

ประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี

อรุณรัตน์ พรหมมา, วท.ม.¹ นัยนา แก้วคง, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แนวทาง Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 14 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไปและได้รับยาอย่างน้อย 5 รายการต่อวัน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA 6 ขั้นตอน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba

ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ภาระและความท้าทายในการจัดการยา ซึ่งครอบคลุมความซับซ้อนของสูตรยา ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจ 2) การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยาที่ประกอบด้วยการยอมรับที่ค่อยเป็นค่อยไป ความกังวลต่อผลระยะยาว และความเชื่อด้านการแพทย์พื้นบ้าน 3) กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง ที่แสดงให้เห็นความคิดสร้างสรรค์และการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วย และ 4) เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ที่เน้นบทบาทสำคัญของครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการจัดการยาเป็นกระบวนการเชิงรุกที่ซับซ้อน พยาบาลวิชาชีพควรบูรณาการการประเมินประสบการณ์การจัดการยาในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในระดับชุมชน

คำสำคัญ: การจัดการยา การใช้ยาหลายขนาน โรคเรื้อรังหลายโรค ประสบการณ์ที่มีชีวิต ชุมชน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: naiyana.k@unc.ac.th

Experiences of Polypharmacy Management among Patients with Multiple Chronic Diseases in Uttaradit Province

Arunrat Phomma, M.Sc.¹, Naiyana Kaewkhong, M.N.S.^{1*}

Abstract

This qualitative study aimed to explore medication management experiences among patients with multiple chronic diseases living in the community, Uttaradit Province, Thailand. Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) was employed as the research methodology. Fourteen participants were purposively recruited based on having two or more chronic conditions and taking five or more medications daily. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and analyzed using the six-step IPA process. Trustworthiness was established according to Lincoln and Guba's criteria.

The results revealed that four super-ordinate themes emerged from the analysis: 1) burden and challenges in medication management, encompassing regimen complexity, side effects disrupting daily life, and economic burden; 2) perceptions and attitudes toward medications, comprising gradual acceptance, concerns about long-term effects, and reliance on traditional folk medicine beliefs; 3) self-management strategies, revealing patients' creativity and autonomous decision-making in daily medication practices; and 4) support networks and interactions with the health system, highlighting the critical roles of family support, relationships with healthcare professionals, and access barriers in rural contexts.

These findings demonstrate that medication management constitutes an active, multidimensional process embedded in patients' lived realities. Nurses should integrate assessment of patients' medication management experiences within real-life contexts into nursing practice, thereby advancing rational drug use at the community level.

Key words: Medication management, Polypharmacy, Multiple chronic diseases, Lived experience, Community

¹ Instructors, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: naiyana.k@unc.ac.th

บทนำ

การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) ซึ่งนิยามโดยทั่วไปว่าการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปพร้อมกัน ได้รับการยอมรับในวงวิชาการว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Kim et al., 2024) การทบทวนวรรณกรรมแบบ Umbrella Review ที่ครอบคลุมงานวิจัย 295 รายการ จากผู้เข้าร่วมกว่า 59 ล้านคนใน 41 ประเทศทั่วโลก พบว่าความชุกของ Polypharmacy ในประชากรทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 37 และสูงถึงร้อยละ 59 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frailty) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของโรคเรื้อรังและสังคมผู้สูงอายุทั่วโลก (Kim et al., 2024) ในขณะที่การทบทวนอย่างเป็นระบบล่าสุดยังพบว่าความชุกของ Multimorbidity และ Polypharmacy มีความแปรปรวนสูงในแต่ละบริบท สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาเชิงลึกในระดับชุมชน (Hossain, Ahmed, & Chowdhury, 2024) ผลกระทบของ Polypharmacy ต่อสุขภาพผู้ป่วยนั้นมีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน การศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 544 ราย พบว่า Polypharmacy สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเมื่อวัดด้วย EQ-5D-5L ($\beta = -0.12$; $p = .008$) และ SF-12 PCS ($\beta = -0.15$; $p = .002$) แม้จะควบคุมตัวแปรทางด้านอายุ เพศ การศึกษา และ Multimorbidity แล้วก็ตาม (Van Wilder et al., 2022) นอกจากนี้ Polypharmacy ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปฏิกริยาระหว่างยา อาการไม่พึงประสงค์จากยา ภาวะหกล้ม และการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งในระดับบุคคลและระบบสุขภาพ (Van Wilder et al., 2022)

มิติที่ท้าทายยิ่งกว่าด้านระบาดวิทยา คือมิติของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในการดำรงชีวิตร่วมกับการจัดการยาหลายขนาน การศึกษาเชิงคุณภาพโดย Mannheimer et al. (2022) ซึ่งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้านในประเทศสวีเดนและมีจำนวนยาเฉลี่ย 11 รายการ พบว่าผู้ป่วยมีความหลากหลายอย่างมีนัยสำคัญในการรับรู้และรับมือกับ Polypharmacy บางรายมีความพึงพอใจในการรักษา ขณะที่บางรายประสบกับความกังวลและความไม่สบายใจอย่างรุนแรง จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยา นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดหลักของทัศนคติและการตัดสินใจเกี่ยวกับยา ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) ในการจัดการ Polypharmacy อย่างมีประสิทธิภาพ การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบโดย Xin, Yuanxing, Jiaming, and Xue (2025) ซึ่งรวบรวมงานวิจัยจากหลายประเทศและหลากหลายวัฒนธรรม พบว่าประสบการณ์ Polypharmacy ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคประกอบด้วย 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความยากลำบากและความท้าทายในการจัดการยาในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ระดับการยึดมั่นต่อการรักษาที่ลดลง และความต้องการการสนับสนุนจากหลายฝ่ายทั้งครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และชุมชน โดยเน้นว่าบริบททางวัฒนธรรมและระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีอิทธิพลต่อประสบการณ์เหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพโดย Cheng, Yu, and Wang (2023) ที่พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการระบุปัญหา Polypharmacy และการสนับสนุนการจัดการยา แต่ยังมีช่องว่างกับความซับซ้อนและอุปสรรคหลายประการในการนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติในบริบทจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยพบว่างานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทตะวันตกและเอเชียตะวันออก ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างครอบครัว วัฒนธรรม และรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทชุมชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่างานวิจัยด้าน Polypharmacy จะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องในระดับสากล ทว่างานวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนของประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นจังหวัดกึ่งชนบทที่มีลักษณะโครงสร้างครอบครัว วัฒนธรรม และรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวนั้น ยังคงมีอยู่อย่างจำกัดมาก ช่องว่างดังกล่าวทำให้การพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยในพื้นที่ยังขาดฐานความรู้ที่เพียงพอ การวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นแนวทาง

ที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการสำรวจมิติเหล่านี้ เนื่องจากช่วยให้สามารถเข้าถึงความหมาย กระบวนการตัดสินใจ และกลยุทธ์การจัดการยาจากมุมมองของผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน (Mannheimer et al., 2022) การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในบริบทชุมชนไทยต่อไป

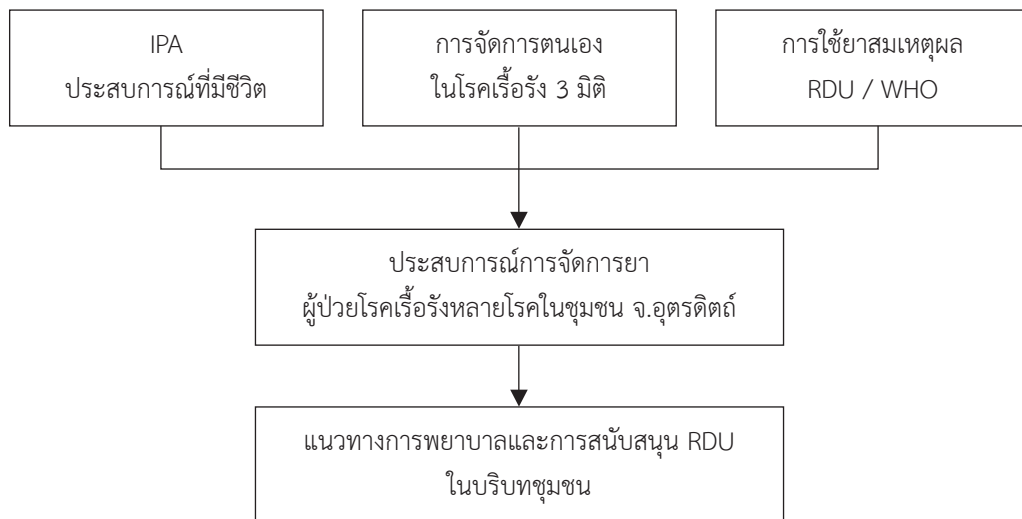
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรธานี ในเชิงความหมายและการตีความที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experiences) ตามแนวทาง IPA เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในบริบทชุมชนไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิด 3 ฐานเข้าด้วยกัน เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนได้อย่างรอบด้าน ฐานแรกคือแนวคิด Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) ของ Smith, Flowers, and Larkin (2009) ซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาจากปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ในแง่ของตัวมันเอง และพฤติกรรมศาสตร์ตีความของ Heidegger ที่เน้นการทำความเข้าใจในเชิงบริบท รวมถึงหลักการ Idiography ที่เจาะลึกประสบการณ์รายบุคคลก่อนข้ามไปสู่ภาพรวม แนวคิดนี้กำหนดให้ผู้วิจัยไม่เพียงบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยถ่ายทอด แต่ต้องเข้าร่วมตีความความหมายที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์นั้นด้วยโดยผ่านกระบวนการตีความแบบสองชั้น (Double Hermeneutic) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ IPA ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับปรากฏการณ์การจัดการยาที่มีความซับซ้อน คลุมเครือ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง ฐานที่สองคือแนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Self-Management) ซึ่งครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ มิติการจัดการทางการแพทย์ เช่น การกินยาตรงเวลาและการติดตามอาการ มิติการจัดการทางบทบาท เช่น การปรับวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับตารางการใช้ยา และมิติการจัดการทางอารมณ์ เช่น การรับมือกับภาระและความกังวลจากการใช้ยาหลายขนาน (Jin et al., 2024) กรอบนี้ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมประสบการณ์การจัดการยาได้อย่างเป็นองค์รวม ไม่จำกัดเพียงมิติการปฏิบัติตามการรักษา ฐานที่สามคือแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ซึ่งกำหนดว่าผู้ป่วยควรได้รับยาที่เหมาะสมกับโรค ในขนาดและระยะเวลาที่เพียงพอ ด้วยราคา que ผู้ป่วยและชุมชนสามารถจ่ายได้ กรอบนี้ทำหน้าที่เป็นเลนส์ในการตีความว่าประสบการณ์ที่ผู้ป่วยถ่ายทอดนั้นสะท้อนช่องว่างหรืออุปสรรคต่อการใช้อย่างสมเหตุสมผลในบริบทชุมชนอย่างไร และเพื่อเชื่อมผลวิจัยเข้ากับนโยบาย RDU ของประเทศไทยได้อย่างตรงจุด

การบูรณาการกรอบแนวคิดทั้ง 3 ฐานนี้มีความสอดคล้องและเสริมกันในเชิงตรรกะ กล่าวคือ IPA ทำหน้าที่เป็นแนวทางระเบียบวิธีในการเข้าถึงประสบการณ์ที่มีชีวิตของผู้ป่วย แนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังทำหน้าที่เป็นกรอบการวิเคราะห์ที่ช่วยให้การตีความข้อมูลครอบคลุมทั้ง 3 มิติอย่างเป็นระบบ และแนวคิด RDU ทำหน้าที่เป็นเลนส์เชื่อมโยงผลการวิจัยเข้ากับนโยบายสำคัญในเชิงนโยบายและการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้การวิจัยสามารถทำความเข้าใจประสบการณ์การจัดการยาได้ในมิติส่วนบุคคล มิติสังคมวัฒนธรรม และมีตรรกะสุขภาพพร้อมกัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ตามแนวทาง Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ที่มีชีวิต (Lived Experience) ของบุคคลในเชิงลึก ผ่านกระบวนการตีความแบบสองชั้น (Double Hermeneutic) กล่าวคือ ผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ในขณะที่ผู้วิจัยก็ตีความความหมายนั้นผ่านมุมมองทางวิชาการและประสบการณ์คลินิกของผู้วิจัยด้วย (Smith et al., 2009) IPA เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อน คลุมเครือ และเชื่อมโยงกับอารมณ์ความรู้สึกอย่างลึกซึ้ง เช่น ประสบการณ์การจัดการยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ประชากรของการวิจัยนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามหลักการของ IPA ที่เน้นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและมีความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneous Sample) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนประสบการณ์ร่วมของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง (Smith et al., 2009)

การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลดำเนินการโดยประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ช่วยคัดกรองและแนะนำผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยโดยตรงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่จำเป็น ใช้วิธีสุ่มแบบก้อนหิมะ (Snowball Sampling) เสริม โดยให้ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมแล้วแนะนำผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรายอื่นในชุมชนเดียวกัน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อดังนี้ ได้แก่ (1) ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (2) รับประทานอย่างน้อย 5 รายการต่อวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน ตามนิยาม Polypharmacy ที่ยอมรับในวงวิชาการ (3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (4) อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน (5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ (6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ผู้ที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้ไม่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ (1) มีความบกพร่องทางการรับรู้ที่ส่งผลต่อความสามารถในการสื่อสาร (2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงที่เก็บข้อมูล และ (3) เคยเข้าร่วมการวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อป้องกันอคติจากการเรียนรู้

จำนวนผู้ให้ข้อมูล ขนาดของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย IPA มักอยู่ระหว่าง 6-15 คน โดยไม่มุ่งเน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เช่นเดียวกับ Grounded theory แต่เน้นความลึกของการวิเคราะห์รายบุคคลเป็นสำคัญ (Smith et al., 2009) การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 14 คน ซึ่งอยู่ในช่วงที่เหมาะสมตามหลักการ IPA และเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เชิงลึกรายบุคคลตามแนวทางของ Smith et al. (2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักของการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured In-Depth Interview Guide) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากกรอบแนวคิดการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถามหลัก (Grand Tour Questions) จำนวน 5-7 ข้อ และคำถามเจาะลึก (Probe Questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยายประสบการณ์ได้ครบถ้วนและลึกซึ้งยิ่งขึ้น โครงสร้างคำถามออกแบบให้ยืดหยุ่น เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ให้ข้อมูลนำเสนอสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองได้อย่างอิสระ ตัวอย่างคำถามหลัก ได้แก่

- (1) “ช่วยเล่าถึงชีวิตประจำวันของท่านกับการกินยาหลายชนิดให้ฟังได้ไหมคะ/ครับ”
- (2) “ท่านรู้สึกอย่างไรกับการที่ต้องกินยาหลายชนิดทุกวัน”
- (3) “ท่านมีวิธีการหรือจดจำการกินยาอย่างไร”
- (4) “มีครั้งไหนบ้างที่ท่านรู้สึกยากลำบากในการกินยา และท่านจัดการกับสถานการณ์นั้นอย่างไร”
- (5) “ครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพมีส่วนช่วยท่านในเรื่องการกินยาอย่างไรบ้าง”

ทั้งนี้ คำถามเจาะลึก (Probe Questions) ที่ใช้ประกอบ ได้แก่ “ช่วยเล่าให้ละเอียดขึ้นได้ไหมคะ/ครับ” “ท่านหมายความว่าอย่างไร” และ “มีตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมไหมคะ/ครับ” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลขยายความประสบการณ์ของตนได้อย่างลึกซึ้ง

ส่วนที่ 2 บันทึกภาคสนาม (Field Notes) บันทึกบรรยากาศ พฤติกรรมที่สังเกตได้ และข้อสังเกตของผู้วิจัยระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแนวคำถามสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การพยาบาลอายุรศาสตร์ และเภสัชวิทยาคลินิก จากนั้นนำไปทดสอบนำร่อง (Pilot Testing) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล 2-3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของคำถามและปรับภาษาให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว นักหมายสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและเป็นส่วนตัว เช่น บ้านพักหรือห้องพักของสถานบริการ โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียงดิจิทัลพร้อมรับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยบันทึกภาคสนามควบคู่กันไปตลอดการสัมภาษณ์ ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดคำสัมภาษณ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อรักษาความสดใหม่ของบริบทและความหมายที่สื่อออกมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA ของ Smith et al. (2009) ซึ่งดำเนินการแบบวนซ้ำ (Iterative) ใน 6 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อ่านและอ่านซ้ำ (Reading and Re-reading) ผู้วิจัยอ่านบทถอดเทปแต่ละรายการหลายครั้ง พร้อมทั้งเสียงบันทึกควบคู่กัน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและจมอยู่กับข้อมูล (Immersion in Data)

ขั้นตอนที่ 2 บันทึกเบื้องต้น (Initial Noting) บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็นในบทถอดเทปอย่างละเอียด ทั้งในระดับพรรณนา (Descriptive) อารมณ์ความรู้สึก (Emotional) และการตีความ (Interpretive) โดยไม่กรองหรือคัดทิ้งสิ่งใด

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาหัวข้อย่อยที่ปรากฏขึ้น (Developing Emergent Themes) แปลงบันทึกเบื้องต้นให้กลายเป็นหัวข้อย่อยที่มีความเป็นนามธรรมสูงขึ้น โดยยังคงเชื่อมโยงกับบริบทของข้อมูลต้นฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 ค้นหาความเชื่อมโยงระหว่างหัวข้อย่อย (Searching for Connections) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อย่อยภายในรายเดียวกัน เพื่อระบุหัวข้อหลักที่มีนัยสำคัญ

ขั้นตอนที่ 5 ย้ายไปยังรายถัดไป (Moving to the Next Case) ทำซ้ำขั้นตอนที่ 1-4 กับผู้ให้ข้อมูลรายถัดไปแต่ละราย โดยวางวงเล็บ (Bracket) ความเข้าใจที่ได้จากรายก่อนหน้า เพื่อรักษาความเป็น Idiographic

ขั้นตอนที่ 6 ค้นหารูปแบบร่วมระหว่างราย (Looking for Patterns Across Cases) นำหัวข้อที่ได้จากรายมาเปรียบเทียบ เพื่อระบุหัวข้อหลักร่วม (Super-Ordinate Themes) ที่สะท้อนทั้งความเหมือนและความแตกต่างในประสบการณ์ของกลุ่ม

การวิเคราะห์ทั้งหมดดำเนินการโดยผู้วิจัยหลัก และสอบทานโดยผู้วิจัยร่วมเพื่อลดอคติในการตีความ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยนี้ยืนยันความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba อันประกอบด้วย 4 ด้าน (Ahmed, 2024) ดังนี้

ด้านความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบสมาชิก (Member Checking) โดยส่งผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของการตีความ รวมทั้งใช้การสนทนากลุ่มย่อยกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) เพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลของประเด็นที่วิเคราะห์ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึก Reflexive Journal ตลอดกระบวนการวิจัยเพื่อตระหนักถึงอคติและสมมติฐานของตนเอง

ด้านการถ่ายโอนได้ (Transferability) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเชิงลึก (Thick Description) เกี่ยวกับบริบทของการวิจัย ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล และกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถประเมินได้ว่าผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้หรือไม่

ด้านความสม่ำเสมอ (Dependability) จัดทำ Audit Trail โดยบันทึกกระบวนการตัดสินใจในการวิเคราะห์ทุกขั้นตอน เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับและยืนยันความสม่ำเสมอของกระบวนการวิเคราะห์ได้

ด้านความเป็นกลาง (Confirmability) ผู้วิจัยนำเสนอคำพูดตรงของผู้ให้ข้อมูล (Verbatim Quotes) เป็นหลักฐานสนับสนุนการตีความทุกประเด็น พร้อมบันทึก Reflexive Journal เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อสรุปได้มาจากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ไม่ใช่จากการคาดเดาของผู้วิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครดิตถ์ เลขที่ BCNUT REC No. 007/2569 วันที่ 20 มกราคม 2569 ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม ความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับ รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการ การลงนามในใบยินยอม (Informed Consent) ทำก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

ทุกครั้ง ข้อมูลทั้งหมดเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ กำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และจัดเก็บในระบบที่ปลอดภัยตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน เป็นเพศหญิง 9 คน (ร้อยละ 64.3) และเพศชาย 5 คน (ร้อยละ 35.7) มีอายุระหว่าง 52-78 ปี อายุเฉลี่ย 64.3 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.4) และมีมัธยมศึกษา 4 คน (ร้อยละ 28.6) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายอาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดอุดรธานี โดยมีโรคเรื้อรัง 2-5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม รับประทานยาเฉลี่ย 6.8 รายการต่อวัน (ช่วง 5-12 รายการ) และมีระยะเวลาการใช้ยาต่อเนื่องเฉลี่ย 7.4 ปี รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (n = 14)

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	โรคเรื้อรัง	จำนวนยา (รายการ/วัน)	ระยะเวลาใช้ยา (ปี)
P01	หญิง	68	DM, HT, DLP	7	10
P02	ชาย	72	DM, HT, CKD	9	12
P03	หญิง	58	HT, DLP, OA	6	5
P04	ชาย	75	DM, HT, DLP, CKD	11	15
P05	หญิง	52	DM, HT	5	3
P06	หญิง	63	DM, DLP, OA	7	8
P07	ชาย	70	DM, HT, CKD, DLP	12	14
P08	หญิง	66	HT, DLP, OA	6	7
P09	หญิง	78	DM, HT, DLP, CKD, OA	10	18
P10	ชาย	61	DM, HT	5	4
P11	หญิง	55	HT, DLP	5	3
P12	ชาย	74	DM, HT, CKD	8	11
P13	หญิง	60	DM, DLP, OA	7	6
P14	หญิง	65	DM, HT, DLP	8	9

หมายเหตุ: DM = เบาหวาน, HT = ความดันโลหิตสูง, DLP = ไขมันในเลือดสูง, CKD = โรคไตเรื้อรัง, OA = ข้อเข่าเสื่อม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA พบประเด็นหลัก (Super-Ordinate Themes) จำนวน 4 ประเด็น ครอบคลุมประสบการณ์การจัดการยาของผู้ให้ข้อมูลในมิติที่หลากหลาย โดยแต่ละประเด็นหลักสะท้อนความหมายและการตีความที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีชีวิตในการจัดการยา แต่ละประเด็นหลักประกอบด้วยประเด็นย่อย (Subordinate Themes) ที่สะท้อนความลึกและความซับซ้อนของประสบการณ์ที่มีชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่พบจากการวิเคราะห์

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ภาระและความท้าทายในการจัดการยา	1.1 ความซับซ้อนของสูตรยา 1.2 ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน 1.3 ภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายด้านยา
2. การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา	2.1 การยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาว 2.2 ความสงสัยและความกังวลต่อผลของยา 2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน
3. กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง	3.1 การสร้างระบบและวิธีการจัดยาเฉพาะตัว 3.2 การปรับพฤติกรรมและตารางชีวิต 3.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับการกินหรือหยุดยาด้วยตนเอง
4. เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ	4.1 บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแล 4.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ 4.3 การเข้าถึงบริการและอุปสรรคในชุมชน

ประเด็นหลักที่ 1 ภาระและความท้าทายในการจัดการยา

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงให้เห็นว่าการจัดการยาหลายขนานเป็นภาระที่มีความซับซ้อนและเป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายให้ความหมายต่อภาระดังกล่าวแตกต่างกันออกไปตามบริบทชีวิตและประสบการณ์ส่วนตัว ซึ่งปรากฏใน 3 ประเด็นย่อยที่เชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้ง

1.1 ความซับซ้อนของสูตรยา

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าความซับซ้อนของตารางยา ไม่ว่าจะเป็นจำนวนยาที่ต้องกิน เวลาที่ต้องกิน และเงื่อนไขพิเศษของยาแต่ละตัว ก่อให้เกิดความสับสนและความผิดพลาดได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและได้รับยามากกว่า 8 รายการขึ้นไป

“กินยาเช้า สาม เม็ด กลางวัน สอง เม็ด เย็น อีก สี่ เม็ด แล้วก่อนนอนอีก หนึ่ง เม็ด บางทีจำไม่ได้ว่ากินแล้วหรือยัง ต้องมานั่งนับเม็ดยาในแผงทุกวัน” (P07, ชาย, 70 ปี, ยา 12 รายการ)

“ยาตัวนี้ต้องกินพร้อมอาหาร ตัวนั้นต้องกินก่อนอาหาร ตัวโน้นห้ามกินพร้อมน้ำส้ม มันยุ่งยากอะ บางทีก็ไม่ว่ากินถูกไหม” (P09, หญิง, 78 ปี, ยา 10 รายการ)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายพัฒนาวิธีการจดจำส่วนตัว เช่น การเขียนตารางยาติดไว้ที่ผนังบ้าน หรือใช้กล่องยารายวัน แต่ยังคงพบความท้าทายเมื่อต้องเดินทางออกนอกบ้าน

“ผมทำตารางยาแปะไว้ที่ตู้เย็น แต่พอต้องไปไหนหลายวัน ก็ยุ่งละ ต้องเอายาไปทุกขวด กลัวกินผิด กลัวลืม” (P04, ชาย, 75 ปี, ยา 11 รายการ)

1.2 ผลข้างเคียงที่รบกวนชีวิตประจำวัน

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายรายงานประสบการณ์ผลข้างเคียงจากยาในระดับที่แตกต่างกัน ตั้งแต่อาการเล็กน้อยที่รบกวนกิจวัตรประจำวัน ไปจนถึงอาการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

“กินยาแล้วปวดท้อง คลื่นไส้ตลอด กินข้าวได้น้อยลง น้ำหนักลด รู้สึกอ่อนเพลีย ทำงานบ้านก็ไม่ไหวเหมือนเดิม” (P06, หญิง, 63 ปี)

“ยาขับปัสสาวะนี้ลำบากมากค่ะ ต้องวิ่งเข้าห้องน้ำทั้งวัน ออกไปตลาดก็กังวล ไปงานบุญก็เดือดร้อน เลยหยุดกินเองบางวัน” (P08, หญิง, 66 ปี)

ผลข้างเคียงเหล่านี้มีนัยสำคัญยิ่งกว่าแค่อาการทางกาย เนื่องจากส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเองในระยะยาว

1.3 ภาระทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายด้านยา

แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับสิทธิบัตรทอง แต่ยังพบภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ครอบคลุม เช่น ค่าเดินทางไปรับยา ค่ายาบางรายการที่ต้องซื้อเพิ่ม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อต้องพบแพทย์นอกสิทธิ

“ค่ายาไม่แพง แต่ค่าน้ำมันไปโรงพยาบาลทุกเดือน บางทีต้องให้ลูกพาไป เขาก็เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย รู้สึกเป็นภาระเขา” (P01, หญิง, 68 ปี)

“หมอล้ำยาบำรุงเพิ่ม บัตรทองไม่ครอบคลุม ต้องซื้อเองเดือนละ สาม ร้อยกว่าบาท รายได้จากสวนก็น้อย บางเดือนก็ข้ามไปไม่ซื้อ” (P12, ชาย, 74 ปี)

ประเด็นหลักที่ 2 การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา

ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลมีการตีความและให้ความหมายต่อการใช้ยาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกระบวนการสร้างความหมายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยโดดเดี่ยว แต่ถูกหล่อหลอมโดยประสบการณ์ชีวิตสะสม ความเชื่อ และบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แทรกซึมอยู่ในชีวิตประจำวัน

2.1 การยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาว

ผู้ให้ข้อมูลที่ใชยามานานกว่า 5 ปีส่วนใหญ่แสดงให้เห็นกระบวนการยอมรับที่ผ่านมาอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยบางรายสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางความคิดจากการต่อต้านในช่วงแรกสู่การยอมรับที่มีเงื่อนไข

“ตอนแรกก็ไม่อยากกิน กลัวติดยา กลัวไต่พัง แต่พอไม่กินแล้วความดันขึ้นสูง หัวใจเต้นแรง กลัวตาย เลยยอมกิน ตอนนี้ก็ชินแล้ว ถือว่าต้องกินไปตลอดชีวิต” (P14, หญิง, 65 ปี)

“กินยามาสิบ กว่าปีแล้ว มันก็เหมือนกินข้าวมันแหละ ขาดไม่ได้ ถ้าไม่กินก็รู้สึกอะไรบางอย่างไม่ปกติ” (P02, ชาย, 72 ปี)

2.2 ความสงสัยและความกังวลต่อผลของยา

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งแสดงถึงความกังวลอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการใช้ยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะความกลัวว่าจะทำลายอวัยวะสำคัญ

“กังวลเรื่องไตมากที่สุด อ่านฉลากยาแล้วเขียนว่าอาจส่งผลต่อการทำงานของไต แล้วเรากินทีเดียวหลายชนิด ไตจะรับไหวไหม ถ้ามหมอก็ตอบสั้น ๆ ไม่ค่อยอธิบาย” (P05, หญิง, 52 ปี)

“กินยามากแบบนี้ กลัวสะสมในร่างกาย บางทีก็ลองหยุดกินเองดูว่าร่างกายจะเป็นยังไง ถ้าดีก็หยุดต่อ ถ้าแย่อยากกินใหม่” (P10, ชาย, 61 ปี)

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนให้เห็นการผสมผสานระหว่างความเชื่อการแพทย์แผนตะวันตกกับการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโดยตรง

“กินยาหมอก็กิน แต่ก็ดื่มน้ำสมุนไพรด้วย แม่เฒ่าเขาบอกว่าใบหม่อนแก้เบาหวานได้ ลองกินดู น้ำตาลก็ไม่ได้ลงมากนัก แต่ก็ยังกินอยู่ เพื่อช่วยได้บ้าง” (P03, หญิง, 58 ปี)

“ช่วงกินยา กินแตงกวาเยอะ ๆ เขาว่ำล้างไต ไม่รู้จริงไหม แต่ก็กิน เพราะกังวลเรื่องไตเสีย ไม่อยากพึ่งยาอย่างเดียว” (P09, หญิง, 78 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3 กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง

ประเด็นนี้เผยให้เห็นความคิดสร้างสรรค์และความสามารถในการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาวิธีการจัดการยาที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมิได้เป็นเพียงผู้รับการรักษาอย่างนิ่งเฉย หากแต่เป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Agent) ที่สร้างความหมายและตัดสินใจเกี่ยวกับยาบนฐานของประสบการณ์ที่มีชีวิตของตนเอง

3.1 การสร้างระบบและวิธีการจัดยาเฉพาะตัว

ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายพัฒนาระบบการจัดการยาที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง โดยปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตและข้อจำกัดเฉพาะตัว

“ใช้กล่องยา 7 วัน แบ่งช่องเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน แบ่งไว้ตั้งแต่วันอาทิตย์ พอถึงวันก็หยิบได้เลย ไม่ต้องมานับทุกวัน สะดวกดี” (P11, หญิง, 55 ปี)

“ผมวางยาไว้ข้างถ้วยกาแฟ เขาก็กินกาแฟก็กินยาไปด้วยเลย จำไม่ลืม ส่วนยาเย็นวางไว้ข้างหม้อข้าว” (P04, ชาย, 75 ปี)

3.2 การปรับพฤติกรรมและตารางชีวิต

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนสะท้อนให้เห็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญเพื่อรองรับตารางการใช้ยา ซึ่งบ่งบอกถึงการที่ยาได้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์และวิถีชีวิตประจำวัน

“ตอนนี้นอนกลางวันเป็นเวลามากขึ้น เช้า 7 โมง กลางวัน เที่ยง เย็น 6 โมง เพราะต้องกินยาพร้อมอาหาร ถ้าไปไหนก็ต้องวางแผนให้กินข้าวทัน ชีวิตเปลี่ยนไปจากเมื่อก่อนมาก” (P13, หญิง, 60 ปี)

“ไม่กล้าไปไหนไกลแล้วละ กลัวยาหาย กลัวลืมเอาไป เมื่อก่อนชอบไปเที่ยวกับลูกหลาน ตอนนี้เดินทางไกลก็ต้องวางแผนมาก” (P08, หญิง, 66 ปี)

3.3 การตัดสินใจเกี่ยวกับการกินหรือหยุดยาด้วยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรายงานพฤติกรรมปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ ซึ่งมักมีเหตุผลที่ชัดเจนและเป็นระบบในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลเอง

“ยาบางตัวถ้ากินแล้วมือเท้าชา ก็หยุดกินเองก่อน รอดูว่าอาการจะดีขึ้นไหม ถ้าดีขึ้นก็ไม่กินต่อ ถ้าแย่งค่อยกลับไปหาหมอ ไม่อยากรบกวนหมอทุกเรื่อง” (P10, ชาย, 61 ปี)

“วันไหนไม่สบาย ท้องเสีย ก็หยุดยาเบาหวานก่อน กลัวน้ำตาลต่ำ เพราะกินไม่ได้ ที่ทำแบบนี้เพราะเคยเห็นเพื่อนบ้านน้ำตาลต่ำแล้วเป็นลม กลัวเป็นอย่างนั้น” (P06, หญิง, 63 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4 เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ

ประเด็นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการยาไม่ใช่กิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยโดดเดี่ยว แต่ถูกกำหนดและหล่อเลี้ยงโดยเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนทั้งในระดับครอบครัวและระบบสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายให้ความหมายต่อเครือข่ายสนับสนุนนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับคุณภาพของความสัมพันธ์และประสบการณ์ที่สะสมในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและระบบรอบข้าง

4.1 บทบาทของครอบครัวและผู้ดูแล

ครอบครัวปรากฏเป็นทั้งแหล่งสนับสนุนที่สำคัญและแหล่งความตึงเครียดในบางกรณี ขึ้นอยู่กับลักษณะความสัมพันธ์และความเข้าใจในโรคของสมาชิกครอบครัว

“ลูกสาวช่วยแบ่งยาให้ทุกอาทิตย์ เขาจดตารางให้ด้วย ถ้าไม่มีเขา คงยุ่งมาก เพราะสายตาแยแล้ว อ่านฉลากยาไม่ค่อยออก” (P09, หญิง, 78 ปี)

“สามีก็ไม่ค่อยเข้าใจ เขาบอกว่ากินยาเยอะเกินไป ไม่ดี บางทีเอายาไปซ่อน ทะเลาะกันบ่อยเรื่องนี้ เครียดมาก” (P03, หญิง, 58 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่อยู่คนเดียวหรือมีครอบครัวสนใจน้อยแสดงให้เห็นความรู้สึกโดดเดี่ยวในการรับมือกับภาระยา

“อยู่คนเดียว ลูกทำงานต่างจังหวัด ป่วยทีก็ไม่มีใครถามใคร บางทีก็โทรถามลูก แต่เขาก็ไม่รู้เรื่องยา ก็ต้องจัดการเองทุกอย่าง” (P12, ชาย, 74 ปี)

4.2 ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ

ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพปรากฏเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยพบทั้งประสบการณ์เชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลต่อความไว้วางใจและการยึดมั่นในการรักษา

“พยาบาลที่ รพ.สต. นี้นี้ดีมาก เขาโทรมาถามทุกเดือนว่ากินยาครบไหม มีปัญหาอะไรไหม รู้สึกว่าเขาใส่ใจกินยาตามที่เขาบอกทุกอย่างเลย” (P05, หญิง, 52 ปี)

“ไปพบหมอแต่ละทีรอนาน พอถึงคิวก็พูดแป๊บเดียว ไม่กล้าถามอะไร กลัวรบกวน กลัวหมอไม่ชอบ กลับมาบ้านแล้วยังสงสัยอยู่ว่ายาตัวนี้กินแล้วได้ผลจริงไหม” (P07, ชาย, 70 ปี)

“พยาบาลอธิบายดี แต่เวลาสั้น จำไม่ค่อยได้ ถ้าได้กระดาษที่เขียนไว้ให้ดูที่บ้านจะดีกว่านี้” (P13, หญิง, 60 ปี)

4.3 การเข้าถึงบริการและอุปสรรคในชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทางสะท้อนให้เห็นอุปสรรคที่เป็นรูปธรรมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและยา

“บ้านอยู่ไกล รพ.สต. 10 กิโลเมตร ไม่มีรถ ต้องรอรถหยุดงานพาไป บางทียาหมดก่อนวันนัด ก็ต้องข้ามไปไม่ได้กินยาต่อเนื่อง” (P04, ชาย, 75 ปี)

“โรงพยาบาลอำเภอไกล ต้องออกเช้าตรู่ รถสองแถวสาย 7 โมง กว่าถึงก็สาย แล้วยังต้องรออีก กลับถึงบ้านป่วยโง่ เหนื่อยมาก อายุมากแล้ว ทุกเดือนเป็นแบบนี้ บางทีอยากขอยานานขึ้นแต่หมอไม่ให้” (P02, ชาย, 72 ปี)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรดิตต์ เป็นปรากฏการณ์ที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันอย่างแนบแน่น ทั้งในมิติของภาระและความท้าทาย การรับรู้และทัศนคติ กลยุทธ์การจัดการด้วยตนเอง และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงให้เห็นว่าการจัดการยาไม่ใช่เพียงการกลืนยาตามคำสั่งแพทย์ แต่เป็นกระบวนการเชิงรุก (Active Process) ที่ต้องการการปรับตัว การเรียนรู้ และการเจรจาต่อรองกับบริบทชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสร้างขึ้นจากประสบการณ์การจัดการยานั้นมีความเป็นปัจเจกและได้รับอิทธิพลจากบริบทวัฒนธรรม ครอบครัว และปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพอย่างแยกไม่ออก สะท้อนให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่างมุมมองของระบบสุขภาพและมุมมองของผู้ป่วยในการนิยามความหมายของ “การจัดการยาที่ดี” ในบริบทชุมชน

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน จังหวัดอุดรดิตต์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง IPA พบประเด็นหลัก 4 ประเด็น ซึ่งสะท้อนให้เห็นมิติที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันของประสบการณ์ที่มีชีวิตในการจัดการยาหลายขนาน ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลำดับประเด็นหลักดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ภาระและความท้าทายในการจัดการยา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายประสบกับภาระที่เป็นรูปธรรมในชีวิตประจำวันจากความซับซ้อนของสูตรยา ผลข้างเคียงที่รบกวนการดำเนินชีวิต และภาระทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบของ Jin et al. (2024) ซึ่งพบว่าความซับซ้อนของตารางยาที่มีขนาดยา เวลา และเงื่อนไขพิเศษที่แตกต่างกันนำไปสู่ความสับสนและลดความสามารถในการจัดการยาดด้วยตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อจำนวนยาที่ต้องรับประทาน

เพิ่มขึ้น ผลที่พบในการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mikkelsen et al. (2023) ที่ใช้การสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้ป่วยสูงอายุ ญาติ และบุคลากรสุขภาพในเดนมาร์ก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยและญาติมักเกิดความสับสนจากข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกันจากแหล่งต่าง ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากเอกสารกำกับยา ซึ่งนำไปสู่ทั้งการไม่ยึดมั่นต่อการรักษาโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional Non-adherence) และโดยตั้งใจ (Intentional Non-adherence) ในบางกรณี ที่น่าสังเกตคือผลข้างเคียงจากยาในการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงก่อให้เกิดความไม่สะดวกทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การออกไปตลาดหรือร่วมงานชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผลกระทบของ Polypharmacy ต่อคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพนั้นมีนัยสำคัญอย่างยิ่ง ดังที่ Van Wilder et al. (2022) พบว่า Polypharmacy สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิตในมิติทางกายภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในส่วนของภาระทางเศรษฐกิจนั้น แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังพบค่าใช้จ่ายแฝงที่ไม่ครอบคลุม เช่น ค่าเดินทางและยาบางรายการที่ต้องซื้อเพิ่มเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไม่รับประทานยาในบางเดือน สอดคล้องกับที่ Xin et al. (2025) พบว่าภาระทางเศรษฐกิจเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคตัดสินใจเปลี่ยนแปลงหรือหยุดการรักษาเองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสุขภาพ สิ่งที่แตกต่างกันจากรวบรวมที่ผ่านมาและเป็นข้อค้นพบเฉพาะของการวิจัยนี้คือ ในบริบทของจังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบทที่มีระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการสุขภาพค่อนข้างไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาถูกผู้ให้ข้อมูลระบุว่าเป็นอุปสรรคสำคัญยิ่งกว่าค่ายาโดยตรง ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะบริบทที่มีคุณค่าต่อการพัฒนานโยบายการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ลักษณะนี้

ประเด็นหลักที่ 2 การรับรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา

ประเด็นที่น่าสนใจและมีนัยสำคัญทางคลินิกอย่างมากคือการพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีการผสมผสานการใช้สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านท้องถิ่นควบคู่กับยาแผนปัจจุบันโดยไม่แจ้งบุคลากรสุขภาพ พฤติกรรมนี้ไม่ใช่ปรากฏการณ์เฉพาะถิ่น แต่เป็นรูปแบบที่พบในบริบทเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างกว้างขวาง ดังที่ Peltzer and Pengpid (2019) พบว่าร้อยละ 32.6 ของประชากรวัยทำงานในประเทศไทยรายงานการใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ โดยพบมากในกลุ่มที่มีโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคตับ การใช้ยาสมุนไพรคู่ขนานกับยาแผนปัจจุบันอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษา นอกจากนี้ ความเชื่อในการแพทย์พื้นบ้านยังสะท้อนรากฐานทางวัฒนธรรมที่ลึกซึ้ง ดังที่ Costa-Font, Sato, and Hirsch. (2024) อธิบายว่าทัศนคติต่อยาสมุนไพรมีความต่อเนื่องทางวัฒนธรรมข้ามรุ่น (Cultural Persistence) และยากต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ดังนั้น การออกแบบการสื่อสารด้านยาจึงควรคำนึงถึงมิติวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยในบริบทชุมชนนั้น ๆ มิใช่เพียงการให้ข้อมูลทางเภสัชวิทยา กระบวนการยอมรับและปรับตัวต่อการใช้ยาระยะยาวที่พบในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยผ่านการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่ค่อยเป็นค่อยไปจากการต่อต้านในช่วงแรกสู่การยอมรับที่มีเงื่อนไขในระยะยาว ซึ่งสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของการสร้าง Medication Beliefs ที่มีทั้งมิติของการรับรู้ประสิทธิผลและการรับรู้ความจำเป็นควบคู่กัน สอดคล้องกับที่ Mannheimer et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุในบริบทการดูแลที่บ้านมีความหลากหลายอย่างมีนัยสำคัญในการรับรู้และรับมือกับ Polypharmacy ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประสบการณ์ส่วนตัวกับยา และคุณภาพของความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าในบริบทชุมชนจังหวัดอุดรธานี ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาวต่ออวัยวะ โดยเฉพาะไต เป็นปัจจัยเฉพาะบริบทที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาด้วยตนเอง ซึ่งความกังวลนี้มีรากฐานจากการอ่านฉลากยาและการขาดโอกาสซักถามบุคลากรสุขภาพอย่างเพียงพอ จึงควรได้รับการสื่อสารจากบุคลากรสุขภาพอย่างตรงจุดและเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถแสดงความกังวลได้อย่างปลอดภัย

ประเด็นหลักที่ 3 กลยุทธ์การจัดการยาด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้เผยให้เห็นความสามารถในการปรับตัวและความคิดสร้างสรรค์ของผู้ให้ข้อมูลในการพัฒนาวิธีการจัดการยาที่เป็นเอกลักษณ์ของตน ไม่ว่าจะเป็นการใช้กล่องยารายวัน การสร้างตารางยาด้วยตนเอง หรือการวางยาไว้ใกล้กับสิ่งของในกิจวัตรประจำวัน สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมิใช่ผู้รับการรักษาที่ปราศจากความสามารถในการจัดการ

แต่เป็นผู้กระทำการเชิงรุก (Active Agent) ที่พยายามรักษาสสมดุลระหว่างการปฏิบัติตามการรักษาและการดำรงวิถีชีวิตปกติ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังที่ระบุว่า Medical Management, Role Management และ Emotional Management ต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน (Jin et al., 2024) อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์เหล่านี้ในบางกรณีก็ส่งผลในทางตรงกันข้าม กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลบางรายตัดสินใจหยุดหรือปรับขนาดยาด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ โดยอาศัยการตัดสินใจจากประสบการณ์ตรงและการสังเกตตนเอง มากกว่าการปรึกษานักวิชาการสุขภาพ พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองนี้มีความสำคัญต่อความปลอดภัยทางคลินิกอย่างยิ่ง งานวิจัยของ Liu et al. (2023) พบว่าความชุกของการไม่ยึดมั่นต่อการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มี Multimorbidity และ Polypharmacy ในบริบทเอเชีย สูงถึงร้อยละ 31.8 และพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้ยาที่อาจไม่เหมาะสม (Potentially Inappropriate Medications: PIMs) ที่น่าสังเกตและเป็นข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญเฉพาะบริบทของการวิจัยนี้คือ ผู้ให้ข้อมูลที่ตัดสินใจหยุดยาด้วยตนเองมักมีเหตุผลที่ชัดเจนและมีตรรกะภายในในมุมมองของตนเอง เช่น การหยุดยาลับปัสสาวะเพื่อความสะดวกในการออกนอกบ้านเพื่อร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือการหยุดยาเบาหวานเมื่อรับประทานอาหารไม่ได้เพราะกังวลว่าน้ำตาลในเลือดจะต่ำจนเป็นลมเช่นเดียวกับที่เคยเห็นเพื่อนบ้านประสบ เหตุผลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้บางส่วนเกี่ยวกับยาที่ตนใช้ แต่ยังขาดการสื่อสารที่เปิดกว้างกับบุคลากรสุขภาพในการตัดสินใจร่วมกัน (Shared Decision-Making) อันเนื่องมาจากความกังวลว่าจะรบกวนหรือสร้างความไม่พอใจให้กับบุคลากรสุขภาพ ที่สำคัญยิ่งคือ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้ยาหลายขนานได้กลายเป็นปัจจัยที่จำกัดอิสรภาพและกำหนดรูปแบบชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการจำกัดการเดินทางและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สอดคล้องกับที่ Mannheimer et al. (2022) พบว่าการอยู่กับ Polypharmacy เป็นความท้าทายเชิงปฏิบัติในชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และส่งผลให้บางรายต้องลดกิจกรรมทางสังคมลงอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินประสบการณ์ Polypharmacy ควรครอบคลุมมิติของการมีส่วนร่วมทางสังคมและอัตลักษณ์ของผู้ป่วยด้วย ไม่ใช่เพียงการประเมินตามตัวชี้วัดทางคลินิก

ประเด็นหลักที่ 4 เครือข่ายสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการยาของผู้ให้ข้อมูล ทั้งในฐานะผู้ให้การสนับสนุนเชิงปฏิบัติ เช่น การแบ่งยาและจดตารางยา และในฐานะที่ส่งผลต่ออารมณ์และความเครียดในการใช้ยา ในกรณีที่สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจหรือไม่เห็นด้วยกับการใช้ยา ผู้ให้ข้อมูลรายงานประสบการณ์ความขัดแย้งและความเครียดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับที่ Xin et al. (2025) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยหลักในการส่งเสริมความสามารถในการจัดการยาหลายขนานของผู้ป่วยสูงอายุ ขณะที่การขาดการสนับสนุนเชิงบวกหรือมีความขัดแย้งในครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่ยึดมั่นต่อการรักษา ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือมีครอบครัวสนใจน้อยแสดงให้เห็นภาระทางจิตใจเพิ่มเติมจากการต้องรับมือกับความซับซ้อนของยาเพียงลำพัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชน การประเมินโครงสร้างครอบครัวและคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับบุคลากรสุขภาพปรากฏเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาที่ทรงพลังที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการติดตามเชิงรุกจากพยาบาลชุมชน เช่น การโทรศัพท์สอบถามสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นความเชื่อมั่นและพฤติกรรมการใช้ยาตามการรักษาที่สม่ำเสมอกว่า ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าคุณภาพการดูแลสุขภาพมีเวลาน้อยหรือไม่เปิดรับคำถาม มักไม่กล้าสอบถามและนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับยาด้วยตนเองมากขึ้น ผลเหล่านี้เน้นย้ำนัยสำคัญทางคลินิกของพยาบาลในฐานะผู้ประสานงานการจัดการยาในชุมชน ดังที่ Cheng et al. (2023) ระบุในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการระบุปัญหา Polypharmacy และการสนับสนุนความปลอดภัยในการใช้ยาในทุกบริบท และสอดคล้องกับที่ Berardinelli et al. (2024) พบว่าการแทรกแซงโดยพยาบาลช่วยปรับปรุงการยึดมั่นต่อการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย อุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่พบในงานวิจัยนี้ โดยเฉพาะระยะทางไกลและขาดพาหนะ เป็นปัจจัยเฉพาะบริบทของจังหวัดที่ชนบทที่เพิ่ม

ความยากลำบากในการรับยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บางรายขาดยาเป็นช่วง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับที่ Doumat et al. (2023) พบว่าปัจจัยระบบสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการ มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งที่ควรพิจารณาในบริบทของพื้นที่กึ่งชนบทเช่นจังหวัดอุดรธานีคือการขยายระบบการจัดส่งยาถึงบ้าน (Drug Delivery at Home) หรือการส่งจ่ายยาสำหรับระยะเวลานานขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคที่ควบคุมได้ดีและมีอุปสรรคในการเดินทาง ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการขาดยาเป็นช่วง ๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวควรอยู่ภายใต้กรอบนโยบายและการประสานงานระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างสำคัญระหว่างมุมมองของระบบสุขภาพและมุมมองของผู้ป่วยในการนิยามความหมายของ “การจัดการยาที่ดี” กล่าวคือระบบสุขภาพมักประเมินคุณภาพการให้ยาจากตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น การควบคุมน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต ขณะที่ผู้ป่วยในชุมชนประเมินจากความสามารถในการดำรงชีวิตปกติ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการรักษาอิสรภาพในการตัดสินใจ ช่องว่างนี้มีนัยสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) ในบริบทชุมชนไทย กล่าวคือ แนวทางดังกล่าวจะต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจความหมายที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นจากประสบการณ์การจัดการยาในชีวิตจริงของตน รวมถึงการประเมินเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทาง IPA มีจุดแข็งเฉพาะในการเผยให้เห็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้มีนัยสำคัญสำหรับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในหลายระดับ ในระดับการปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนควรบูรณาการการประเมินประสบการณ์การจัดการยาเข้าสู่กระบวนการพยาบาลเป็นประจำ โดยไม่จำกัดเพียงการตรวจสอบการยึดมั่นต่อการรักษาตามตัวชี้วัดทางคลินิก แต่ครอบคลุมถึงการสอบถามเกี่ยวกับภาระในชีวิตประจำวัน ความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้สมุนไพร และคุณภาพของเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเกี่ยวกับยาควรออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตและระดับการรู้หนังสือของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถแจ้งความกังวลและการใช้สมุนไพรได้อย่างปลอดภัยโดยไม่รู้สึกถูกตัดสิน ในระดับระบบบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบการติดตามเชิงรุกโดยพยาบาลชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ และการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังรับยา สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ควรพิจารณาขยายบริการจัดส่งยาถึงบ้านหรือการส่งจ่ายยาระยะยาวขึ้นสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลที่มีโรคควบคุมได้ดี โดยดำเนินการภายใต้การประสานงานระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ในระดับนโยบาย ผลการวิจัยสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการให้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) ให้ครอบคลุมมิติประสบการณ์ของผู้ป่วยในบริบทชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแล (Caregiver) และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา แต่มุมมองของครอบครัวยังไม่ได้ได้รับการศึกษาโดยตรง
2. ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อยืนยันและประเมินขนาดของปัญหาที่ค้นพบ เช่น ความชุกของการปรับเปลี่ยนการใช้ยาด้วยตนเองและการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง
3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการจัดการยาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Medication Management Program) ที่บูรณาการบทบาทของพยาบาลชุมชนและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนผู้ป่วย Polypharmacy ในชุมชน โดยออกแบบโดยอิงฐานข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทชุมชนไทย เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมก่อนนำสู่การทดสอบประสิทธิภาพต่อไป

4. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบประสบการณ์การจัดการยาระหว่างกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ หรือระหว่างเพศ เพื่อทำความเข้าใจว่าปัจจัยใดที่กำหนดความแตกต่างของประสบการณ์ และนำไปสู่การออกแบบการแทรกแซงที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จำเพาะมากยิ่งขึ้น

References

- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare*, 12(23), 2337. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337>
- Cheng, C., Yu, H., & Wang, Q. (2023). Nurses' experiences concerning older adults with polypharmacy: A meta-synthesis of qualitative findings. *Healthcare*, 11(3), 334. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/healthcare11030334>
- Costa-Font, J., Sato, A., & Hirsch, B. (2024). Cultural persistence and the 'herbal medicine paradox'. *Journal of Health Psychology*, 30(2), 171-185. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/13591053241237031>
- Doumat, G., Daher, D., Itani, M., Ghanem, A., Khachan, F., & Nassar, A. (2023). The effect of polypharmacy on healthcare services utilization in older adults with comorbidities: A retrospective cohort study. *BMC Primary Care*, 24, 120. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02070-0>
- Hossain, M. M., Ahmed, S., & Chowdhury, R. (2024). Prevalence of multimorbidity and polypharmacy among adults and older adults: A systematic review. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(3), e228-e235. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00007-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00007-2)
- Jin, C., Chen, Y., Chen, J., Bai, X., Yang, P., & Li, C. (2024). Exploring medication self-management in polypharmacy: A qualitative systematic review of patients and healthcare providers perspectives. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1426777. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1426777>
- Kim, S., Lee, H., Park, J., Kang, J., Rahmati, M., Rhee, S. Y., & Yon, D. K. (2024). Global and regional prevalence of polypharmacy and related factors, 1997-2022: An umbrella review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 124, 105465. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105465>
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T., Wang, Z., Ding, Q., Zhang, R., Li, W., Wang, X., Zhang, L., & Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: A multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23, 75. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>

- Mannheimer, S., Bergqvist, M., Bastholm-Rahmner, P., Gustafsson, L. L., Vég, A., & Schmidt-Mende, K. (2022). Experiences of patients receiving home care and living with polypharmacy: A qualitative interview study. *BJGP Open*, 6(2), BJGPO.2021.0181. Retrieved from <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0181>
- Mikkelsen, T. H., Søndergaard, J., Kjaer, N. K., Nielsen, J. B., Ryg, J., Kjeldsen, L. J., & Mogensen, C. B. (2023). Handling polypharmacy: A qualitative study using focus group interviews with older patients, their relatives, and healthcare professionals. *BMC Geriatrics*, 23, 477. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04131-6>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). Herbal or traditional medicine consumption in a Thai worker population: Pattern of use and therapeutic control in chronic diseases. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 19, 195. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2652-z>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE.
- Van Wilder, L., Devleesschauwer, B., Clays, E., Pype, P., Vandepitte, S., & De Smedt, D. (2022). Polypharmacy and health-related quality of life/psychological distress among patients with chronic disease. *Preventing Chronic Disease*, 19, E50. Retrieved from <https://doi.org/10.5888/pcd19.220062>
- World Health Organization. (2019). *Medication safety in polypharmacy: Technical report* (WHO/UHC/SDS/2019.11). WHO. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
- Xin, G., Yuanxing, W., Jiaming, W., & Xue, H. (2025). Medication multiple experiences of elderly patient with multiple chronic condition: A qualitative meta-synthesis. *PLOS One*, 20(9), e0331753. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331753>