ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ธีรนุช ยินดีสุข[*], สุพิตรา เศลวัตนะกุล[*a]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตระหนักรู้ในการใช้ยา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุในตำบลหนองแก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรังต้องใช้ยาต่อเนื่อง จำนวน 94 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทัศนคติต่อการใช้ยาตามกรอบ Health Belief Model และความตระหนักรู้ในการใช้ยา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC≥0.80) และมีความเที่ยง (Cronbach's alpha=0.87) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.1) มีอายุอยู่ในช่วง 60-91 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 41.5 ต่อระดับ) มีเพียงร้อยละ 17.0 อยู่ในระดับต่ำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.309, p<0.01) ในขณะที่ทัศนคติต่อยาสมุนไพร/การแพทย์ทางเลือก และทัศนคติต่อผลข้างเคียง/ความเสี่ยงจากยาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาชี้ว่าทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขควรเสริมสร้างทัศนคติดังกล่าวควบคู่กับการให้ความรู้เรื่องยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรู้ต่ำและรับประทานยาหลายชนิด เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสม

คำสำคัญ: ปัจจัย; ความตระหนักรู้; การใช้ยาอย่างสมเหตุผล; ผู้สูงอายุ

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
[a] Corresponding author: สุพิตรา เศลวัตนะกุล Email: Supitra.s@rtu.ac.th
รับบทความ: 8 ก.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 14 ก.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 16 ก.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 ต.ค. 69

Factors Associated with Rational Drug Use Awareness Among the Elderly in Mueang District, Ubon Ratchathani Province

Teranut Yindesuk[*], Supitra Selavattanakul[*a]

Abstract

This descriptive correlational study examined the level of medication use awareness and factors associated with rational drug use awareness among older adults in Nong Kae Sub-district, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. Samples comprised 94 older adults aged 60 years and above with at least one chronic condition requiring continuous medication, selected via multi-stage sampling. Data were collected using a four-part questionnaire covering personal factors, medication knowledge, attitudes toward rational drug use (based on the Health Belief Model), and rational drug use awareness. Content validity was confirmed (IOC≥0.80), with reliability (Cronbach's alpha) of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results showed that most participants were female (68.1%), Aged between 60 and 91 years old. Equal proportions had moderate and high medication knowledge (41.5% each), while only 17.0 percent had low knowledge. A positive attitude toward treatment adherence was significantly and positively correlated with rational drug use awareness ($r=0.309$, $p<0.01$). Attitudes toward herbal medicine/alternative treatments and toward side effects/medication risks showed no significant correlation with awareness.

These findings indicate that a positive attitude toward treatment adherence is a key factor associated with medication use awareness among older adults. Healthcare personnel should strengthen this attitude alongside continuous of education on the rational drugs use, particularly targeting those with low knowledge levels and polypharmacy, to reduce the risk of inappropriate medication use.

Keywords: Factors; Awareness; Rational drug use (RDU); Older adults

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

[a] Corresponding author: Supitra Selavattanakul Email: Supitra.s@rtu.ac.th

Received: Sep. 8, 26; Revised: Sep. 14, 26; Accepted: Sep. 16, 26; Published Online: Oct. 14, 26

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2030 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนถึง 1.4 พันล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน (Multimorbidity) ซึ่งนำไปสู่การได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน (Polypharmacy)[2] การศึกษาของ Masnoon et al. พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค มีโอกาสได้รับยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปถึงร้อยละ 67.4 ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาจากการใช้ยา เช่น ปฏิกิริยาระหว่างยา ผลข้างเคียงของยา และการใช้ยาไม่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม[3] การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพบว่ายังมีปัญหาการใช้ยาเกิดขึ้นเป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นการลืมรับประทานยา การลืมนำยาที่เหลือมาพบแพทย์ตามนัด หรือความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการต้องรับประทานยาต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ผู้ที่อยู่อาศัยตามลำพัง และผู้ที่มีโรคร่วมหรือใช้ยาหลายชนิด ซึ่งพบปัญหาการใช้ยามากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4]

ความตระหนักรู้ในการใช้ยา (Rational drug use literacy) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam ที่ช่วยให้บุคคลสามารถบริหารจัดการการใช้ยาของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย[5] ครอบคลุมถึงความรู้เกี่ยวกับชื่อยา วัตถุประสงค์ของยา ขนาดและวิธีใช้ยา ผลข้างเคียงของยา การเก็บรักษายา และยังครอบคลุมถึงความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านยาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง

ทฤษฎี Health Belief Model ของ Becker[6] อธิบายว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัตินั้น เมื่อประยุกต์ใช้อธิบายทัศนคติต่อการใช้ยา จึงอาจกล่าวได้ว่าทัศนคติที่เป็นผลจากการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเชิงจิตวิทยาที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ หลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทไทยสนับสนุนแนวคิดนี้ โดยการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 226 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ไม่มีอำนาจการทำนายที่ชัดเจนเท่า[7] นอกจากนี้ ในประเด็นความเชื่อเรื่องยาสมุนไพรซึ่งเป็นอุปสรรคเฉพาะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย การศึกษาในอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุในระดับปานกลางและมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสูงกว่าตัวแปรความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพ[8]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักในการใช้ยาของผู้สูงอายุมีหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม พบว่าการลดลงของสมรรถนะทางสติปัญญา ภาวะการมองเห็นที่เสื่อมลง และข้อจำกัดด้านการอ่าน เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสามารถในการจัดการยาของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนน MMSE ต่ำกว่า 23 คะแนนมีความตระหนักในการใช้ยาต่ำกว่ากลุ่มที่มีคะแนนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าการขาดผู้ดูแลที่บ้าน รายได้ไม่เพียงพอ และระดับการศึกษาต่ำเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องมากขึ้น[9]

จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 358,103 คนคิดเป็นร้อยละ 19.32 และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศไทย[10] ในระดับชุมชนการขาดความตระหนัก

ในการใช้ยาส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและต้นทุนทางสาธารณสุข ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[11] ระบุว่าค่าใช้จ่ายจากการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลที่เกิดจากปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุมีมูลค่าสูง และร้อยละของการเข้ารับการรักษาดังกล่าว สามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมความรู้และความตระหนักรู้ในการใช้ยาที่เหมาะสม ตำบลหนองแก มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,919 คนและมีจำนวนผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 546 คน โดยปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การลืมรับประทานยา การหยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น และการซื้อยาใช้เองโดยไม่ปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการขาดความรู้และความตระหนักรู้ในการใช้ยาเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่นำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug events) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชน[12] โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 15 ราย พบว่าความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับยาและความคลุมเครือในการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถระบุอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุและครอบครัวในที่สุด ผู้สูงอายุจึงถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากมักมีโรคประจำตัวหลายโรคและต้องรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกัน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามวัยที่ส่งผลต่อการดูดซึมและการกำจัดยาออกจากร่างกาย

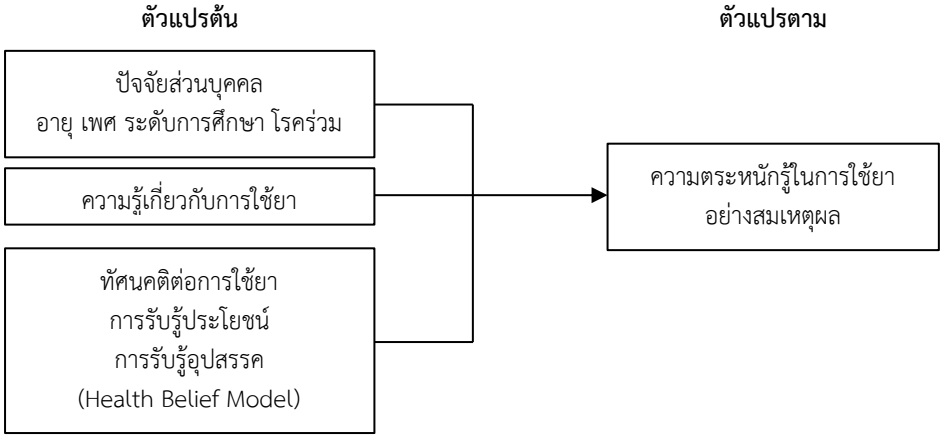
ในปัจจุบันจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุในระดับประเทศและในบริบทของสถานพยาบาลอยู่บ้าง แต่งานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่สะท้อนภาพที่แท้จริงของประชากรผู้สูงอายุในชุมชน ยังคงขาดข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะทั้งด้านโครงสร้างประชากร สภาพเศรษฐกิจสังคม แม้จะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแยกจากกัน แต่ยังมีงานวิจัยรวมถึงการศึกษาตัวแปรทั้งสอง คือ ทัศนคติต่อการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา ในฐานะปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับ “ความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” อย่างเป็นระบบในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันค่อนข้างจำกัด ทั้งที่ความตระหนักรู้ดังกล่าวเป็นเป้าหมายเชิงนโยบายที่สำคัญของระบบสุขภาพไทยในการลดปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมและผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ตามมา ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวแปรทัศนคติต่อการใช้ยาตามกรอบแนวคิด Health Belief Model และตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความตระหนักรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุในตำบลหนองแก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) ของ Becker เพื่ออธิบายทัศนคติต่อการใช้ยา ในองค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ดังนั้น กรอบแนวคิดการศึกษาจึงประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ทัศนคติต่อการใช้ยา ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกรอบแนวคิด Health literacy ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร: ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลหนองแก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 546 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 โรค ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size, $|\rho|$) เท่ากับ 0.30 ซึ่งจัดเป็นระดับปานกลาง (Medium effect size) ตามเกณฑ์ของ Cohen เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยก่อนหน้า ที่ระบุค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาไว้อย่างชัดเจน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power, 1-β) เท่ากับ 0.80 จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 85 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการสูญหายของข้อมูลหรือการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล (Non-response/attrition) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 94 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า: มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: มีภาวะสมองเสื่อมระดับรุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรืออยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยแบ่งการสุ่มเป็น 2 ขั้น ขั้นแรกสุ่มหมู่บ้านแบบกลุ่ม จาก 12 หมู่บ้านในตำบลหนองแกได้ 8 หมู่บ้าน จากนั้นใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล</u> เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานที่รับยาเป็นประจำ และประวัติการได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรสาธารณสุข

<u>ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา</u> เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก หรือไม่ถูก ไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับได้แก่ ความรู้สูง (0.80-1.00) ความรู้อยู่ระดับปานกลาง (0.60-0.79) ความรู้อยู่ในระดับต่ำ (0.00-0.59)

<u>ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการใช้ยา</u> สร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิด Health Belief Model ของ Becker ในองค์ประกอบด้าน Perceived benefits (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามการรักษา) และ Perceived barriers (การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา เช่น ความเชื่อเรื่องยาสมุนไพร ความกังวลเรื่องผลข้างเคียง) ใช้สูตรของ Best แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด (4.21-5.00) ระดับมาก (3.41-4.20) ระดับปานกลาง (2.61-3.40) ระดับน้อย (1.81-2.60) ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80)

<u>ส่วนที่ 4 ความตระหนักรู้ในการใช้ยา</u> เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 19 ข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 4=ปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกครั้ง) 3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ส่วนใหญ่) 2=ปฏิบัติบางครั้ง 1=ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำผลการพิจารณามาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่า

ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
2. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะ/มหาวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้นำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)
3. การประสานงานผู้ช่วยเก็บข้อมูล ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ จึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงแจกแบบสอบถามให้ และตรวจสอบข้อมูลความครบถ้วนของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และมีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ SSJ.UB 2569-06.013 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยินยอมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวม โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลทุกราย

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 31.9) มีอายุระหว่าง 60-91 ปี โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.5) และมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน

มากที่สุด (ร้อยละ 51.1) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 36.2) ด้านอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.4) และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 30.9) รองลงมาคือ 3,000-5,999 บาท (ร้อยละ 26.6) ด้านภาวะสุขภาพ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 39.4) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 35.1) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12.7) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาประจำ 3-4 ชนิด (ร้อยละ 33) และ 5-6 ชนิด (ร้อยละ 27.7) ด้านสิทธิการรักษาและแหล่งรับยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 85.1) และรับยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 91.5) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรสาธารณสุขมาก่อน (ร้อยละ 93.6) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=94)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	64	68.1
ชาย	30	31.9
อายุ (ปี) (Min=60, Max=91, SD=8.03)		
60-69	42	44.7
70-79	39	41.5
80 ขึ้นไป	13	13.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.1
ประถมศึกษา	70	74.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	8.5
อนุปริญญา/ปวส.	2	2.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	10.6
สภานภาพสมรส		
โสด	8	8.5
สมรส	48	51.1
หย่าร้าง	4	4.3
หม้าย	34	36.2
อาชีพปัจจุบัน		
เกษตรกร	7	7.4
ค้าขาย	14	14.9
รับจ้างทั่วไป	9	9.6
ข้าราชการบำนาญ	6	6.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	56.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=94)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	12	12.7
เบาหวาน	37	39.4
ไขมันในเลือดสูง	33	35.1
หัวใจ	10	10.6
ไต	2	2.1
จำนวนยาที่รับประทานเป็นประจำต่อวัน		
1-2 ชนิด	26	27.7
3-4 ชนิด	31	33.0
5-6 ชนิด	26	27.7
7 ชนิดขึ้นไป	11	11.7
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทอง/ประกันสุขภาพ	80	85.1
ประกันสังคม	12	12.8
ข้าราชการ	2	2.1
สถานที่รับยาประจำ		
โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	90	95.7
คลินิกเอกชน	4	4.3
เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรสาธารณสุข		
เคย	92	97.9
ไม่เคย	2	2.1
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000	29	30.9
3,000-5,999	25	26.6
6,000-9,999	18	19.1
10,000-14,999	9	9.6
15,000 ขึ้นไป	13	13.8

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ระดับละ 39 คน (ร้อยละ 41.5) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 17.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา (n=94)

ระดับความรู้ในการใช้ยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	16	17
ระดับปานกลาง	39	41.5
ระดับสูง	39	41.5

3. ทัศนคติต่อการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีด้านทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษาเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.309, p<0.01) ส่วนทัศนคติต่อยาสมุนไพรและการแพทย์ทางเลือก ทัศนคติต่อผลข้างเคียงและความเสี่ยงจากยาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างทัศนคติต่อการใช้ยากับความตระหนักรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุ (n=94)

ทัศนคติ	ความตระหนักรู้				
	ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามคำสั่ง	ด้านการติดตามและสังเกตอาการ	ด้านการเก็บรักษาและจัดการยา	ด้านการแสวงหาความรู้	รวมความตระหนักรู้
ทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษา	0.177	0.238*	0.231*	0.321**	0.309**
ทัศนคติต่อยาสมุนไพรและการแพทย์ทางเลือก	-0.050	0.033	0.078	0.012	0.024
ทัศนคติต่อผลข้างเคียงและความเสี่ยงจากยา	-0.001	-0.049	0.004	-0.080	-0.039

*p<0.05, **p<0.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ระดับละ 39 คน (ร้อยละ 41.5) และมีเพียงร้อยละ 17.0 ที่อยู่ในระดับต่ำ กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 (ร้อยละ 83.0) มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งถือเป็นสัญญาณเชิงบวกที่สะท้อนพื้นฐานความเข้าใจเรื่องยาที่ค่อนข้างดีในกลุ่มตัวอย่างนี้ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรสาธารณสุขถึงร้อยละ 95.74 และรับยาเป็นประจำจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 97.87 ซึ่งเป็นสถานบริการที่มีระบบให้คำปรึกษาด้านยาอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Christopher et al. ที่ระบุว่าการสื่อสารและการให้ข้อมูลยาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้และลดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ[13] จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสัดส่วนความรู้

ระดับต่ำเพียงร้อยละ 17.0 ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับหลายการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม การที่ยังคงมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 6 คน (ร้อยละ 17.0) ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ เป็นประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้ยาไม่ถูกต้อง ทั้งการรับประทานยาผิดขนาด ผิดเวลา หรือขาดความเข้าใจเรื่องอันตรกิริยาระหว่างยา สอดคล้องกับข้อค้นพบของสุกฤตา มีตาทิพฐ์ ที่ระบุว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน[14] ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยา 3-4 ชนิดขึ้นไปเป็นประจำ ร้อยละ 33 และรับประทานยา5-6 ชนิด ร้อยละ 27.7 จึงยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำนี้เป็นพิเศษ

ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.309$, $p<0.01$) ในขณะที่ทัศนคติต่อยาสมุนไพรและการแพทย์ทางเลือก และทัศนคติต่อผลข้างเคียงและความเสี่ยงจากยาไม่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีความรู้-ทัศนคติ-การปฏิบัติ (Knowledge-Attitude-Practice: KAP Model) ที่เสนอว่าทัศนคติเป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการปฏิบัติ[15] กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ในการดูแลจัดการยา และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ ย่อมมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมความตระหนักรู้ในการใช้ยาที่ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lee et al. ในผู้สูงอายุเกาหลีที่พบว่าทัศนคติด้านความปลอดภัยในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] ในทางตรงข้าม การที่ทัศนคติต่อยาสมุนไพรและทัศนคติต่อผลข้างเคียงไม่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ อาจอธิบายได้ตามกรอบแนวคิด Health Belief Model ที่ระบุว่าการรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในประเด็นเฉพาะทาง เช่น ความเชื่อเรื่องสมุนไพรหรือความกลัวผลข้างเคียงเป็นความเชื่อเชิงวัฒนธรรมที่ฝังรากลึก และต้องอาศัยการเสริมแรงซ้ำผ่านโปรแกรมให้ความรู้เชิงรุกอย่างต่อเนื่องจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน มิใช่เกิดจากทัศนคติเพียงประการเดียว ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ทัศนคติทั้งสองด้านนี้ไม่ปรากฏความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ชุมชน) ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องยาแบบเจาะจงกลุ่มเสี่ยง โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มที่รับประทานยาหลายชนิดร่วมกัน ตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อความคลาดเคลื่อนทางยา
2. ควรออกแบบกิจกรรมการพยาบาล ที่มุ่งเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติตามการรักษาเป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องยาของตนเอง การเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง (Self-efficacy) ผ่านการฝึกปฏิบัติจริง (เช่น การจัดยาด้วยตนเอง การอ่านฉลากยา) และการชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

3. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแสวงหาความรู้และการสื่อสารเชิงรุก ซึ่งเป็นมิติของความตระหนักรู้ที่มีคะแนนต่ำที่สุดในการศึกษานี้ เช่น การฝึกทักษะการตั้งคำถามกับแพทย์/เภสัชกร การสอนอ่านฉลากยาและเอกสารกำกับยา และการจัดตั้งช่องทางให้คำปรึกษาเรื่องยาที่เข้าถึงง่าย (เช่น สายด่วนเภสัชกรชุมชน หรือ อสม. ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อสม. และชุมชน) เพิ่มเติมในความสัมพันธ์กับความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถวิเคราะห์ตัวแปรดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วน

2. ควรทำการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive study) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายความตระหนักรู้ในการใช้ยาที่มีน้ำหนักความสำคัญสูงสุด ร่วมกับตัวแปรอื่น เช่น ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อให้ได้แบบจำลองที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น

3. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อื่น หรือเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังประชากรผู้สูงอายุในวงกว้างขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and Health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2026 Sep 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติประชากรและเคหะ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2569]. https://catalog.nso.go.th
3. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017 Oct 10;17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2.
4. วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย, ฉัตรวารินทร์ บุญเดช. ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มา รับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2566;13(2):48-63.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
6. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):409-19.

7. สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์, จิรวรรณ ชาประดิษฐ์, ชุมศรี ต้นเกตุ, ปัณณทัต บนขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์, รังสันต์ ไชยคำ. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งเสมียนตรา ตำบลบ้านขาม อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(3):649-58.
8. สมพงศ์ คำสาร, ศโลชา เชื้อดี, คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์, พุฒิพงศ์ มากมาย, วลัยลักษณ์ วิทย์กิตติลักษณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2569;11(2):1586-92.
9. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2018 Dec;33(8):500-507. doi: 10.1177/1533317518791401.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2569.
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
12. Wang D, Meng X, Liu L, Wang A. Views on Suspected Adverse Drug Events in Older Adults with Chronic Conditions: A Qualitative Study. Patient Prefer Adherence. 2023 Aug 18;17:2051-2061. doi: 10.2147/PPA.S420620.
13. Christopher C, Kc B, Shrestha S, Blebil AQ, Alex D, Mohamed Ibrahim MI, Ismail N. Medication use problems among older adults at a primary care: A narrative of literature review. Aging Med (Milton). 2022 Mar 15;5(2):126-137. doi: 10.1002/agm2.12203.
14. สุกฤตา มีตาทิพฐ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และจำนวนชนิดยากับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23(3):504-11.
15. Yu-Ting Y, Yong-Wei Y, Miao Y, Qiong Y, Meng-Yu W, Ting L. Knowledge, attitude, behaviour, and influencing factors of home-based medication safety among community-dwelling older adults with chronic diseases: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2023 Apr 28;23(1):256. doi: 10.1186/s12877-023-03966-3.
16. Lee M, Kim K, Rhew K, Choi KH. A Knowledge, Attitude, and Practice Survey on Medication Safety in Korean Older Adults: An Analysis of an Ageing Society. Healthcare (Basel). 2021 Oct 14;9(10):1365. doi: 10.3390/healthcare9101365.