นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ

สุพรรษา อุ่นสอาด พบ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
สุพรรษา อุ่นสอาด, พบ, โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร 10330, ประเทศไทย
Email: wanmai2yuiza@gmail.com

Received: December 30, 2021;
Revised: March 7, 2022;
Accepted: April 5, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญที่สามารถช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการตำรวจเกษียณซึ่งถือว่าอยู่ในวัยสูงอายุที่ควรได้รับการดูแล

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาแบบภาคตัดขวางในข้าราชการตำรวจเกษียณ รับบริการ ณ คลินิกตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานประชากร แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยสถิติการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 264 คน ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.60±6.67 ปี ความร่วมมือสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 68.18 ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีคิดเป็นร้อยละ 26.14 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ รายได้ (AOR = 6.32, 95%CI: 1.511-26.458) โรคความดันโลหิตสูง (AOR =5.31, 95%CI: 2.593-10.905) อธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ (AOR =5.388, 95%CI: 2.747-10.568) ความรอบรู้ทางสุขภาพ (AOR =6.94, 95%CI: 2.616-18.410)

สรุป: การเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาในกลุ่มข้าราชการตำรวจเกษียณ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเน้นย้ำและพัฒนาปัจจัยเรื่องการอธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเพื่อช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้าราชการตำรวจเกษียณ

PCFM Vol 5 No. 3 Jul-Sep 2022: 1-10.

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Medication Adherence Among Retired Police Officers with Non-Communicable Diseases in Family Medicine Clinic, Police General Hospital

Supansa Aunsaard MD, 3rd Residency Training in Family Medicine

Family Medicine Department, Police General Hospital, Bangkok

Corresponding author :
Supansa, MD., Family Medicine Department, Police General Hospital, Bangkok, Thailand
Email: wanmai2yuiza@gmail.com

Received: December 30, 2021;
Revised: March 7, 2022;
Accepted: April 5, 2022

ABSTRACT

Background: Non-communicable diseases are a leading major problem causing death. Medication adherence is fundamental to achieving clinical outcomes and controlling the severity of disease, especially in elderly retired police officers.

Objective: The purpose of this study is to assess medication adherence, and health literacy level and identify associated factors with medication adherence among retired police officers with non-communicable diseases.

Methods: A cross-sectional study was conducted among retired police officers in the Police Clinic, Police General Hospital. The research instruments included demographic data, medical information, Thailand health literacy scale question, and medication-taking behavior question. Data analysis was conducted by percent and associated factors were analyzed by using multiple logistic regression.

Results: From 264 participants with a mean age of 68.60 ± 6.67 years, the results reported appropriate behavior for medication taking was 68.18 percent. The good health literacy of this study was 26.14 percent. Additionally, the statistically significant factors associated with medication adherence were income (AOR = 6.32, 95% CI: 1.511-26.458), hypertension (AOR = 5.31, 95% CI: 2.593-10.905), healthcare provider's explanation (AOR = 5.388, 95% CI: 2.747-10.568), and health literacy (AOR = 6.94, 95% CI: 2.616-18.410).

Conclusion: To improve medication adherence of retired police officers, some factors can be emphasized and developed such as explanation about medication by a healthcare provider and supportive activities to increase health literacy levels in this population.

Keyword: medication adherence, non-communicable diseases, retired police officers

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ปี พ.ศ. 2544-2643 ว่าเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก[1] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่าประชากรสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น[2]

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุมักจะมาพร้อมกับปัญหาด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเช่นกันเนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรค (noncommunicable diseases; NCDs หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากรายงานข้อมูลองค์การอนามัยโรค (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคนในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคนในปี พ.ศ. 2559[3] อีกทั้งข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษาภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ข้าราชการตำรวจปี พ.ศ. 2559[4] พบว่ามีข้าราชการตำรวจที่พบภาวะอ้วนลงพุงคิดเป็นร้อยละ 28.3 และมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 37.9 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของภาวะดังกล่าวถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรค NCDs หากไม่ได้รับการป้องกันและควบคุม โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการตำรวจในวัยเกษียณที่ถือว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและเคยปฏิบัติหน้าที่บุคลากรที่เคยเป็นกำลังสำคัญต่อการรักษาความมั่นคงของประเทศ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อในไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่าโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 47.15 31.78 และ 21.87 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[5]

จากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ผู้สูงอายุมักได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด (polypharmacy) ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ[6] เพราะส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการเสียชีวิต อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งมักมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา อาทิเช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับระบบการดูแลและทีมรักษาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา หนึ่งในนั้นคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย[7] โดยมีการศึกษาวิจัยของ Kivimaki M และคณะ[8] ทำการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานก่อนเกษียณอายุงานสามปีและติดตามต่อเนื่องจนกระทั่งหลังเกษียณอายุงานเป็นระยะเวลาอีกสี่ปีพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาหลังเกษียณลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มเฉพาะข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในไทย

ในปัจจุบันที่เทคโนโลยีมีความก้าวหน้ามากขึ้นการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ส่งเสริมและบั่นทอนภาวะสุขภาพคนไทย การวิเคราะห์ พิจารณาและประเมินข่าวสารต่าง ๆ ด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญ สอดคล้องกับนิยามความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะอย่างหนึ่งที่บ่งบอกความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หรือแปลความข่าวสารและบริการทางสุขภาพอันก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจดูแลและจัดการสุขภาพตนให้ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการสนับสนุนให้เกิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคน อีกทั้งการศึกษาของ Ueno H และคณะ[9] ในปี ค.ศ. 2021 ศึกษาความร่วมมือการใช้ยาและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยารักษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการทานยาที่ดีคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการใช้งาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาและศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรค NCDs

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจ เกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

วิธีการ

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง

ประชากรเป้าหมายที่ทำการศึกษา

ข้าราชการตำรวจเกษียณที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว (คลินิกตำรวจ) โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นข้าราชการตำรวจเกษียณ
2. มารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว (คลินิกตำรวจ) โรงพยาบาลตำรวจในช่วงเวลาทำการศึกษา
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคเกาต์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยยารับประทานอย่างน้อย 1 ชนิด
4. มีความสามารถในการสื่อสารด้านการฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยทางจิตเวชและโรคทางสมอง เช่น โรคจิตเภท โรคอัลไซเมอร์ หรือมีภาวะสมองเสื่อม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรกรณีไม่ทราบขนาดประชากรที่แน่นอนของ Cochran โดยระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96 และระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้คือร้อยละ 5 ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนประชากรที่ต้องการศึกษาเท่ากับร้อยละ 22 โดยอิงจากการศึกษาของ Ahlawat R และคณะ10 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 264 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ งานที่เคยปฏิบัติหน้าที่ ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับใคร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา ประกอบด้วยข้อมูลโรคประจำตัว จำนวนยาที่กินต่อวัน ระยะเวลาที่ใช้ยา ความถี่การใช้ยาต่อวัน การจัดเตรียมยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา การเน้นย้ำอธิบายเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นโดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับทั่วไป ประกอบด้วย 47 ข้อคำถาม มีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968 ในกลุ่มรวมและเมื่อนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงวัยค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.970 ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีคะแนนตั้งแต่ 47-235 คะแนน หากน้อยกว่า 141 คะแนน แปลว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม ตั้งแต่ 141-187 คะแนน แปลว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องบ้าง คะแนนตั้งแต่ 188 ขึ้นไป แปลว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตการใช้เครื่องมือ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา ซึ่งได้รับอนุญาตการใช้แบบสอบถามจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม คะแนนรวม 0-8 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 6 แปลว่าความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ 6-7 คะแนน แปลว่าความร่วมมือในการรับประทานยาระดับปานกลาง 8 คะแนน แปลว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

โดยผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ที่มีความร่วมมือการทานยาสม่ำเสมอคือ ผู้ที่มีระดับคะแนนสูงและระดับปานกลางรวมกัน และสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับคะแนนต่ำกำหนดอยู่กลุ่มที่มีความร่วมมือการทานยาไม่สม่ำเสมอ

วิธีเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกสุ่มตัวอย่างผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว (คลินิกตำรวจ)ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยการตรวจสอบอายุจากเวชระเบียนผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัยและแจ้งวัตถุประสงค์แก่ผู้รับบริการโดยตรง โดยผู้รับบริการมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้
3. ผู้เข้าร่วมจะตอบแบบสอบถามโครงการวิจัยด้วยตนเอง หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาด้านสายตาไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ชัดเจน ผู้วิจัยจะดำเนินการอ่านแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังและตอบคำถาม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics V25.0 โดยใช้สถิติดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้กับข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงเป็นการแจกแจงความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณจะแสดงเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression analysis) โดยนำข้อมูลปัจจัยตัวแปรต้นที่ตั้งสมมติฐานว่ามีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาวิเคราะห์เบื้องต้นด้วยวิธี Chi-square test ได้ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 และนำตัวแปรเข้าสู่สมการวิเคราะห์โดยใช้วิธี stepwise แบบ forward

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานประชากร

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 264 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน188 คน (ร้อยละ 71.21) มีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.60±6.67 ปี มีสถานภาพสมรส 240 คน (ร้อยละ 90.91) ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 183 คน (ร้อยละ 69.32) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายจำนวน 252 คน (ร้อยละ 95.45) ประเภทการปฏิบัติหน้าที่ในช่วงก่อนเกษียณพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในสายงานอำนวยการคิดเป็นร้อยละ 36.36 และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 96.21 แสดงดังตารางที่ 1

ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา

ผู้เข้าร่วมวิจัยนี้มีโรคประจำตัวมากสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 78.41 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 64.02 และ 40.15 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่รับประทานยาน้อยกว่า 5 ชนิดร้อยละ 70.45 และมีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับยามากว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 29.55 ส่วนใหญ่รับประทานยาเพียงวันละ 2 ครั้งต่อวันคิดเป็นร้อยละ 59.10 ระยะเวลาใช้ยาเกินกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 37.50 การจัดเตรียมยาพบว่าส่วนใหญ่จัดเตรียมยาด้วยตนเองร้อยละ 92.05 ส่วนมากไม่เคยเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 90.91 และพบว่าส่วนใหญ่จะได้รับการอธิบายเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอทุกครั้งที่มารับยาคิดเป็นร้อยละ 76.14 แสดงดังตารางที่ 1

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งงานวิจัยนี้ หมายถึงผู้ที่มีความรอบรู้ระดับพอใช้และระดับต่ำรวมกันคิดเป็นร้อยละ 73.86 และความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมที่อยู่ในเกณฑ์

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานประชากร ด้านสุขภาพและการใช้ยา

ข้อมูล	ร้อยละ	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	188	71.21
หญิง	76	28.79
อายุ (ปี)		
60-70	186	70.45
ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป	78	29.55
Mean = 68.60, SD = 6.67; Min = 60, Max = 92		
สถานภาพ		
สมรส	240	90.91
โสด	15	5.68
หย่าร้าง/หม้าย	9	3.41
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	183	69.32
ปริญญาตรี	57	21.59
ปริญญาโท	21	7.95
ปริญญาเอก	3	1.14
รายได้ต่อเดือน		
เพียงพอ	252	95.45
ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย	12	4.55
ประเภทการปฏิบัติหน้าที่		
ป้องกันและปราบปราม	63	23.86
สายสืบสวน	44	16.67
สายสอบสวน	34	12.88
สายงานจราจร	48	18.18
สายงานอำนวยการ	96	36.36
หน่วยปฏิบัติการณ์พิเศษ	24	9.09
ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับ		
ครอบครัว	254	96.21
คนเดียว	10	3.79
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	207	78.41
โรคไขมันในเลือดสูง	169	64.02
โรคเบาหวาน	106	40.15
โรคเกาท์	24	9.09
โรคไตเรื้อรัง	22	8.33
โรคหอบหืด	9	3.41
จำนวนยาที่กินต่อวัน		
น้อยกว่า 5	186	70.45
มากว่าหรือเท่ากับ 5	78	29.55
ระยะเวลาการใช้ยา		
น้อยกว่า 1 ปี	13	4.92
1-5 ปี	83	31.44
มากกว่า 5 ปี - 10 ปี	69	26.14
มากกว่า 10 ปี	99	37.50
ความถี่การใช้ยาต่อวัน		
1 ครั้งต่อวัน	75	28.40
2 ครั้งต่อวัน	156	59.10
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	33	12.50
การเตรียมยา		
จัดยาทานเอง	243	92.05
ผู้ดูแลช่วยเหลือ	21	7.95
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา		
ไม่เคยเกิด	240	90.91
เคยเกิดอาการ	24	9.09
อธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์		
เฉพาะครั้งแรกที่เริ่มยาหรือบางครั้ง	63	23.86
สม่ำเสมอทุกครั้ง	201	76.14

คะแนนดีคิดเป็นร้อยละ 26.14 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเท่ากับ 168.59±27.46 คะแนน แสดงดังตารางที่ 2

ความร่วมมือในการรับประทานยา

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือสม่ำเสมอในการรับประทานยาซึ่งงานวิจัยนี้ หมายถึงผู้ที่มีความร่วมมือระดับสูงรวมกับผู้ที่มีระดับความร่วมมือปานกลางจำนวน 180 คน (ร้อยละ 68.18) สำหรับพฤติกรรมความร่วมมือไม่สม่ำเสมอมีจำนวน 84 คน (ร้อยละ 31.82) ซึ่งรายละเอียดคำถามความร่วมมือการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมงานวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ 3 อันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือที่ลดลงได้แก่ มีบางครั้งที่ลืมรับประทานยาคิดเป็น

ตารางที่ 2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไม่เหมาะสม		
- ระดับต่ำ (score < 141)	51	19.32
- ระดับพอใช้ (score 141-187.99)	144	54.54
	195	73.86
เหมาะสม		
- ระดับดี (Score ≥ 188)	69	26.14
(Mean = 168.59, SD = 27.46)		
Min 87, Max 215		

ตารางที่ 3. จำนวน ร้อยละ ข้อมูลการตอบแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อ	คำถาม	ใช่ (ร้อยละ)	ไม่ใช่ (ร้อยละ)
1	มีบางครั้งที่คุณลืมรับประทานยาใช่หรือไม่	137 (51.89)	127 (48.11)
2	คุณคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามีบางวันที่คุณไม่ได้รับประทานยา	64 (24.24)	200 (75.76)
3	คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดยา เนื่องจากรู้สึกแย่เวลารับประทานยาโดยที่ไม่ได้บอกแพทย์	69 (26.14)	195 (73.86)
4	เมื่อคุณออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่คุณลืมพกยาติดตัวไปด้วย	67 (25.38)	197 (74.62)
5	เมื่อวานนี้คุณรับประทานยาครบหรือไม่	249 (94.32)	15 (5.68)
6	เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการของโรคที่คุณเป็นควบคุมได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดรับประทานยา	51 (19.32)	213 (80.68)
7	การรับประทานยาทุกวันอาจไม่สะดวกสำหรับบางคน คุณเคยรู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหรือเข้มงวดใช่หรือไม่	36 (13.64)	228 (86.36)
8	คุณรู้สึกว่ามีความยุ่งยากบ่อยเพียงใด ในการจดจำยาทั้งหมดที่ต้องรับประทาน		
	8.1 ไม่รู้สึกหรือแทบจะไม่รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการจดจำยาที่ใช้	237 (89.77)	
	8.2 รู้สึกว่ายุ่งยากบ้างเล็กน้อย ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	24 (9.09)	
	8.3 รู้สึกว่ายุ่งยากปานกลาง ในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	3 (1.14)	
	8.4 รู้สึกว่ายุ่งยากเป็นประจำในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	0	
	8.5 รู้สึกว่ายุ่งยากทุกครั้งหรือตลอดเวลาในการจดจำวิธีทานยาแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	0	

ร้อยละ 51.89 รองลงมาคือ ผู้ป่วยเคยลดขนาดยาหรือหยุดยาเนื่องจากรู้สึกแย่เวลารับประทานยาโดยที่ไม่ได้บอกแพทย์คิดเป็นร้อยละ 26.14 และเมื่อผู้ป่วยออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมพกยาติดตัวไปด้วย คิดเป็นร้อยละ 25.38 แสดงดังตารางที่ 3 และ 4

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ($p = 0.002$) โรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) การอธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ($p < 0.001$) และปัจจัยเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ ($p < 0.001$) แสดงดังตารางที่ 5

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ต่อเดือนที่เพียงพอ (adjusted OR =6.32, 95%CI: 1.511-26.458) โรคความดันโลหิตสูง (adjusted OR = 5.31, 95%CI: 2.593-10.905) อธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอทุกครั้ง (adjusted OR =5.388, 95%CI: 2.747-10.568) ความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสม (adjusted OR =6.94, 95%CI: 2.616-18.410) แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4. จำนวน ร้อยละ ผลลัพธ์ความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้เข้าร่วมวิจัย

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา	ร้อยละ	ร้อยละ
สม่ำเสมอ		
- ความร่วมมือระดับสูง	84	31.82
- ความร่วมมือระดับปานกลาง	96	36.36
	180	68.18
ไม่สม่ำเสมอ		
- ความร่วมมือระดับต่ำ	84	31.82
(Mean = 6.31, SD = 1.64)		
Min = 0.75, Max = 8		

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยที่ 68.60 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี รายได้ต่อเดือนเพียงพอ ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ข้อมูลรายละเอียดด้านสุขภาพและการใช้ยาพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ยาที่รับประทานโดยส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ชนิด ความถี่ทานยาวันละ 2 ครั้ง ใช้ยารักษามาเกินกว่า 10 ปี ซึ่งอาจวิเคราะห์ได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่สามารถควบคุมโรคได้ค่อนข้างดี และไม่พบการเกิดโรค

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานประชากร ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้ยา ความรอบรู้ทางสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยา

ปัจจัย		ความร่วมมือในการรับประทานยา				p-value
		สม่ำเสมอ (N=180)		ไม่สม่ำเสมอ (N=84)		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	122	67.78	66	78.57	0.081[t]
	หญิง	58	32.22	18	21.43	
อายุ	60-70 ปี	130	72.22	56	66.67	0.386[t]
	≥ 71 ปี	50	27.78	28	33.33	
สถานภาพ	สมรส	168	93.33	72	85.71	0.064[t]
	โสด/หย่าร้าง/หม้าย	12	6.67	12	14.29	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	132	73.33	51	60.7	0.083[a]
	ปริญญาตรี	33	18.33	24	28.6	
	ปริญญาโท	12	6.67	9	10.7	
	ปริญญาเอก	3	1.67	0	0	
รายได้ต่อเดือน	เพียงพอ	177	98.3	75	89.3	0.002[t*]
	ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย	3	1.7	9	10.7	
ประเภทการปฏิบัติหน้าที่	ป้องกันและปราบปราม	41	22.78	22	26.19	0.540[t]
	สายสืบสวน	29	16.11	15	17.86	0.726[t]
	สายสอบสวน	23	12.78	11	13.1	1.000[t]
	สายงานจราจร	33	18.3	15	17.9	1.000[t]
	สายงานอำนวยการ	60	33.3	36	42.9	0.169[t]
	หน่วยปฏิบัติการณ์พิเศษ	12	6.7	12	14.29	0.064[t]
ปัจจุบันอาศัยอยู่ร่วมกับ	ครอบครัว	174	96.67	80	95.24	0.730[t]
	คนเดียว	6	3.33	4	4.76	
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง	153	85.0	54	64.3	< 0.001[a*]
	โรคไขมันในเลือดสูง	119	66.1	50	59.5	0.336[t]
	โรคเบาหวาน	66	36.7	40	47.6	0.106[t]
	โรคเกาท์	18	10	6	7.1	0.501[t]
	โรคไตเรื้อรัง	13	7.2	9	10.7	0.347[t]
	โรคหอบหืด	6	3.3	3	3.6	1.000[t]
จำนวนยาที่กินต่อวัน	น้อยกว่า 5	129	71.67	57	67.86	0.564[t]
	มากกว่าหรือเท่ากับ 5	51	28.33	27	32.14	
ระยะเวลาการใช้ยา	น้อยกว่า 1 ปี	9	5	4	4.8	0.632[a]
	1-5 ปี	52	28.9	31	36.9	
	มากกว่า 5 ปี-10 ปี	49	27.2	20	23.8	
	มากกว่า 10 ปี	70	38.9	29	34.5	
ความถี่การใช้ยาต่อวัน	1 ครั้งต่อวัน	54	30.0	21	25.0	0.703[a]
	2 ครั้งต่อวัน	104	57.8	52	61.9	
	ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	22	12.2	11	13.1	
การเตรียมยา	จัดยาทานเอง	162	90	81	96.4	0.088[t]
	ผู้ดูแลช่วยเหลือ	18	10	3	3.6	
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	ไม่เคยเกิดอาการ	167	92.78	73	86.9	0.166[t]
	เคยเกิดอาการ	13	7.22	11	13.1	
อธิบายการใช้ยาจาก	เฉพาะครั้งแรกที่เริ่มยาหรือบางครั้ง	27	15.0	36	42.86	< 0.001[t*]
บุคลากรทางการแพทย์	สม่ำเสมอทุกครั้ง	153	85.0	48	57.14	
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ไม่เหมาะสม	117	65	78	92.86	< 0.001[t*]
	เหมาะสม	63	35	6	7.14	

Abbreviation: *=significant at 0.05 level, a=Chi-square test, t =Fisher's exact test

ตารางที่ 6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัวแปรและความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression

ข้อ	คำถาม	Adjusted Odd Ratio	Lower 95%CI	Upper 95%CI	p-value
รายได้ต่อเดือน	เพียงพอ	6.32	1.511	26.458	0.012
	ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย	Reference			
โรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูง	5.31	2.593	10.905	< 0.001
อธิบายการใช้ยาจาก	เฉพาะครั้งแรกที่เริ่มยาหรือบางครั้ง	Reference			
บุคลากรทางการแพทย์	สม่ำเสมอทุกครั้ง	5.388	2.747	10.568	< 0.001
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	ไม่เหมาะสม	Reference			
	เหมาะสม	6.94	2.616	18.410	< 0.001

หลอดเลือดหัวใจและสมองจากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ถึงอย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยก็ยังพบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยที่อยู่ในกลุ่มของ polypharmacy มีถึงร้อยละ 29.55 ซึ่งสอดคล้องกับบทความของ Hsu HF และคณะ[11] ที่ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้สูงอายุ พบความชุกPolypharmacy อยู่ระหว่างร้อยละ 7-45 โดยแตกต่างขึ้นกับบริบทการกำหนดนิยามการดูแลรักษา (Clinical Practice Guidelines) ผู้ป่วยแต่ละประเทศ

จากผลการศึกษาวิจัยระดับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 264 คน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 68.18 โดยผู้วิจัยได้กำหนดความร่วมมือที่สม่ำเสมอคือการที่มีระดับคะแนนความร่วมมือระดับสูง (ร้อยละ 31.82) และปานกลาง (ร้อยละ 36.36) รวมกัน ซึ่งมีความสอดคล้องใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และคณะ12 ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.8 แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุค่อนข้างมีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายประชากร การกำหนดนิยามความสม่ำเสมอการใช้ยาโดยผู้วิจัยโครงการ รวมถึงเครื่องมือการวัดระดับความร่วมมือการใช้ยา

จากการศึกษาข้อมูลรายละเอียดของแบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา พบว่า สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนี้ มีคะแนนความร่วมมือที่ลดลง 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 1 มีบางครั้งที่ลืมรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 51.89 รองลงมาคือ ข้อ 3 เคยลดขนาดยาหรือหยุดยาเนื่องจากรู้สึกแย่เวลารับประทานยาโดยที่ไม่ได้บอกแพทย์คิดเป็นร้อยละ 26.14 และข้อ 4 เมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล มีบางครั้งที่ลืมพกยาติดตัวไปด้วย คิดเป็นร้อยละ 25.38 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ปิติพร สิริทิพากร และคณะ13 โดยกล่าวว่าเหตุผลหลักที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาสม่ำเสมอได้เนื่องจาก ลืมรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 50.2 ผู้วิจัยมีความเห็นว่าผู้เข้าร่วมวิจัยนี้โดยส่วนใหญ่จะดูแลการจัดเตรียมยาด้วยตนเอง อีกทั้งโรคเรื้อรังที่พบนั้นเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการเมื่อขาดยาในระยะเวลาอันสั้น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มักลืมรับประทานยา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลพื้นฐานประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพและการใช้ยา และความรอบรู้ทางสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ รายได้ต่อเดือนที่เพียงพอ โรคความดันโลหิตสูง อธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอทุกครั้ง และความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับรายได้ที่เพียงพอต่อเดือน (adjusted OR =6.32, 95%CI: 1.511-26.458) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอจะเกิดกับผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนที่เพียงพอคิดเป็น 6.32 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nonogaki A และคณะ[14] ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งพบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงต่อเดือน จะ

สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ($p < 0.001$) หากทำการวิเคราะห์เรื่องปัจจัยรายได้นั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการมีรายได้ที่เพียงพอจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงรูปแบบยาที่หลากหลายมากขึ้นอย่างเช่น การใช้ยารูปแบบ fix dose combination pill เหตุผลจากมีงานวิจัยข้อมูลที่ศึกษาเปรียบเทียบการเริ่มต้นการรักษาด้วย fix dose combination มีผลต่อความร่วมมือ ความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการเริ่มต้นการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วย single drug therapy[15] นับว่าเป็นข้อดีในเรื่องการลดจำนวนเม็ดยาและจำนวนครั้งของการทานยาได้ นอกจากการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงรูปแบบยาที่หลากหลาย รายได้ยังมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อรับบริการ ถึงแม้สิทธิในการรักษาจะครอบคลุมในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย แต่หากผู้เข้าร่วมวิจัยที่ประสบปัญหารายรับรายจ่ายที่ไม่เพียงพอย่อมส่งผลต่อการนัดติดตามการรักษาต่อเนื่องและนำไปสู่ปัญหาการขาดยาได้

ปัจจัยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมลักษณ์ เทพสิริยานนท์ และคณะ[16] ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดีตามเป้าหมาย จะปรากฏในกลุ่มความร่วมมือระดับสูง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้รับการสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งและกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ ย่อมเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งที่สามารถควบคุมความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดขึ้นด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ และสามารถติดตามระดับค่าความดันโลหิตได้จากหน่วยบริการสุขภาพใกล้เคียง ดังนั้นการเข้าถึงการตรวจเช็คค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ไม่ลำบากและยังเป็นเครื่องเตือนให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอต่อการทานยาที่ดีขึ้นได้

ปัจจัยเรื่องการอธิบายการใช้ยาโดยบุคลากรทางการแพทย์สม่ำเสมอทุกครั้งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 5.388, 95%CI: 2.747-10.568) จึงกล่าวได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอจะเกิดกับผู้ที่ได้รับการอธิบายการใช้ยาโดยบุคลากรทางแพทย์สม่ำเสมอคิดเป็น 5.388 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการอธิบายเรื่องการใช้ยาเฉพาะครั้งแรกหรือในบางครั้งที่มารับยา ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Edward A และคณะ[17] ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทานยาลดความดันโลหิต ซึ่งพบว่าคุณภาพของการให้คำปรึกษาของแพทย์มีผลต่อการความร่วมมือการทานยาของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการทบทวนหรือได้รับการอธิบายรายละเอียดยานั้นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้น และเห็นความสำคัญของการทานยาที่สม่ำเสมอ

ปัจจัยเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพ พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพดีเหมาะสม คือการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ พบว่ามีเพียงร้อยละ 26.14 เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอ (adjusted OR = 6.940, 95%CI: 2.616-18.410) จึงกล่าวได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาที่สม่ำเสมอจะเกิดกับผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุภาพที่ดีเหมาะสม คิดเป็น 6.94 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saqlain M และคณะ[18] ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประเทศปากีสถาน ซึ่งพบว่าระดับความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 3.369, $p < 0.001$) อีกทั้งสอดคล้องงานวิจัยของ Lor M และคณะ[19] ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชาวสเปน พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อระดับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ (b=0.378, 95%CI: 0.013-0.743, $p = 0.043$) จากผลการวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีเพียงพอและเหมาะสมจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิด

ทักษะความสามารถในเรื่องวินัยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของเวลาและจำนวนผู้มารับบริการตรวจในแต่ละวันที่มีจำนวนมาก จึงอาจไม่เพียงพอต่อการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีในระยะเวลาอันสั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าควรมีการสำรวจระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและแบ่งกลุ่มจัดลำดับในระดับต่าง ๆ เพื่อสามารถออกแบบประเภทกิจกรรม ให้เกิดความเหมาะสมกับทักษะพื้นฐานเดิมผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการเลือกพิจารณาข่าวสารทางสุขภาพที่มีมากในปัจจุบัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีการใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จึงอาจเกิดข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะแตกต่างจากการศึกษานี้

เครื่องมือที่งานวิจัยใช้ประเมินพฤติกรรมความสม่ำเสมอความร่วมมือในการใช้ยาโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ถือเป็นวิธีที่ง่ายในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่อาจจะมีโอกาสที่ได้ข้อมูลไม่แม่นยำนักหากผู้ตอบแบบสอบถามให้การประเมินมากกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษางานวิจัยจะพบว่าเหตุผลหลักสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความร่วมมือการใช้ยาที่ลดลงเกิดจาก การลืมรับประทานยา ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรวิเคราะห์รายละเอียดของยาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมักลืมทาน ว่าเป็นกลุ่มยาชนิดใด มีความซับซ้อนสำหรับการใช้หรือไม่ ช่วงเวลาใดที่มักลืมทานเป็นประจำ

สรุป

ข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเข้ารับการรักษา ณ คลินิกตำรวจ ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการทานยาที่สม่ำเสมอ การมีรายได้ที่เพียงพอ ได้รับการเน้นย้ำและอธิบายเรื่องการใช้ยาจากบุคลากรทางแพทย์ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือการทานยาที่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีเช่นกัน ดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเน้นย้ำและพัฒนาปัจจัยเรื่องการอธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเพื่อช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพันตำรวจเอก นายแพทย์เกริกกมล แย้มประยูร อาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือมาโดยตลอดระยะเวลาการดำเนินวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ 2559.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานกาณ์ผู้สูงอายุไทย พศ2562. สถานการณ์สูงวัยของประชากรไทย 2562.
3. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรคNCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2562.
4. แดน สุวรรณะรุจิ. ปัจจัยกำหนดภาวะ metabolic syndrome ของตำรวจไทย. วารสารประชากรศาสตร์. 2561; 34:72-91.
5. จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อปี 2559-2561. [อินเตอร์เนต]. เข้าถึงเมื่อ 22 ตุลาคม 2562. เข้าถึงจาก: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020&fbclid=IwAR0eL9bN0FS-3grROpwArTbq_BskKaqwxaBQMJ2j0Cm2xZaSiTkxsuH7eHE.
6. กนกเลขา สุวรรณพงษ์, สุภาณี คลังฤทธิ์. การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารแพทย์นาวี. 2562;46:717-31.
7. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์. การจัดการปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. เวชปฏิบัติครอบครัว 3. เชียงใหม่: Box Office Graphic Design; 2562. หน้า. 193-214.
8. Kivimaki M, Batty D, Hamer M, Nabi H, Korhonen M, Huupponen R, et al. Influence of retirement on nonadherence to medication for hypertension and diabetes. Canadian Medical Association Journal. 2013;185:784-90.

9. Ueno H, Ishikawa H, Kato M, Okuhara T, Okada H, Kiuchi T. Factors related to self-care drug treatment and medication adherence of elderly people in Japan. Public Health Res Pract. 2021;2:1-5.
10. Ahlawat R, Tiwari P, Cruz SD. Prevalence and Predictors of Medication Non-Adherence in Patients of Chronic Kidney Disease. J. pharm. care health syst. 2016;3:1-6.
11. Hsu HF, Chen K, Belcastro F, Chen YF. Polypharmacy and pattern of medication use in community-dwelling older adults. J Clin Nurs. 2021;30:918-28
12. กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์, ปณิตา ลิมปะวัฒนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง. วารสารอายุรศาสต์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;5:40-9.
13. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37:186-95.
14. Nonogaki A, Heang H, Yi S, Pelt M, Yamashina H, Taniguchi C, et al. Factors associated with medication adherence among people with diabetes mellitus in poor urban areas of Cambodia. PLoS One. 2019;14(11):e0225000. doi: 10.1371/journal.pone.0225000.
15. Lauffenburger JC, Landon JE, Fischer MA. Fischer. Effect of combination therapy on adherence among us patients initiating therapy for hypertension. J Gen Intern Med. 2017;32:619-25.
16. สมลักษณ์ เทพสิริยานนท์, วีณา จีระแพทย์, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยาและพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุไทยโรคความดันโลหิตสูง. Chulalongkorn Medical Journal. 2554;55:457-72.
17. Edward A, Campbell B, Manase F, Appel LJ. Patient and healthcare provider perspectives on adherence with antihypertensive medications. BMC Health Services Research. 2021;21(834):1-12.
18. Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, et al. Medication adherence and its association with health literacy and performance in activites of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad, Pakistan. Medicina (Kaunas). 2019 18;55(5):163. doi: 10.3390/medicina55050163.
19. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Navarra AM. Association between health literacy and medication adherence among hispanics with hypertension. J Racial Ethn Health Disparities. 2019;6:517-24.