



การศึกษาสาเหตุการนำยาเหลือใช้มาคืนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ
ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ อำเภอวังทอง

Cause of Leftover Drugs in Elderly patients with Chronic disease at
Ruamjai Community health care Wangthong Phitsanulok Province

ชอทธิพย์ จันทรา^{1*} และจินดา ม่วงแก่น¹

Chorthip Chantra^{1*} and Jinda Mounghan¹

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, จังหวัดพิษณุโลก

¹ RN., Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok.

* Corresponding author, E-mail: chorthip@scphpl.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่รับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและนำยาเหลือใช้มาคืนมากกว่า 30 เม็ดต่อชนิด จำนวน 20 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เน้นสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ยาที่เหลือมากที่สุดเป็นยาหลังอาหาร เกิดจากการไม่ได้กินอาหารกลางวัน เพราะกินอาหารมื้อเช้าสายเกินไป การลืมกินยามักเป็นมื้อหลังอาหาร คือ มื้อเช้าจากการไม่กินอาหารเช้า มื้อกลางวันจากการกินมื้อเช้าสายเกินไป และมื้อเย็นกินข้าวแล้วดูโทรทัศน์เพลินจนลืม หรือดื่มสุราจนหลับไป รองลงมาสาเหตุจากผู้ป่วยเบื่อยาจึงไม่กินยา เชื่อว่ายาจะไปทำลายตับและไตจึงไม่กินยาชนิดนั้น และเชื่อว่าไม่กินยาร่างกายยังคงปกติ และเชื่อว่าหากกินยาพร้อมกับเหล้าเบียร์ทำให้ตีกัน นอกจากนี้มีสาเหตุจากผู้ป่วยปรับยาเอง เช่น กินแล้วบวมผู้ป่วยจะกินเพียงครึ่งหนึ่งหรือหยุดกินยาชนิดนั้น ผลการศึกษานี้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ยาเหลือใช้, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive study aimed to study the cause of leftover-drug of elderly patient who has chronic disease and receives the medical services from Ruamjai Community Health Care Center. The sample was 30 elderly patients who returned leftover-drugs more than 20 tablets/type. They were selected by using purposive sampling technique. Research tool was the semi-structure in-depth interview document that was evaluated content by expert.



The results indicated that the most cause of leftover-drugs is fasted lunch due to too late breakfast. Misremember to take the medicine after each meal usually causes from fasted breakfast, fasted lunch due to the late breakfast and fasted dinner because of watching television or drinking alcohol until asleep. The next cause, leftover-medicines causes from patient non-compliance that are composed of bore to take the drugs, believe the medicines having toxic effect on liver and kidney, believe health to be well although no medication and believe alcohol having interaction with drug when taking together. Other causes, patients adjust the medicine treatment by themselves such as they discontinue medication when adverse effects are evident. These results could be the basic information for developing the drug compliance program for elderly patients who have chronic diseases.

Keywords: Leftover-medicine, Chronic disease patient, elderly patient

บทนำ

คาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 เพราะจะมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 โดยระหว่างปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583 สัดส่วนของผู้สูงอายุมิแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ความเป็นผู้สูงอายุมักมีการเสื่อมสภาพของร่างกายตามธรรมชาติร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในอดีต จึงเป็นปัจจัยให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้สูง จากสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2555 พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 อันดับโรคแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง พบในอัตรา 8,957.40, 5,311.50, 1,996.50 และ 1,990.60 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2558) พยาธิสภาพของโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ จึงทำให้มีโรคประจำตัวหลายโรคและมักมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (วินิตดา ดรณถนอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์, 2562) ในการรักษาจึงจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดพร้อมกันและต้องใช้ติดต่อกันนานๆ ซึ่งโอกาสเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาก็จะมีมากขึ้นไปด้วย (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2559) ผู้สูงอายุจึงมีภาวะเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้ยามากไป (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ปัญหาในการใช้ยาของผู้สูงอายุจากการป่วยหลายโรคและใช้ยาหลายชนิด ทำให้เกิดความยุ่งยากในการใช้ยาของผู้สูงอายุ อีกทั้งความจำของผู้สูงอายุก็ตกลง อาจลืมกินยาหรือเกิดความสับสนในวิธีการใช้ยา กินยาไม่ครบ หรือกินยาจำนวนมากเกินไป หรือกินยาผิดเวลา ผิดขนาด ผิดจำนวน ผู้ป่วยบางรายมีการปรับขนาดยาหรือหยุดยาเองจากผลข้างเคียงของยาและความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้เกิดปัญหาในการใช้ยาได้ (ปียวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ และรุ่งทิภา หมั่นปา, 2550; ศศิธร รุ่งสว่าง, 2560; Stegemann et al., 2012) นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาหาเหลือจากการใช้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ใช้ยามิผิดขนาด ผิดเวลา หรือการลืมกินยา เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจำนวนมากไม่น้อยในแต่ละปี ประมาณมูลค่ายาเหลือใช้ทั้งประเทศมีประมาณ 4,000 ล้านบาท (สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ, 2556)



ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ มีจำนวนทั้งสิ้น 602 ราย โดยมี 5 ลำดับแรกดังนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่รวมโรคเบาหวาน 337 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 160 ราย โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 28 ราย โรคเบาหวานไม่รวมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ราย และเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 15 ราย และตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ รพ.วังทอง, 2562) ในการให้บริการคลินิกโรคเรื้อรัง จะมีข้อกำหนดกับผู้รับบริการโดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดงด้วยทุกครั้ง โดยให้เหตุผลว่าอาจมีการเปลี่ยนบริษัทยา ทำให้สีหรือเม็ดของยาเปลี่ยนไป เป็นต้น การนำยาเหลือมาที่คลินิกเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2555 ในโครงการนำยามาแลกไข่จนกระทั่งถึงปัจจุบัน

ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดงโดยสมัครใจ ร้อยละ 54.41 และหักยาที่คืนเป็นมูลค่าเงินถึง 28,891.45 บาท ยาที่คืนมากที่สุดคือยา Metformin 500 mg จำนวน 10,490 เม็ด รองลงมา 4 ลำดับ คือ ยา Amlodipine 5 mg จำนวน 8,470 เม็ด Simvastatin 20 mg จำนวน 7,640 เม็ด Glipizide 5 mg จำนวน 6,900 เม็ด และ ASA 81 mg จำนวน 6,310 เม็ด ตามลำดับ (สมจิตร โชติชัยสุวรรณ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภักทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง และมนูญทองมี (2561) ที่ได้สำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยามาคืนมากที่สุด คือ Metformin 500 mg และ Amlodipine 5 mg เนื่องจากผู้ป่วยกินแล้วเกิดผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ชาบวม ข้อเท้าบวม และไอเรื้อรัง เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ อำเภอวังทอง เพื่อจะได้นำข้อมูลมาการพัฒนาโปรแกรมการให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลวังทองเพื่อพัฒนาระบบการบริหารยาและแก้ปัญหาเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ อำเภอวังทอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ยาเหลือใช้ หมายถึง ยาที่เหลือจากแพทย์สั่งการรักษาในแต่ละครั้งให้กับผู้ป่วย ในการนัดครั้งหนึ่ง ๆ อาจเป็น 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน ซึ่งจะประมาณการใช้จ่ายให้ครบถึงวันนัด

ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไทรอยด์ โรคเกาต์ ไตวาย และโรคพาร์กินสัน

ผลข้างเคียงของยา หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา เช่น ง่วงนอน ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน แสบท้อง หรือมีผื่นขึ้น ชาบวม ข้อเท้าบวม หรือไอเรื้อรัง



วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research design) เพื่อศึกษาสาเหตุ ยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2562 - มกราคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่นำยามาคืนมากกว่า 30 เม็ด ต่อชนิดใดชนิดหนึ่ง ใช้น้ำยาเรื้อรังมากกว่า 5 ชนิด เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน และยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview protocol) เน้นสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 เป็นคำถามเจาะลึกปลายเปิด เพื่อศึกษาสาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ด้านยา และด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกษัชกร และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติชุมชน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการปฐมภูมิเป็นสื่อกลางเพื่อประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในการนัดกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อกำหนดวัน เวลาสัมภาษณ์
2. ในวันนัดสัมภาษณ์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และได้รับคำชี้แจงให้ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น
3. สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลเพื่อศึกษาสาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 – 1.30 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) หลังจากสัมภาษณ์เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จัดเก็บอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำมาถอดเทปอย่างละเอียดแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลจับใจความหลัก จัดกลุ่มข้อมูลแต่ละประเภท พิจารณาเชื่อมโยงความเหมือนและแตกต่าง แล้วจึงนำเสนอข้อค้นพบทั้งหมดในรูปแบบความเรียงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก การเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การปกปิดชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ จนมีความกระจ่างพอที่จะให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัย แล้วขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล



โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดย ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปเรื่องราวที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และช่วยตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 เพศหญิง ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60 - 65 ปี ร้อยละ 70.0 มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 80.0 ใช้ยาโรคเรื้อรัง 5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 50.0 หากรวมยาอื่นที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่มีจำนวน 5 ชนิดขึ้นไปมีถึง ร้อยละ 75.0

2. สาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

สาเหตุผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังนำยาเหลือใช้มาคืน ส่วนใหญ่เกิดจากผู้สูงอายุกินยาไม่สม่ำเสมอ มักเป็นยามื้อหลังอาหาร เช่น ยาหลังอาหารเช้า ผู้ป่วยไม่ได้กินยาเนื่องจากการลืมอาจด้วยสาเหตุภาระงานตอนเช้ามีมากจึงทำงานเพลินไป หรือไม่ได้กินอาหารมื้อเช้าเพราะไม่รู้สึกริว จึงไม่ได้กินยาหลังอาหารเช้า ส่วนยาหลังอาหารมื้อกลางวันผู้ป่วยไม่ได้กินยาเนื่องจากการเลื่อนมื้ออาหาร ผู้ป่วยกินอาหารมื้อเช้าสายมากแล้ว ประมาณ 10.00 - 10.30 น. ถึงเวลาอาหารกลางวันในเวลาที่ยังผู้ป่วยไม่หิวและไม่ได้กินอาหาร จึงไม่ได้กินยาหลังอาหารกลางวัน ส่วนมื้อเย็นเกิดจากการลืมกินยาหลังอาหาร เพราะดูรายการโทรทัศน์ทั้งมวย ข่าว ละคร เมื่อจบรายการเข้านอนทันทีทำให้ลืมกินยามื้อเย็น ดังตัวอย่าง

“ที่ลืมเพราะว่าไม่ได้กินข้าวเช้า ถึงที่ทำงานรับจ้างก็ได้เวลายานเลย ข้าวไม่ได้กินก็เลยไม่ได้กินยา แต่ยาก่อนอาหารไม่ลืมเพราะตื่นมาก็กิน” “ยิ่งช่วงหนาวๆ ไม่หิวข้าวเลย” (P03)

“...ตื่นมาทำงานบ้านหุงข้าว ทำกับข้าว เอาข้าวใส่กล่องให้ลูก ๆ หลาน ไปกินที่ทำงาน มารอใส่บาตร ใส่เสร็จก็รดน้ำต้นไม้ผักหญ้า ช่าง ๆ บ้าน แล้วก็เลยไปซักผ้าต่อ กวาดบ้าน ถูบ้าน กว่าจะได้กินข้าวก็สิบโมงแล้ว กินข้าวเสร็จ รอสักพักก็กินยา ที่นี้ถึงเวลาข้าวกลางวันฉันก็ไม่หิว ไม่กินข้าวก็เลยไม่ได้กินยาหลังอาหาร หิวอะไรก็กินตอนบ่ายแก่ ๆ เกือบเย็นละ ฉันก็คิดว่าไปกินยาตอนเย็นก็แล้วกัน” “ยาที่เหลือก็ยาเบาหวาน เหลือ 10 แผงเลยนี่” (P01)

“...ยาหลังอาหารเช้าและหลังอาหารกลางวัน ไม่ค่อยได้กินเพราะลืมกินเฉพาะมื้อเย็นมื้อเดียว” “ยาเบาหวานเม็ดขาว ๆ นะเหลือเยอะเลย...” (P04)

“..ที่ลืมก็เป็นหลังอาหารเย็น กินข้าวเสร็จ ดูมวย ดูข่าว ดูหนัง เพลิน ลืมกินยา จบก็เข้านอนไปเลย” “ลืงไม่ลืมทุกวันหรือกนะ เดือนละก็ประมาณ 10 วัน 3 เดือน ยาก็จะเหลือสัก 3 แผงได้” (P02)

อีกสาเหตุของการลืมคือผู้ป่วยลืมสูตรตอนเย็นพร้อมอาหาร แล้วลืมกินยา

“...มันลืมนะหโม เพลินไปเลย ตีมหเล้าก็วันละเบน เมา ข้าวไม่ได้กินหรือ กินกับบ้าง ก็รู้ว่ามียากิน ทั้งยาไขมันและยาเบาหวาน แต่มันเมาเลยนอนไปเลย” (P07)

นอกจากสาเหตุการลืม ยังเกิดจากผู้ป่วยมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการรักษาโรคเรื้อรัง เช่น ความเชื่อที่ต้องกินยาจำนวนมาก บางคนมากถึง 8 เม็ดต่อมื้อ และมีความเชื่อว่ากินยามากจะทำให้ไตเสื่อม ตับถูกทำลาย และเชื่อว่าไม่กินยาจะไม่เห็นเป็นโรปร่างกายยังคงปกติ ดังตัวอย่าง



“...ผมเบื่อไม่อยากกินยา เบื่อขึ้นมาผมก็ไม่กิน ทำไมคนอื่นเขาไม่กินไม่เห็นเป็นไร กินเหล้าทุกวัน น้ำตาลตั้ง 300-400 เขายังอยู่ได้ ผมนะถ้าลืมหาก็ลืมไป แต่ก็ระวังเรื่องกินนิดนึง” (P09)

“...ผมลืมหินยา ก็ลืมไป ไม่เห็นเป็นไร เหลือก็เหลือไป” (P10)

“...โอ้ยหมอ...ยามันเยอะ กินทีเป็นกำ ๆ เลย มันเบื่อไม่อยากกิน เบื่อมากก็ไม่กิน ช่างมัน...” (P13)

“...บางทีป้าก็เบื่อ ทำไงได้มันเป็นแล้ว หมอบอกว่าต้องกินตลอดชีวิต ...เบื่อขึ้นมาก็ไม่กินบ้างแต่ไม่บ่อยหรอก พอนึกขึ้นได้ กลัวถูกตัดขาที่จำใจกิน” (P15)

“..กินยามากเขาว่าไตจะเสื่อม ก็เลยกินมั้งไม่กินมั้ง” (P08)

“...บางทีก็ไม่กินเฉย ๆ เขาว่ากินยามากไตจะเสื่อม นี่กินตั้ง 7 - 8 เม็ด เข้าเย็น” (P11)

“...ช่างมันหมอ ก็คงอยู่ไม่นานหรอก กินมากก็ไตเสื่อม เนาะ” (P04)

“ผมไม่กินครับ เพราะเขาบอกกันว่ากินยามากไตเสื่อม โดยเฉพาะยาแคลเซียม มีคนบอกว่าไปจับออกที่ไต ไตจะเสื่อม ผมเลยไม่กิน” (P17)

“ผมต้องตื่นเช้า ตื่นมาก็กินกระตังแดง เอ็มร้อยห้าสิบ กาแฟซอง อย่างน้อยก็ 2 ซอง น้ำตาลผมไม่ลงหรอก หมอว่าทุกที แต่น้ำตาลผมน้อยกว่าคนข้างบ้านนะ เขายังไม่เห็นเป็นไรเลย” (P09)

สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมียาเหลือใช้มาคืนเกิดจากการปรับยาเองของผู้ป่วย เมื่อกินยาแล้วมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวม อาการไอ หรืออาการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยคิดว่าใช่อาการ ที่เกิดจากยา ดังตัวอย่าง

“ป้ากินยาลดความดันแล้วขามันบวม หมอเขาให้กิน 2 เม็ด ป้าเลยกินแค่เม็ดเดียว พอกินเม็ดเดียวแล้วขามันก็หายบวมนะ” (P14)

“ผมปวดหลัง หลังจากกินยาไขมันเม็ดใหญ่ ผมเลยหยุดกิน พอหยุดกินก็เบาปวดขา เลยไม่กินเลย” (P16)

“ป้ากินยาแคลเซียม กินแล้วท้องอืด แน่นท้อง ก็เลยหยุดกิน...” (P18)

สาเหตุจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังนำยาที่เหลือใช้มาคืนอีกประการหนึ่งเกิดจากการกินยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การกินไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา ดังตัวอย่าง

“ยาลดความดันทั้ง 2 ตัว ตัวนี้ ให้กิน 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหารเช้าเย็น ป้าก็กิน 2 เม็ด เวลาเช้าเลย ส่วนตัวนี้ให้กินครึ่งเม็ด 2 เวลาหลังอาหารเช้าเย็น ป้าก็กิน 1 เม็ด เวลาเช้าทีเดียว อีกอย่างยาที่ให้แบ่งครึ่งเม็ดนี้ มันแบ่งยาก ยาเม็ดชนิดเดียวหัก ก็หักไม่ได้ กินหมดเม็ดเลยแล้วกัน” “ไม่เป็นไรหรอก ป้ากินแบบนี้มานานละ ไม่เห็นเป็นไรเลย” (P18)

“ที่ป้ากินยามื้อเช้าเลยทีเดียวเพราะว่าป้ากินเปียร์ตอนเย็นทุกวัน วันละ 2 ขวด ถ้ากินยาไปด้วยเดี๋ยวมันจะตีกันกับเปียร์” “ป้าไม่รู้ล่ะ ว่าการกินยาถ้ากินแบบควบไปเลยนะมันจะเป็นยังไง..... กินแล้วก็เฉย ๆ” (P19)

“ลุงไม่รู้ว่าเขาให้กิน 2 เม็ด เคยกินเม็ดเดียวก็กินมันเม็ดเดียวตลอด” “คงมาเพิ่มครั้งสุดท้ายนี้น้ำตาลผมขึ้นหมอเลยเพิ่มยา แต่ผมก็ลืม ไม่ได้ดูของว่าเขียนอะไร ผมก็กินตามความเคยชิน ว่าแล้วทำไมยาเหลือเยอะจัง” (P20)



สรุปและอภิปรายผล

สาเหตุยาเหลือใช้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมมือ ผลการศึกษาพบว่า เกิดจากการลืมกินยาซึ่งมักเป็นมือหลังอาหาร ผู้ป่วยเบื่อและเชื่อว่ายาจะไปทำลายตับและไตจึงไม่กินยา และยังเชื่ออีกว่าหากกินยาพร้อมกับเหล้าเปียร์ทำให้ตีกันจึงไม่กินยา นอกจากนี้มีสาเหตุจากผู้ป่วยปรับยาเอง เช่น กินแล้วบวม ปวดขา หรือกินข้าวไม่อร่อยผู้ป่วยจะกินเพียงครั้งหนึ่งหรือหยุดกินยาชนิดนั้น

การมียาเหลือใช้ที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังนำมาคืน ปัญหาการลืมกินยา เป็นปัญหาที่สำคัญของความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการลืมเป็นอุปสรรคของความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ (Chambers et al., 2011; Sanduzzi, Ballo, Candoli, Catapano, Contini, Mattei, et al., 2014; คเชนทร์ ชนะชัย, 2558; ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559; ญัฐวรรณ ชัยมีเชียว และสุภาพัทตร์ หาญกล้า, 2560; นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข, 2561; ชมพูนุท พัฒนจักร, 2562) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมลง โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาที่ต้องอาศัยทักษะทางร่างกายและการรู้คิดควบคู่กัน ยาที่ใช้ก็มีหลายขนานทำให้บกร่องในการกินได้ (พนิดา ไกรนรา และคณะ, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าการลืมกินยาอาจจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุและพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการจดจำที่ลดลงของผู้ป่วย และการศึกษาของสมลักษณ์ สุริยานนท์ (2553) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรคใช้ยาหลายขนานอาจสับสนในการจัดการยา หรือเมื่อออกไปนอกบ้านไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วยจึงไม่ได้กินยา กลับมาจึงมากินยาหรือข้ามมื้อนั้นไปเลย (ญัฐวรรณ ชัยมีเชียว และสุภาพัทตร์ หาญกล้า, 2560; ชมพูนุท พัฒนจักร, 2562)

การเบื่อยาไม่ยอมกินยา ไม่สนใจในเหตุผลของการใช้ยาจะเกิดได้เมื่อผู้ป่วยใช้ยาไปสักระยะหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคต้องใช้ยาหลายชนิด และในรายที่ต้องจัดยาเองทำให้ผู้สูงอายุเกิดความยุ่งยาก สับสนในการจัดยา ทำให้เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการกินยารักษาโรค หรือรายที่ต้องพึ่งพาคนอื่นสูงยิ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการรักษามากขึ้นไปอีก (แสงเดือน อภรัตน์วงศ์, 2551; ชนิดถา พลอยเลื่อมแสง และคณะ, 2555; ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2559; Elliott, R.A. & Marriott, J.L., 2010) นอกจากนี้ความเชื่อที่ว่ากินยาหลายขนานจะมีผลต่อดับและไต ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยา หรือเลือกกินยาบางชนิดเท่านั้น จึงทำให้มียาเหลือจำนวนมาก (แสงเดือน อภรัตน์วงศ์, 2551; ชนิดถา พลอยเลื่อมแสง และคณะ, 2555; ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559; นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข, 2561; ชมพูนุท พัฒนจักร, 2562) ความเชื่อในผลของการกินยามากทำให้ไตเสื่อมหรือตับถูกทำลายเป็นความกังวลอย่างหนึ่งในการกินยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา จะให้ความร่วมมือในการกินยาลดลง (Ross, Walker & MacLeod 2004; Mann, Ponienan, Leventjal, & Halm, 2009)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมียาเหลือใช้มาคืนที่เกิดจากการปรับยาเองของผู้ป่วย เมื่อกินยาแล้วมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวม อาการไอ หรืออาการอื่น ๆ จากการศึกษาของพุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร ศิระพร ทองโปร่ง และมณูญ ทองมี (2561) ที่ได้สำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเรื้อรังโรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำยามาคืนมากที่สุดคือ Metformin 500



mg และ Amlodipine 5 mg เนื่องจากผู้ป่วยกินแล้วเกิดผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ขาบวม ข้อเท้าบวม และไอเรื้อรัง นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข (2561) ศึกษาการกินยา ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเคยเพิ่ม ลด หรือหยุดใช้ยาเอง ร้อยละ 23.1 พฤติกรรมเหล่านี้ เกิดจากไม่ทราบถึงความสำคัญของการกินยาให้ถูกต้อง ไม่ทราบถึงผลของการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือด หรือควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะทำให้เกิดผลเสียตามมาอย่างไร เช่นเดียวกับการศึกษา ของ ชไมพร กาญจนกิจสกุล (2559) ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการ ใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า เมื่อเกิดผลข้างเคียงผู้ป่วยก็มักจะหยุดยาเอง หรือในบางคน เมื่อไม่มีอาการก็จะหยุดใช้ยา และจะใช้ยาเมื่อมีอาการเท่านั้น หรือในบางรายอาจปรับยาตามกิจวัตร ประจำวันของตน ทำให้ช่วงระยะเวลาที่ได้รับยาเปลี่ยนแปลงไปอาจส่งผลต่อโรคได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาจะให้ความร่วมมือในการ รับประทานยาลดลง (Ross, Walker & MacLeod 2004; Mann, Ponienan, Leventjal, & Halm, 2009) และผู้ป่วยหยุดกินยาเพราะผลข้างเคียงของยา (วิวัฒน์ ถาวรวัฒนยงค์ และคณะ, 2555; ปราณิศา นิมอณรงค์, 2557)

การใช้ยาไม่ถูกขนาด นอกจากจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควรแล้ว ยังอาจทำให้เกิดอันตราย ต่อผู้สูงอายุได้ ประกอบกับกินยาหลายขนานพร้อมๆ กันอีก ทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์มากขึ้นไป ด้วยตามจำนวนชนิดของยาที่ใช้ (ชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2559; วินิตดา ดรณณอม จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์, 2562)

การที่ผู้ป่วยไม่ทราบประโยชน์ของการกินยาที่ถูกต้อง หรือไม่ทราบความรุนแรงของโรคที่เกิดจาก การกินยาไม่ถูกต้อง ทำผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการกินยา สอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือ ในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของศรिता ประกอบชัย และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) และการรับรู้ ประโยชน์หรือคุณค่าของยาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเกาะติดยา หรือการกินยาอย่างสม่ำเสมอ (อัญชลี ชูติธร, 2556)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรสร้างความตระหนักกับผู้ป่วยในการกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ในการ รักษาโรค ด้วยการอธิบาย ทำความเข้าใจ อย่างมีคุณภาพทั้งกับตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล ย้ำถึงผลเสียหรือ ความรุนแรงของโรคเมื่อกินยาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องอธิบายถึงการขบถ่ายยา ผลของการดื่มสุรา เพื่อลดความเข้าใจผิดของผู้ป่วย รวมถึงอาการข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้นหากมีปัญหาให้นำยามาปรึกษา แพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาใหม่ทันทีเพื่อผลการรักษาที่ต่อเนื่อง

2. ทีมเยี่ยมบ้านติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลช่วยดูแล ผู้สูงอายุกินยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง ให้ความสนใจเอาใจใส่ผู้สูงอายุด้วยความกตัญญู



เอกสารอ้างอิง

- คเชนทร์ ชนะชัย. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 11 (2), 287-91.
- ชนัดดา พลอยล้อมแสง ปารีโมก เกิดจันทิก กุสุมา ชุ่นกลาง ปกรณ์ วรสินธุ์ และปรัชญา เขตเจริญ. (2555). ปัญหาการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุชุมชนบ้านมะกอก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. (ฉบับพิเศษ), 803-812.
- ชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 25(2), 192-202.
- ชมพูนุท พัฒนจักร. (2562). การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม**. 16(3), 13-21.
- ณัฐวรรณ ชัยมีเชียว และสุภาพัทตร์ หาญกล้า. (2560). “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน”, ใน **การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่นคั่ง และยั่งยืน”** วันที่ 26-27 กรกฎาคม 2560 ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication nonadherence). **วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์**, 7(1), 1-18.
- นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิศัพทสุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 36(3), 33-41.
- ปราณีศา นิมอนงค์. (2557). สาเหตุของยาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี. **ชลบุรี : เอกสารอัดสำเนา**.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรนกกทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 8(1), 16-26
- ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภิตา สิทธิหล่อ และรุ่งทิวา หมิ่นปา. (2550). ความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด: กรณีศึกษา ณ คลินิกพิเศษอายุรกรรม. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล**. 17(3), 223 -230.
- พนิดา ไกรนรา, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรกิจ นาทีสุวรรณ และธีระศักดิ์ แก้วอมตะวงศ์. (2554). การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. **รามาศิษย์วารสาร**. 17(2), 287-304.
- พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร, ศิระพร ทองโปร่ง และมนูญ ทองมี. (2561). ผลการสำรวจยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์. **วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล**. 3(1), 119-125.



- มะยาชิน สาเมาะ. (2551). **ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบล ปุยกต์ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสร้างเสริมสุขภาพ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วินัดดา ดรณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. (2562). ความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบลห้วยม อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. **เชียงรายเวชสาร**. 11 (1), 19-27.
- วิวัฒน์ ถาวรวัฒน์นงศ์ และคณะ. (2555). การสำรวจยาเหลือใช้และปัจจัยที่เป็นสาเหตุ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 21 (6), 1140-1148.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**. 18(3), 6-23.
- ศรัทธา ประกอบชัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 32(3), 43-51.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจ โรงพยาบาลวังทอง, (2562). **รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2562**. พิษณุโลก: เอกสารอัดสำเนา.
- แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. (2551). **การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิตร โชติชัยสุวัฒน์, (2562). **สรุปผลโครงการนำมาเหลือใช้มาคืนในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก**. พิษณุโลก: เอกสารอัดสำเนา.
- สมชัย วงศ์ทางประเสริฐ, (2556). **ห่วงคนไทยใช้ยาผิดวิธีแนะแอปบันทึกอาการแพ้**. สืบค้นเมื่อ 6 ธันวาคม 2562, จาก http://22www.hfocus.org/topics/สมชัย_วงศ์ทางประเสริฐ.
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2553). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). **รายงานประจำปี 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). **กลุ่มโรค NCDs**. สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2561 จาก <http://www.Thaihealth.or.th>
- อัญชลี ชูติธร. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย**. 6(2), 25-34.
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. **British Journal of Health Psychology**. 16 (3), 592-609.



- Elliott, R.A. & Marriott, J.L. (2010). Review of Instruments used in clinical practice to assess patients' ability to manage medications[Electronic Version]. **Journal of Pharmacy Practice and research**. 40(1), 36-41.
- Mann, D., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications:the role of disease and medication beliefs. **Journal of Behavioral Medicine**. 32(3), 278-284.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptionsand treatment beliefs. **Journal of human hypertension**. 18(9), 607-613.
- Sanduzzi, A., Balbo, P., Candoli, P., Catapano, G. A., Contini, P., Mattei, A., ..., Anna, A.S. (2014). COPD: Adherence to therapy. **Multidisciplinary Respiratory Medicine**, 9 (1), 1-9.
- Stegemann, S. et al. (2012). Adherencemeasurement systems and technology for medicationsin older patient populations. **European Geriatric Medicine**. 3(4), 254- (1), 1-18. 260.