19</sup>

รายได้ จากการศึกษาในอดีตพบว่า การไม่มีรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ที่มีรายได้ได้น้อยมักจะมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องเงินจึงไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย<sup>20</sup> และการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเศรษฐฐานะเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา<sup>21</sup> ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีรายได้ได้น้อยจึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษาได้

จำนวนรายการยาที่ได้รับการศึกษานี้พบว่าจำนวนยาเป็นปัจจัยเชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wungth-anakorn S และคณะ (2008)<sup>22</sup> พบว่าการที่จำนวนชนิดยา เม็ดยา และมียาที่ต้องรับประทานมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้สะดวก ไม่เป็นภาระที่กระทบต่อชีวิตประจำวันหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ



เสมอ และจากการศึกษาในอดีตพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาที่บ้าน 1-2 ชนิด จะมีการบริหารยาที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งจำนวนยาจัดเป็นความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ยา<sup>23</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดได้แก่ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ย้อนหลังในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างอาจจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน และเก็บข้อมูลในเขตจังหวัดมหาสารคาม ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาศึกษาเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้นและสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เหมาะสมมากขึ้นเพิ่มความเข้าใจ ความถูกต้องและความร่วมมือในการให้ยาให้มากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยเพื่อส่งเสริมงานชุมชนและแหล่งฝึกภายใต้โครงการสร้างเสริมเสริมสุขภาพในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี 2555

### เอกสารอ้างอิง

1. Chaiyasung P, Sutawanntacha S, Intakan P, Lichanatein S. Predictors of Depression among Older Adult with Chronic Disease in Urban Area. *Journal of Nursing and Education* 2013; 6(1) : 27-37.
2. Ministry of Social Development and Human Security. Situation of Thai elderly 2004. [online]. 2010. Available from: [http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc\\_893.pdf](http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc_893.pdf). Accessed 10, 2012.
3. Hayes BD, Klein-Schwartz W, Barreto F Jr. Polyparmacy and the geriatric patient. *Clin Geriatr Med* 2007; 23(2) : 371-90.
4. ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน* 2554; 10(3) : 52-65.
5. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487 - 97.
6. Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, *et al*. Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 34(3): 281-8.
7. Krainara P, Malathum P, Nathisuwan S, Kawamatawong T. Self-Care for Medication Use in Older Pa-

- tients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Rama Nurs J* 2011; 17(2): 287-304.
8. Thanawuth N, Sinarak S. Medication Adherence among HIV-Infected Patients and Associated Factors in the Era of Universal Access to Antiretroviral Therapy. *Songkla Med J* 2014; 32(1):11-22.
9. Ngoh N, Shepherd D. Design, development and evaluation of visual aid for communication prescription drug instruction to nonliterate patient in rural Cameroon. *Patient Educ Couns* 1997; 31(3): 245-261.
10. Dowse R, Ehlers M. The evaluation of pharmaceutical pictograms in a low-literate South African population. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 87-99.
11. Maneesriwongul WL, Tulathong S, Fennie KP, *et al*. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43 (Suppl 1): S119-22.
12. Chamroonsawasdi K, Insri N, Pitikultang S. Predictive factors of antiretroviral (ARV) drug adherence among people living with HIV/AIDS attending at Taksin Hospital, Bangkok, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2011; 94(7): 775-81.
13. Gomes MDM, Filho HD. Medication taking behavior and drug self regulation in people with epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56(4) : 714-9.
14. Saengsuwan J, Boonyaleepan S, Srijakkot J, Sawanyawisuth K, Tiamkao S. Factors associated with knowledge and attitudes in persons with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2012; 24(1) : 23-9.
15. สุณี เลิศสินอุดม กรแก้ว จันทภาษา สมศักดิ์ เทียมเก่า อาภรณ์ ไชยาคำ. การศึกษาสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคลมชัก. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน* 2551; 7(1) : 37-45.
16. Jin J, Sklar GE, Oh VM S, Li SC, Sikaona L. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag* 2008; 4(1) : 269-86.
17. Kaona FA, Tuba M, Siziya S, *et al*. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health* 2004; 4(68) :



doi: 10.1186/1471-2458-4-68.

18. Wild MR, Engleman HM, Douglas NJ, Espie CA. Can psychological factors help us to determine adherence to CPAP? A prospective study. *Eur Respir J* 2004; 24(3) : 461-5.
19. Yavuz A, Tuncer M, Erdogan O, *et al.* Is there any effect of compliance on clinical parameters of renal transplant recipients?. *Transplant Proc* 2004; 36(1) : 120-1.
20. จันทิมา ช่วยชุม ชนกพร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลมชัก : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2557; 6(1) : 36-47.
21. Ramadhani HO, Thielman NM, Landman KZ, *et al.* Predictors of incomplete adherence, virologic failure, and antiviral drug resistance among HIV- infected adults receiving antiretroviral therapy in Tanzania. *Clin Infect Dis* 2007; 45(11) : 1492-8.
22. Wungthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songkla Med J* 2008;26(6) : 539-547.
23. ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.