

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ, พ.บ. (ว.เวชศาสตร์ครอบครัว)

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร

Received: July 14, 2020 Revised: October 1, 2020 Accepted: February 15, 2021

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะมีโรคเรื้อรังหลายโรค จึงทำให้มีโอกาสใช้ยาหลายขนาน ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 360 คน รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการนับจำนวนยาโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยสถิติพรรณนา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา โดย Multiple logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 360 คน มีอายุเฉลี่ย 70.2 ± 6.9 ปี จำนวนยาที่ใช้เฉลี่ย 4.0 ± 1.6 ชนิด โรคประจำตัวเฉลี่ย 2.8 ± 0.8 โรค เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาที่แพทย์เป็น

ผู้สั่งจ่าย (ร้อยละ 27.2) ติดธุระ (ร้อยละ 14.4) ไม่มีอาการของโรคหรือหายแล้ว (ร้อยละ 7.2) จำนวนยามาก (ร้อยละ 5.8) วิธีการรับประทานยาที่ยากหรือจำนวนครั้งในการรับประทานมาก (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ พบความชุกความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 47.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนยา ($p = 0.002$) (odd ratio 1.94, 95%CI 1.16 - 3.25) และภาวะบกพร่องด้านความจำ ($p = 0.01$) (odd ratio 0.46, 95%CI 0.25, 0.86)

สรุป: ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาพบความชุกใกล้เคียงการศึกษาที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนยา และภาวะบกพร่องด้านความจำ แพทย์ควรระมัดระวังในการสั่งจ่ายยาเพื่อการใช้ยาที่เหมาะสมและลดการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมให้เพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Associated Factors of Medication Non-adherence among Elderly Patients with Chronic Diseases in Primary Care Setting of Chachoengsao Province

Siriluk Pongchitsiri, M.D. (Dip. Thai Board of Family Medicine)

Social Medicine Department, Buddhasothorn Hospital

ABSTRACT

BACKGROUND: Elderly patients are prone to having multiple co-morbidities, so they are greater risk of polypharmacy. Non-adherence to medication among elderly patients with chronic diseases is an important problem that has been associated with poor clinical outcomes.

OBJECTIVES: The aim of this study was to determine the prevalence and associated factors of medication non-adherence among elderly patients with chronic diseases.

METHODS: A cross-sectional study was conducted in a primary care setting in Chachoengsao province, Thailand, between March and September, 2018. A total of 360 patients aged 60 years old and older who visited a primary care unit were recruited for the study by purposive sampling. The instruments used included the following: Demographic questionnaire, PHQ-9, and MMSE. Medication adherence was assessed using face-to-face interviews and pill counting. Data analysis was conducted by percent, prevalence rate and associated factors analyzed by using multiple logistic regression.

RESULTS: From 360 participants, their mean age was 70.2 ± 6.9 years, while the number of medica-

tions was 4.0 ± 1.6 and number of co-morbidities was 2.8 ± 0.8 . The reasons for medication non-adherence included use of non-prescribed drugs (27.2%), followed by unavailability (14.4%), lack of symptoms (7.2%), multiple medications (5.8%) and complex regimen (4.2%). Nearly half of the patients (47.8%) had medication non-adherence. Only cognitive impairment ($p = 0.01$) (odd ratio 1.94, 95%CI 1.16 - 3.25) and number of drugs ($p = 0.002$) (odd ratio 0.46, 95%CI 0.25, 0.86) had a positive significant relationship with medication non-adherence.

CONCLUSIONS: Medication adherence in elderly patients with chronic diseases was poor, similar to previous studies. Associated factors of non-adherence to medication with statistical significance were number of drugs and dementia. Physicians should carefully prescribe appropriate medications for elderly to improve their adherence to therapy. Screening for depression and dementia should be performed for every elderly patient as well.

KEYWORDS: medication non-adherence, elderly, chronic disease

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติเมื่อปี พ.ศ. 2560¹ พบว่า ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2593 โดยมีประชากรประมาณ 2,100 ล้านคน ซึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการสำรวจข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2559² พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ซึ่งถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ ฤกษ์ลมโป่งพอง โรคทางจิตเวช และอัมพาต และมีการใช้ยาหลายชนิด พบว่า การใช้ยาดังแต่ 2 ชนิดขึ้นไป มีโอกาสเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medical non adherence) ได้ร้อยละ 6 และจะเพิ่มขึ้นเมื่อใช้จำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป⁴

การศึกษาในผู้สูงอายุพบภาวะความไม่ร่วมมือในการใช้ยาระหว่างร้อยละ 26-74^{3,5} ขึ้นกับวิธีการศึกษา โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (อายุ เพศ ระดับการศึกษา มีปัญหาด้านความจำ ไม่มีคนดูแลจัดการยา ความเชื่อส่วนบุคคลด้านโรคและการใช้ยา ไม่มีอาการของโรค ภาวะซึมเศร้า) ปัจจัยด้านบริการ (สัมพันธ์ภาพกับบุคลากรสาธารณสุข การไม่ได้รับคำแนะนำ) ด้านยา (จำนวนยา ความถี่ของการใช้ยา ราคายาไม่ชัดเจน ผลข้างเคียงของยา)^{3,5,7}

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา นอกเหนือจากการใช้ยาที่แพทย์สั่งได้ไม่ดีพอทั้งในแง่การใช้ยาโดยการปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาที่ใช้ การเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งของการใช้ยา การหยุดรับประทานยาก่อนที่แพทย์สั่ง การไม่รับประทานยา การใช้ยาผิดเทคนิคแล้ว ยังครอบคลุมการใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่ผู้ป่วยใช้ประจำ ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย³ สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

และความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่นับรวมการใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมหรือยาชนิดอื่นๆ รวม มีไม่มากนัก^{3,15} ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการใช้ยาอื่นๆ ร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และมีการศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในสถานบริการด้วยวิธีการศึกษาที่มีความแตกต่างกันทั้งอาจใช้เพียงแค่แบบสอบถาม การนับจำนวนยา การใช้แบบประเมินการใช้ยา^{3,5,7,13,15} พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของการสนใจที่ทำการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อค้นหาและลดความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่เสื่อมหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่ง (cross sectional study) ระยะเวลาการเก็บข้อมูล คือตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 หรือจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 010/2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง) ที่มารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีน

ประชากรโมสรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉง

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ในกลุ่มโรคดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง มารับการรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสรหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองจุกกระเฉง อย่างน้อย 6 เดือน รับประทานหรือใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยมีปัญหาด้านการได้ยิน หรือทางสายตารุนแรง ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ไม่มีผู้ดูแลบริบาลจะคัดออกจากการศึกษา โดยขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2 P(1-P)}{d^2}$$

P = Prevalence ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ความชุกร้อยละ 35.66 เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 352 คน กำหนดค่า d = 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยมีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว จำนวนยาที่รับประทาน การบริหารจัดการยา

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (personal health questionnaire-9 : PHQ-9) มีการแปลเป็นภาษาไทย โดย ศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และคณะ มีการทดสอบค่า Sensitivity เท่ากับ 0.84 และ Specificity เท่ากับ 0.77 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 27 คะแนน โดยคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนนจะถือว่ามีความเสี่ยง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำการทดสอบ

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของประเทศไทย (mini – mental state examination : Thai

version 2002) ประกอบด้วยข้อประเมิน 11 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา มีค่าคะแนนที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่าคะแนนที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และผู้ที่จบการศึกษามากกว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าคะแนนที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน ถือว่ามีภาวะบกพร่องทางด้านความจำ ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ทำการทดสอบ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยการสอบถามความถูกต้องของการรับประทานและการนับจำนวนยาที่เหลือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ รับประทานยาไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาครอบคลุมถึงยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาโรคเรื้อรังที่รักษาประจำ ได้แก่ สมุนไพร อาหารเสริม วิตามินหรือยาอื่นๆ^{3,4,15} และเหตุผลที่ไม่สามารถใช้ยาได้ตามแผนการรักษา ข้อมูลยาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้ได้มาจากเวชระเบียนหรือระบบคอมพิวเตอร์ที่บันทึกข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงลายชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประเมินการใช้ยาทั้งสอบถามการรับประทานยาและนับจำนวนยาที่เหลือ ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินสมรรถภาพสมองด้านความจำและทบทวนข้อมูลต่างๆ จากเวชระเบียนหรือระบบคอมพิวเตอร์ที่บันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมการวิจัย ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact สำหรับข้อมูลจัดกลุ่มหรือเป็นช่วงเพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่ม การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ค่า ≤ 0.05 โดยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 360 คน อายุเฉลี่ย 70.2 ± 6.9 ปี จำนวนยาที่ใช้เฉลี่ย 4.0 ± 1.6 ชนิด โรคประจำตัวเฉลี่ย 2.8 ± 0.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 235 คน (ร้อยละ 65.3) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี 196 คน (ร้อยละ 54.4) ได้รับการศึกษา 329 คน (ร้อยละ 91.4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 182 คน (ร้อยละ 50.6) สถานะสมรส 186 คน (ร้อยละ 51.7) รายได้เพียงพอ 188 คน (ร้อยละ 52.2) โรคเริ่มตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป 225 คน (ร้อยละ 62.5) จำนวนยาที่ใช้ 4.0 ± 1.6 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.2 และภาวะบกพร่องด้านความจำร้อยละ 18.6

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบความชุกร้อยละ

47.8 โดยส่วนใหญ่พบในเพศหญิง 116 คน (ร้อยละ 32.2) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี 96 คน (ร้อยละ 26.6) ได้รับการศึกษา 158 คน (ร้อยละ 43.9) ประกอบอาชีพ 90 คน (ร้อยละ 25.0) มีความเพียงพอของรายได้ 89 คน (ร้อยละ 24.7) มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป 113 คน (ร้อยละ 31.4) จำนวนยาที่ใช้น้อยกว่า 5 ชนิด 104 คน (ร้อยละ 28.9) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในจำนวนยาที่ใช้และการมีภาวะบกพร่องด้านความจำ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ลักษณะประชากร	ร่วมมือในการใช้ยา จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวนคน (ร้อยละ)	รวม จำนวนคน (ร้อยละ)	p - value
เพศ				0.63
ชาย	69 (19.2)	56 (15.6)	125 (34.7)	
หญิง	119 (33.0)	116 (32.2)	235 (65.3)	
อายุ				0.06
60 - 69 ปี	100 (27.8)	96 (26.6)	196 (54.4)	
≥ 70 ปี	88 (24.5)	76 (21.1)	164 (45.6)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				0.48
ไม่ได้รับการศึกษา	17 (4.7)	14 (3.9)	31 (8.6)	
ได้รับการศึกษา	171 (47.5)	158 (43.9)	329 (91.4)	
อาชีพ				0.53
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	100 (27.8)	82 (22.8)	182 (50.6)	
ประกอบอาชีพ	88 (24.4)	90 (25.0)	178 (49.4)	
สถานภาพสมรส				0.83
คู่	96 (26.6)	90 (25.0)	186 (51.7)	
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	92 (25.6)	82 (22.8)	174 (48.3)	
ความเพียงพอของรายได้				0.76
ไม่เพียงพอ	89 (24.7)	83 (23.1)	172 (47.8)	
เพียงพอ	99 (27.5)	89 (24.7)	188 (52.2)	
จำนวนโรคประจำตัว				0.08
1-2 โรค	76 (21.1)	59 (16.4)	135 (37.5)	
≥ 3 โรค	112 (32.1)	113 (31.4)	225 (62.5)	
จำนวนยาที่ใช้				0.002
1-4 ชนิด	133 (36.9)	104 (28.9)	237 (65.8)	
≥ 5 ชนิด	55 (15.3)	68 (18.9)	123 (34.2)	
ภาวะบกพร่องด้านความจำ	45 (12.5)	22 (6.1)	67 (18.6)	0.01
ภาวะซึมเศร้า	23 (6.4)	21 (5.8)	44 (12.2)	0.97

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทั้งหมดจำนวน 172 คน พบว่า เหตุผลของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีลักษณะต่างๆ ดังต่อไปนี้ มีการใช้ยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งการรักษา 98 คน (ร้อยละ 27.6) ยาที่ใช้มากที่สุดคือ สมุนไพร 53 คน (ร้อยละ 14.7) ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับบริการไม่ได้ใช้ยาตามที่แพทย์สั่งจ่าย ได้แก่ ดิฉันจะไม่ได้นำยาติดตัว 52 คน (ร้อยละ

14.4) ไม่มีอาการของโรค/อาการปกติ 26 คน (ร้อยละ 7.2) จำนวนยาที่มีปริมาณมาก 21 คน (ร้อยละ 5.8) วิธีการรับประทานยาที่ยากหรือมีรับประทานยาหลายครั้ง 15 คน (ร้อยละ 4.2) มีความเชื่อว่ารับประทานยามากเกินไปจะไม่ดี 10 คน (ร้อยละ 2.8) มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา 9 คน (ร้อยละ 2.5) แสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เหตุผลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา (กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 172 คน, ตอบคำตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

รูปแบบ	จำนวนคน (ร้อยละ)
ใช้ยาอื่นๆ นอกเหนือจากยาที่แพทย์เป็นผู้สั่งจ่าย	98 (27.2)
-ใช้ยาสมุนไพร	53 (14.7)
-ใช้อาหารเสริม/วิตามิน	21 (5.8)
-ซื้อยาอื่นๆ รับประทาน	31 (8.6)
วิธีรับประทานยาที่ยาก/รับประทานหลายครั้ง	15 (4.2)
จำนวนยามาก	21 (5.8)
สลายยาไม่ชัดเจน	5 (1.4)
มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา	9 (2.5)
ความเชื่อรับประทานยามากเกินไปจะไม่ดี	10 (2.8)
ไม่มีอาการของโรค/หายแล้ว	26 (7.2)
ดิฉันจะไม่ได้นำยาติดตัว	52 (14.4)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยในด้านต่างๆ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุได้แก่ ภาวะบกพร่องด้านความจำมีโอกาสไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่ม

ขึ้นร้อยละ 54 เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะบกพร่องด้านความจำและจำนวนยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดขึ้นไปมีโอกาสไม่ร่วมมือในการใช้ยา 1.94 เท่า แสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทราโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	Exp(B)	95% C.I.	p - value
อายุ	-0.05	0.11	0.21	0.95	(0.77, 1.18)	0.64
ภาวะบกพร่องด้านความจำ	-0.77	0.31	5.99	0.46	(0.25, 0.86)	0.01
จำนวนโรคประจำตัว	0.19	0.26	0.57	1.22	(0.73, 2.01)	0.45
จำนวนยาที่ใช้	0.66	0.26	6.37	1.94	(1.16, 3.25)	0.01
Constant	-1.03	1.50	0.47			

อภิปรายผล

ความชุกของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุในการวิจัยพบร้อยละ 47.8 ผลที่ได้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Cesar และคณะในประเทศสเปนที่ศึกษาในประชากรที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 44.5¹⁰ การศึกษาของ Fracisco Napolitano และคณะ ในประเทศอิตาลี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 60.7¹¹ และการศึกษาของ Naveen และคณะ ที่ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและรับประทานยาอย่างน้อย 4 ชนิด พบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต่อขนาดและปริมาณที่ใช้ยาต่อวันสูงถึงร้อยละ 94.1¹² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศไทย โดยการศึกษาของชมพูนุท พัฒนาจักร ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบความ

ร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำร้อยละ 36.9 และร่วมมือในระดับปานกลางร้อยละ 23.8¹³ การศึกษาของกมลรัตน์ บัญญัติสินพรัตน์ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลดงหลวง พบความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำร้อยละ 25.4 และร่วมมือในระดับปานกลางร้อยละ 40.8¹⁴ ซึ่งการศึกษาเหล่านี้ใช้การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม Morisky Medication Adherence Scale แต่การวิจัยนี้ใช้การสอบถามวิธีการรับประทานยาแต่ละชนิด และสอบถามว่าผู้ป่วยเคยลืมรับประทานยาในช่วงที่ผ่านมา การรับประทานยาอื่น ๆ นอกเหนือจากยาที่รับประทานประจำร่วมกับการนับจำนวนยา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Weerasak ที่ทำการศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช³ และการศึกษาของ Pasitpon ที่ศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดปทุมธานี⁴ พบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 54.9 และร้อยละ 61 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าวิธีการประเมินในการวิจัยนี้นอกจากใช้ข้อคำถามเพื่อสอบถามความถูกต้องในการรับประทานยาแล้วการนับยาที่เหลือเพื่อช่วยในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาสามารถประเมินได้หลายวิธีมีการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Asley Smaje¹⁵ จากงานวิจัย 25 งานวิจัย พบว่า มีวิธีการประเมินทั้งการนับจำนวนยา การใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การสัมภาษณ์รายบุคคลหรือกระบวนการกลุ่ม การเขียนไดอารี่ อาจจะใช้วิธีการใดวิธีการหนึ่งหรือใช้หลากหลายวิธีประกอบกันผลความซุกที่ได้ใกล้เคียงกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในการวิจัยนี้ พบว่า มีเพียงจำนวนยาที่ใช้ที่มีจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการไม่ร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนยาที่มีโอกาสนไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นเกือบ 2 เท่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Erica Zelko⁵, Anjela Frances Yap⁷, Francesco Napolitano¹¹, Naveen¹² และ Asley Smaje¹⁵ พบว่าจำนวนยาที่มากโดยเฉพาะ Polypharmacy หรือยาที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด มีโอกาสเกิดภาวะความไม่ร่วมมือมากขึ้น และปัจจัยด้านความบกพร่องด้านความจำที่มีความสัมพันธ์ทางสถิตินั้นให้ผลที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Erica Zelko⁵, Anjela Frances Yap⁷

และ Asley Smaje¹⁵ ในการวิจัยนี้พบภาวะบกพร่องด้านความจำร้อยละ 18.6 หรือเกือบ 1 ใน 5 ในงานวิจัยนี้ นอกจากสอบถามถึงการลืมรับประทานยา การสอบถามขนาดหรือจำนวนการรับประทานแล้ว การนับจำนวนยาที่เหลือเป็นการประเมินความไม่ร่วมมืออีกทางหนึ่งซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับบริการเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดำเนินชีวิตประจำวันต่าง ๆ ได้เกือบปกติ ทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมถึงแพทย์อาจจะไม่ตระหนักถึงปัญหาด้านความจำที่อาจเกิดขึ้นแล้ว รวมถึงมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่เป็นการทำกิจวัตรประจำวัน และภาวะบกพร่องด้านความจำจะมีการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจทำให้การสังเกตความผิดปกติเป็นไปอย่างช้าๆ แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงควรทำการประเมินด้านความจำในผู้สูงอายุเพื่อลดโอกาสการเกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโดยไม่ตั้งใจและให้ครอบครัวมา มีบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การวิจัยนี้ได้ศึกษาเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การใช้ยาอื่นๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่งการรักษามากสุด (ร้อยละ 27.6) โดยการใช้ยาสมุนไพรเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 14.7) ซ้อยาอื่นๆ ใช้ เช่น ยาแก้ปวด (ร้อยละ 8.6) และการใช้วิตามินหรืออาหารเสริม (ร้อยละ 5.8) รองลงมาได้แก่ ดิโตรละ (ร้อยละ 14.4) ไม่มีอาการของโรคหรือหายแล้ว (ร้อยละ 7.2) จำนวนยามาก (ร้อยละ 5.8) วิธีการรับประทานยาที่ยากหรือจำนวนครั้งในการรับประทานมาก (ร้อยละ 4.2) แพทย์ผู้ทำการรักษา นอกจากการสอบถามเรื่องความร่วมมือในการรักษาแล้วควรสอบถามถึงยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ร่วมกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยาระหว่างยา จำนวนยามากทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ร่วมมือในการรักษาและนำมาซึ่งผลลัพธ์ของโรคที่แย่ลง

ข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาหนึ่งซึ่งความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอาจมีการเปลี่ยนแปลง การศึกษานี้ทำในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลและ รพ.สต. อย่างละ 1 สถานที่ อาจไม่สามารถแสดงเป็นภาพรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิจะเชิงเทราได้ทั้งหมด นอกจากนี้การประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ใช้วิธีสอบถามและนับจำนวนยา ผู้ป่วยบางรายอาจไม่กล้าตอบตามความจริงอาจได้ผลความไม่ร่วมมือในการใช้ยาดำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้พบว่า

ประมาณหนึ่งในห้าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องด้านความจำ ส่งผลต่อความชุกในงานวิจัยนี้ ในการต่อยอดหรือปรับปรุงให้งานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ครอบคลุมหรือดีขึ้นอาจใช้แบบประเมินการใช้จ่ายด้วยตนเองหรือ Morisky medication adherence scale ร่วมในการประเมิน สุดท้ายยังพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน ระยะเวลาหรือความรุนแรงของการเป็นโรคในการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย^{7,10,11,14,15} ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่ได้ประเมิน อาจทำให้ขาดความครอบคลุมในการประเมินความร่วมมือในการใช้จ่าย และเพิ่มการคัดกรองโรคซึมเศร้าและภาวะบกพร่องด้านความจำในผู้สูงอายุทุกคน เพื่อลดโอกาสล้มรับประทุษร้าย หรือการรับประทุษร้ายที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายแบบไม่ตั้งใจ

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์ ผู้ให้คำแนะนำปรึกษาด้านงานวิจัย รวมทั้งบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจีนประชาสโมสรและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.คลองจุกกระเฉด ที่ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World population ageing. Department of economic and social affairs population division. [Internet]. New York: United Nations; 2017[cited 24 Feb 2018]; Available from :https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf
- Foundation of Thai gerontology research and development institute. Situation of the Thai elderly 2016. Printerly CO, Ltd; 2017.
- Muangpaisan W, Pisalsalakij D, Intalapaporn S, Chattanawaree W. Medical nonadherence in elderly patients in a Thai geriatric clinic. Asian Biomedicine 2014;8(4):541-5.
- Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. Family Medicine & Primary care review 2017;19:412-6.
- Zelko E, Klemenc-Ketis Z, Tusek-Bunc K. Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home : a systematic review of existing studies. Master Sociomed 2016;28:129-32.
- Leetaweek J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanayaboon L, et al. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province. [Internet].2017 [cited 24 Feb 2018]; Available from: <http://www.tsm.go.th/res/wp-content/uploads/2019/01/พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง-2017.pdf>
- Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics 2016;7:64-7.
- Boonkert P. Mission : leader of dementia prevention and care in Asia [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 24]; Available from: https://thaidementia.com/news/assets/files/DAT_news_letter_10.pdf.
- Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008;8:46.
- Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. BMC Fam Pract [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 3]; 20(1):132. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-1019-3>
- Napolitano F, Napolitano P, Angelillo IF. Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. Eur J Public Health 2016;26:48-52.
- Roy NT, Sajith M, Bansode MP. Assessment of factors associated with low adherence to pharmacotherapy in elderly patients. J Young Pharm 2017;9:272-6.
- Pattanaajak C. Medication adherence in elderly patients with chronic disease at Lad Pattana Health Promoting Hospital, Muang District, Mahasarakham Province. Mahasarakham Hospital Journal 2019;16(3):13-22.
- Bunyatnopparat K, Limpawattana P. Factor associated with medication adherence in older patients with chronic disease of Dongluang Hospital. KKKU Journal of Medicine 2019;5(2):40-9.
- Smaje A, Weston-Clark M, Raj R, Orlu M, Davis D, Rawle M. Factors associated with medication adherence in older patients: a systematic review. Aging Med (Milton) 2018;1:254-66.