

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ
แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน

19 S.A. 2539

ปริญญาพันธ์
ของ
สาตี พิฤทธอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

B. 51823

h 123015

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(รศ.สุจินต์ ปรัชามารต)

..... กรรมการ

(รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(รศ.สุจินต์ ปรัชามารต)

..... กรรมการ

(รศ.ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ.คิมพัทรี ไคยดีเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.กิริฎกา พูลสุวรรณ)

วันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2539

ประกาศศุภผลการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือและแนะนำอย่างดียิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ รองศาสตราจารย์วิสิทธิ์ สิทธิกร คณะกรรมการ
ควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ และอาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ ซึ่งเป็นกรรมการที่แต่งตั้ง
เพิ่มเติม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ นายแพทย์สมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร
นายแพทย์สมบุญ เศรษฐมห อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร และคุณนันทวัน จาตุรันต์วิชัย
ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือจนผู้วิจัยสามารถทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี
ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลตากสิน และผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ช่วยเหลือ
ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ รวมทั้งพี่น้อง และเพื่อน ๆ ทุกคนที่ได้
ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจ สนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา อนึ่งคุณความดีและประโยชน์
ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ที่พึงมี ขอกราบบูชาพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ครู อาจารย์ที่ผู้วิจัยเคารพ
ทุกท่าน

สาส์น พิกุลทอง

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
กำเนิด	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
ข้อตกลงเบื้องต้น	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	15
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	15
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	72
การวิจัยในประเทศ	72
การวิจัยในประเทศไทย	74
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	85
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	88
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	88
ประชากร	88
กลุ่มตัวอย่าง	88
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	90
ลักษณะของเครื่องมือ	90
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	90
เกณฑ์ในการให้คะแนน	91

การหาคุณภาพของเครื่องมือ	92
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	93
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	93
สถิติที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	95
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาครั้งนี้	 101
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	101
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	101
การวิเคราะห์ข้อมูล	101
ผลการศึกษาค้นคว้า	102
 5 บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	 142
บทย่อ	142
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	142
วิธีดำเนินการวิจัย	142
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	142
การวิเคราะห์ข้อมูล	143
สรุปผลการค้นคว้า	144
อภิปรายผล	148
ข้อเสนอแนะ	163
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	163

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม	165
ภาคผนวก	175
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์	176
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	179
ภาคผนวก ค ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกแบบสัมภาษณ์	193
ประวัติย่อของผู้วิจัย	197

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของโลกและของประเทศพัฒนาแล้ว กับประเทศกำลังพัฒนา ระหว่างปี พ.ศ. 2493 - 2568	4
2	ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ	5
3	ขยายอดนิยม 10 ชนิดที่ควรรู้จัก จำแนกตามสรรพคุณ วิธืใช้ ผลข้างเคียง ข้อเสนอแนะ และข้อควรระวัง	36
4	การเปลี่ยนแปลงของการดูดซึมและการขับออกของยาในผู้สูงอายุ	67
5	แสดงยาสาคัญบางชนิดที่อาจทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ	68
6	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มงานและเพศ	89
7	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค	103
8	คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการารั้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ	107
9	คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการารั้ยาของ ผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามเพศ	108
10	คะแนนเฉลี่ย และความเป็ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการารั้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม กลุ่มอายุ	109
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการารั้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม กลุ่มอายุ	110

12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน	111
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน	112
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน	113
15	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม ระดับการศึกษา	114
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม ระดับการศึกษา	115
17	ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	116
18	ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	117
19	ผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	118
20	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม สถานภาพการสมรส	119
21	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพการ สมรส	121
22	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน	122

23	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน	123
24	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม อาชีพ	124
25	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม อาชีพ	126
26	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน	127
27	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน	128
28	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน	129
29	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม ฐานะทางเศรษฐกิจ	130
30	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามฐานะ ทางเศรษฐกิจ	132
31	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน	133
32	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน	134
33	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับ การรับยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน	135

34	คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม สถานภาพของผู้ดูแล	136
35	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตาม สถานภาพของผู้ดูแล	138
36	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน	139
37	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับ การใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน	140
38	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอาการของโรค	141

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กระจายยาจากสถานที่ต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนผู้บริโภครวม 2	2
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 21	21

บทที่ 1

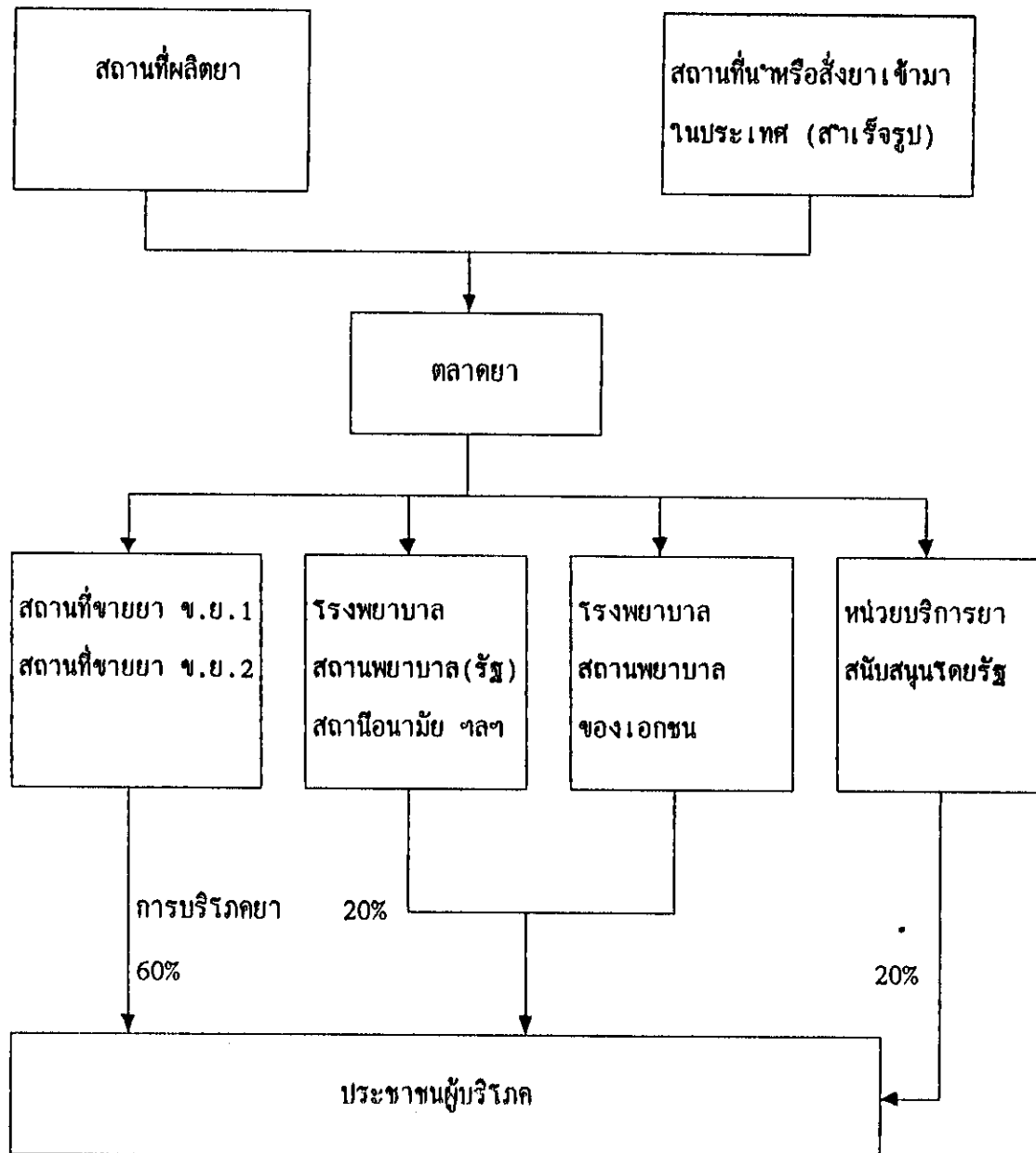
บทนำ

บทนำ

ยารักษาโรคเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น และเป็นปัจจัยหนึ่งงานปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิต ในสภาพสังคมปัจจุบันแม้แต่ความสับสนวุ่นวาย มีทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสังคม ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดีทางเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย การนำยารักษาโรคมาใช้เป็นวิธีทางหนึ่ง ซึ่งมนุษย์เลือกนำมาใช้ ยาจึงนับว่ามีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อมนุษย์อย่างมากมายมหาศาล

ปัจจุบันพบว่า มียาจีนทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขถึง 20,000 - 30,000 ตำรับ ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้วิจัย และประกาศว่ายาที่จำเป็นสำหรับใช้ทางการแพทย์มีเพียง 200 กว่าตำรับ คนไทยจึงมียาเลือกใช้มากมายเกินความจำเป็น และจากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแจ้งว่า อัตราการบริโภคนยาของคนไทยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 12 - 15 ต่อปี คือ ปี พ.ศ. 2536 คนไทยบริโภคนยามูลค่าไม่ต่ำกว่า 13,000 ล้านบาท เฉลี่ยคนละประมาณ 260 บาทต่อปี แต่สุขภาพของคนไทยมิได้ดีขึ้นตามอัตราการบริโภคนยาที่เพิ่มขึ้น พบว่า ร้อยละ 55 ของมูลค่ายาเป็นการบริโภคนยาเกินความจำเป็น (สาส์น ใจดี. 2529 : 151) และจากรายงานศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พาราเซตามอลเกินขนาดในปีหนึ่ง ๆ มากกว่า 300 คน (ประชา เอมอมร. 2533 : 300/1422)

ปัญหาการนำยาที่พบในประเทศไทยคือ คนไทยสามารถซื้อยาจากร้านขายยาได้สะดวก สมายไม่ว่าจะเป็นยาประเภทที่มีอันตราย โรคยาไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคหรือสั่งยาโดยแพทย์ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



หมายเหตุ ข.ย. 1 หมายถึง ขายยาแผนปัจจุบัน

ข.ย. 2 หมายถึง ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย
หรือยาควบคุมพิเศษ

ภาพประกอบ 1 กระจายยาจากสถานที่ต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนผู้บริโภค

ที่มา : วิวัฒน์ วรภัย. "แนวทางการดำเนินงานเพื่อสัมฤทธิ์ผลต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด
ทางที่ผิด (Drug Abuse) ของผู้บริโภค," เอกสารทางวิชาการ. กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2530. หน้า 19.

จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติประชากรโลกปี พ.ศ. 2518 มีประชากร 4.1 พันล้านคน มีประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จำนวน 346 ล้านคน คาดคะเนตามหลักประชากรศาสตร์ จะเพิ่มขึ้นเป็น 8.2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 กล่าวคือ เมื่อถึงปี พ.ศ. 2543 จะมีประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 590 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,121 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 แสดงว่าในช่วง 50 ปี ที่จำนวนประชากรโลกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 นั้น ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 224 เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น พร้อม ๆ กันทุกประเทศทั่วโลก (วิจิตร บุญะโหดระ. 2535 : 4 ; อ้างอิงมาจาก Population Division of the United Nations. 1988) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของโลก และของประเทศพัฒนาแล้ว
กับประเทศกำลังพัฒนาระหว่างปี พ.ศ. 2493 - 2568

พื้นที่	กลุ่มอายุ	จำนวนประชากร (ล้านคน)			
		พ.ศ.2493	พ.ศ.2518	พ.ศ.2543	พ.ศ.2568
ทั่วโลก	60 - 69	133	208	338	656
	70 - 79	65	106	193	354
	80 ปีขึ้นไป	15	32	60	111
ภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว	60 - 69	56	93	119	162
	70 - 79	3	53	81	109
	80 ปีขึ้นไป	8	19	30	44
ภูมิภาคที่กำลังพัฒนา	60 - 69	78	115	219	494
	70 - 79	35	53	111	245
	80 ปีขึ้นไป	7	13	29	67

ที่มา : วิจิตร บุญยะโหดระ. 2535. หน้า 44 ; อ้างอิงมาจาก Population Division
of the United Nations. 1988.

สำหรับประเทศไทยถึงแม้ว่าจะอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาแต่การสำรวจประชากรพบว่า อัตราผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 2.5 ล้านคน หรือร้อยละ 5 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2543 ประชากรผู้สูงอายุจะมีประมาณ 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 7.4 ของประชากรทั้งสิ้นประมาณ 65 ล้านคน (วิจิตร บุญยะโทตระ. 2535 : 5 - 6 ; อ้างอิงมาจาก The National Committee on Aging of Thailand Royal Government. 1982) ประชากรผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจพบปัญหาสิ่งสำคัญมากมาย เนื่องจากสภาพการเสื่อมทรามของร่างกาย และจิตใจตามวัย โดยเฉพาะด้านสุขภาพนั้นมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

จากการศึกษาของ นิสา ชูโรต แห่งสถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2525 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากมาย (วิจิตร บุญยะโทตระ. 2535 : 46 ; อ้างอิงมาจาก นิสา ชูโรต. 2525) ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

สุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ (ร้อยละ)		
	ชาย	หญิง	รวม
สุขภาพดี	1.79	14.8	32.7
สุขภาพไม่ค่อยดี แต่ไม่ได้เป็นอะไรโดยเฉพาะ	20.3	30.1	50.4
บางครั้งป่วยจนต้องล้มหมอนนอนเสื่อ	6.3	8.3	14.6
ป่วยล้มหมอนนอนเสื่อตลอดเวลา	0.8	1.1	1.9
ไม่ทราบ - ไม่ตอบ	0.2	0.2	0.4
รวม	45.5	54.5	100

ที่มา : วิจิตร บุญยะโทตระ. 2535. หน้า 46 ; อ้างอิงมาจาก นิสา ชูโรต. 2525.

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีเพียงร้อยละ 32.7 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีหรือมีปัญหาสุขภาพสูงถึงร้อยละ 66.9 ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยก็มักไปพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโรค และรับการตรวจรักษาจากแพทย์หรืออาจแก้ปัญหาด้วยการซื้อยามารับประทานเองโดยมิได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือสั่งยาโดยแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นกรณีใดก็ตามถ้าประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนทางด้านสุขภาพมากมาย มีโอกาสใช้ยาสูงกว่าวัยอื่น ๆ ความผิดพลาดจากการใช้ยา และโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากยา ย่อมสูงตามมาด้วย ดังที่ วิจิตร บุญยะโทตระ (2535 : 192) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้ยาผิดพลาดในอัตราสูงถึงร้อยละ 80 โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ใช้ยาไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ รับประทานยาผิดขนาดและผิดเวลา ความผิดพลาดจากการใช้ยาสัมพันธ์กับอายุ จำนวนยาที่ได้รับ และที่สำคัญที่สุดคือ สัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่ต้องรับประทานยาต่อวัน ถ้ามีการใช้ยาเกิน 3 ชนิดขึ้นไป ความผิดพลาดในการรับประทานยาจะเกิดขึ้นถึงร้อยละ 80 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้นด้วย รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และอาจเนื่องจากความขราหลงลืม หรือการเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองแล้ว

ความผิดพลาดจากการใช้ยาของผู้สูงอายุมากขึ้นเท่าใด อันตรายที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากยา ย่อมสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว อันตรายที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากยาจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2 - 3 เท่าของวัยหนุ่มสาว เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุจะได้รับจากยาจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงจะมีผลกระทบต่อการบวนการเปลี่ยนแปลงยาที่สลับซับซ้อนทางชีวภาพของยาที่ได้รับ กล่าวคือ ประสิทธิภาพของการดูดซึมยา และการกำจัดพิษยาในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลง (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2535 : 15) การดูดซึมยาและการกำจัดพิษยาในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลงเนื่องจากสภาพทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงดังนี้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการย่อยอาหาร กรดน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะอาหารสูญเสียความยืดหยุ่น และเลือดที่มาเลี้ยงกระเพาะอาหารลดลง มีผลทำให้การดูดซึมยาเข้าสู่กระแสเลือดลดลงด้วย และประสิทธิภาพในการกำจัดพิษยาลดลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากการทำงานของตับและไตลดลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุตับจะมีขนาดและน้ำหนักลดลง น้ำย่อยในตับลดลง การทำลายพิษจากยาได้น้อยลง ส่วนการทำงานของไตพบว่า เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี การทำงาน

ของไตจะลดลงร้อยละ 1 ต่อปี และเมื่ออายุ 65 ปี การทำงานของไตจะตกต่ำที่เพียง ร้อยละ 40 - 50 เท่านั้น เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาวมีผลทำให้การกำจัดพิษยาลดลงด้วย (วิจิตร บุญยะโทตระ. 2535 : 19 - 20)

โรงพยาบาลตากสิน เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนทั่วไปมี สุขภาพดี โรงพยาบาลตากสินได้เล็งเห็นความสำคัญทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และดำเนินงาน ตามนโยบายของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีคุณภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ได้ดำเนินงาน และจัดทำ โครงการเกี่ยวกับการพัฒนาบริการผู้สูงอายุ อันประกอบด้วยการรักษาพยาบาลการป้องกัน การ ส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนทั้งในเขต และนอกเขตกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินงานและจัดตั้งหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ 2 รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ปัจจุบันมีสมาชิก ทั้งสิ้น 458 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการร่วมสังสรรค์แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ พร้อมทั้งมีบทบาท และมีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม

รูปแบบที่ 2 การบำบัดรักษาผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการ ด้านสุขภาพอนามัยอย่างครอบคลุมทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ให้บริการตรวจรักษา และฟื้นฟู สภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ โดยจัดบริการให้สะดวกรวดเร็ว มีช่องทางลดขั้นตอนการ รักษาและการจ่ายยา

จากการดำเนินงานการพัฒนาบริการผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2536 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 90,746 ราย เป็นประเภทผู้ป่วยนอก 73,665 ราย และผู้ป่วยใน 17,081 ราย รวมมูลค่า ในการสงเคราะห์ผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 35,032,701.22 บาท (กองวิชาการสำนักงานการแพทย์. 2535 : 38 - 40)

จะเห็นว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีร่างกายเสื่อมลง มีปัญหาสำคัญมากมายโดยเฉพาะ ด้านสุขภาพนั้นมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้มาก และต้องการการดูแลรักษาเอาใจใส่มากกว่า

บุคคลในวัยหนุ่มสาว รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล และดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้พบเห็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากเข้ามาใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และได้รับยาครั้งละหลาย ๆ ชนิด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มา เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำปรึกษา และหาทางป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดจากการใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ตลอดจนหาแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน และประชาชนทั่วไป
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ใช้ประโยชน์ในการหาทางป้องกันความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้ยา
3. ใช้เป็นข้อมูลเพื่อเสนอแนะให้โรงพยาบาลได้จัดตั้งหน่วยบริการให้คำปรึกษา เรื่องยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน
4. เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสินทั้งสิ้น 6 กลุ่มงาน ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก จักษุวิทยา โรคผิวหนัง นารีเวช และทันตกรรม

2. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และต้องมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการสื่อสารความเข้าใจกันดี ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิต และเป็นผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งจะมีผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการประมาณ 57,172 คน เป็นผู้สูงอายุชายจำนวน 25,788 คน และผู้ป่วยสูงอายุหญิงจำนวน 31,384 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามกลุ่มงาน และเพศ (Proportional Stratified Sampling) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มารับบริการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2538 จำนวน 400 คน เป็นผู้สูงอายุชาย จำนวน 179 คน และผู้ป่วยสูงอายุหญิงจำนวน 221 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) มีดังนี้

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 สถานภาพการสมรส
- 1.5 อาชีพ
- 1.6 ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 1.7 สถานภาพของผู้ดูแล
- 1.8 กลุ่มอาการของโรค

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- 2.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
- 2.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา
- 2.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีการพัฒนาตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง มีความเสื่อมลงตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า และเป็นผู้ที่เป็นโรคได้ง่าย (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 4)
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งชายและหญิง เป็นผู้ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาจากแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน และมารับบริการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2538
3. ยา (โสสด รักษุศล และธนารัตน์ รักษุศล. 2522 : 2) ได้ให้ความหมายของยาตามพระราชบัญญัติยาไว้ดังนี้

3.1 วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษาป้องกัน โรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องไฟฟ้า เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือ ที่ใช้ในการนั้น

3.2 วัตถุที่มุ่งหมายทำให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

4. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา หมายถึง การแสดงออกหรือการปฏิบัติของ บุคคลในเรื่องเกี่ยวกับการรักษา ทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยเน้น ความสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ (ธนวรรณ อัมสมบูรณ์. 2532 : 38)

4.1 ความรู้เกี่ยวกับการรักษา หมายถึง การรู้ การเข้าใจ และสามารถบอก ได้ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาในด้านประเภทของยา อันตรายจากการรักษา หลักการรักษา และ วิธีการเก็บรักษายา เป็นต้น

4.2 เจตคติเกี่ยวกับการรักษา หมายถึง ความรู้สึก ทำที่ ความคิดเห็น ความ เชื่อต่อการรักษาเชิงประเมินค่า

4.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา หมายถึง การประพฤติ การกระทำ ซึ่งเป็น พฤติกรรมภายนอก สามารถสังเกตได้และวัดได้ ด้วยการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระลึกถึงเหตุการณ์ที่ กระทำครั้งล่าสุดหรือกำลังปฏิบัติอยู่

5. แผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง แผนกที่ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยมิได้พักค้างคืนในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ทั้งสิ้น 6 กลุ่มงานดังนี้

5.1 อายุรกรรม

5.2 ศัลยกรรม

5.3 ศัลยกรรมกระดูก

5.4 จักษุวิทยา

5.5 โสต ศอ นาสิก

5.6 ทันตกรรม

6. โรงพยาบาลตากสิน หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สังกัด
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร กระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ให้การรักษายาบาลแก่ประชาชน
ทั่วไป

7. อายุ หมายถึง อายุของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลตากสิน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ตามการพัฒนากายของผู้สูงอายุ (วิจิตร บุญะโหดระ.
2535 : 45 ; อ้างอิงมาจาก Population Division of the United Nations. 1988)
ดังนี้

7.1 อายุ 60 - 69 ปี

7.2 อายุ 70 - 79 ปี

7.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป

8. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาที่สูงที่สุดของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ
ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มี 4 ระดับดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 85 - 86)

8.1 ไม่ได้เรียน หรือไม่สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

8.2 สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา

8.3 สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา

8.4 สำเร็จการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา

9. สถานภาพการสมรส หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของสถานภาพการสมรสในปัจจุบัน
ของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน แบ่งออกได้ดังนี้
(บรรลุ ศิริพานิช. 2528 : 180 - 181)

9.1 โสด

9.2 คู่ (อยู่รวมกัน)

9.3 คู่ (แยกกันอยู่)

9.4 หม้าย

10. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพในปัจจุบันของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ
ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน แบ่งออกได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
2534 : 6)

- 10.1 ไม่มีอาชีพ หมายถึง ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน
- 10.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน
- 10.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย
- 10.4 ค้าขายหรือธุรกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด
- 10.5 ข้าราชการบำนาญ บำนาญ หมายถึง ผู้ที่เคยประกอบอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ

11. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการ ตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน เป็นรายได้จากเงินเดือน รวมทั้งรายได้พิเศษอื่น ๆ (เสาวภา วิจิตวาทย์. 2527 : 62)

- 11.1 ไม่มีรายได้
- 11.2 ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
- 11.3 2,000 – 5,000 บาทต่อเดือน
- 11.4 สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

12. สถานภาพของผู้ดูแล หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาอาศัยให้ การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น การพาไปพบแพทย์ การดูแลให้รับประทานยา ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้ (สมพร อินแก้ว. 2532 : 27)

- 12.1 ตนเอง
- 12.2 บุตร
- 12.3 คู่ครอง
- 12.4 ญาติ
- 12.5 คนอื่น ๆ (ระบุ).....

13. กลุ่มอาการของโรค หมายถึง การแบ่งประเภทของโรค ซึ่งมิลเลอร์ (Miller. 1970 : 432) ได้แบ่งกลุ่มอาการของโรคออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

13.1 โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น หรือเลวลงอย่างรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่าหรือน้อยกว่าโรคเฉียบพลัน และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เพราะโรคเรื้อรังบางโรคสามารถรักษาให้หายได้

13.2 โรคเฉียบพลัน หมายถึง โรคที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่าหรือน้อยกว่าโรคเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งเป็นหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
2. ความรู้เรื่องยา แบ่งออกเป็น
 - 2.1 ความหมายของยา ประเภทของยา และรูปแบบของยา
 - 2.2 อันตรายจากการใช้ยา
 - 2.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา
 - 2.4 หลักการใช้ยา
 - 2.5 ยาสำคัญและจำเป็นต้องใช้บ่อย 10 ชนิด ที่ควรรู้จัก
 - 2.6 วิธีการเก็บรักษายา
 - 2.7 ปัญหาจากการใช้ยา
3. สุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 3.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 3.4 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - 3.5 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
4. ยากับผู้สูงอายุ
 - 4.1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงยาในผู้สูงอายุ
 - 4.2 ยาสำคัญบางชนิดที่มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ
 - 4.3 หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 580) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532 : 38) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณีซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันคือ

ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่สอง เป็นการงดเว้นหรือไม่แสดงออกในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้แสดงให้ปรากฏในสภาพต่าง ๆ 2 สภาพด้วยกัน

ประการแรก เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประการที่สอง เป็นการแสดงออกให้เห็นในด้านสภาพหรือในรูปของความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งที่ท่าที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

บลูม (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นกิจกรรมบางประเภทที่มนุษย์กระทำอาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเริ่มจากความรู้ระดับง่าย ๆ จากความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในทางสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้จะสามารถอธิบายถึงสาเหตุของโรคได้ ประเมินได้ว่าการปฏิบัติสิ่งใดดีหรือไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านเจตคติหรือพฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่มีความสนใจ ความชอบไม่ชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยม การแสดงคุณลักษณะตามความนิยมที่ยึดถือรวมไปถึงความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ

พฤติกรรมด้านนี้จะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการวัดความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษารอบมีด้านพุทธิพิสัย และด้านเจตคติมาเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง พฤติกรรมด้านการปฏิบัติจึงนับเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เช่น การมีส่วนร่วมที่ถูกต้องสุภาพ การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นถือว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี หลีกเลี่ยงโรค และป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย แต่การที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษานั้นถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้และทางเจตคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร ดังนั้นในการวางแผนงานสุขภาพในโครงการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขนั้น นักสุขภาพจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่จะเข้าถึงมีส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่จะแก้ไขอย่างไรบ้าง รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นในการวางแผนงาน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโครงการนี้จะช่วยในการวางแผนงานทางสุขภาพว่าต้องการจะนำกลุ่มบุคคลนั้น ๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 3 ด้าน อย่างไรบ้าง (พิสมัย พิทักษ์วารากร. 2536 : 11 - 12)

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนั้นแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ พฤติกรรมด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ส่วนองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173 - 185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา
2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม
3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ
4. องค์ประกอบทางการศึกษา
5. องค์ประกอบทางการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภูมิกาย ความต้องการ ความสนใจ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลตัวอย่าง เช่น ถ้าผู้เรียนไม่มีความต้องการที่จะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งออกไป ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างกันไป เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของ

ร่างกาย การรักษาความสะอาดบ้านเรือน กล่าวได้ว่าถ้า พ่อ - แม่ คนเลี้ยงดู ส่งเสริมให้เด็ก เกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัย ดีแล้วก็จะ เป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตาม กันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักศึกษาจึงควรรวบรวมข้อมูลของกลุ่มของสังคมให้เป็น ประโยชน์ทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามกัน

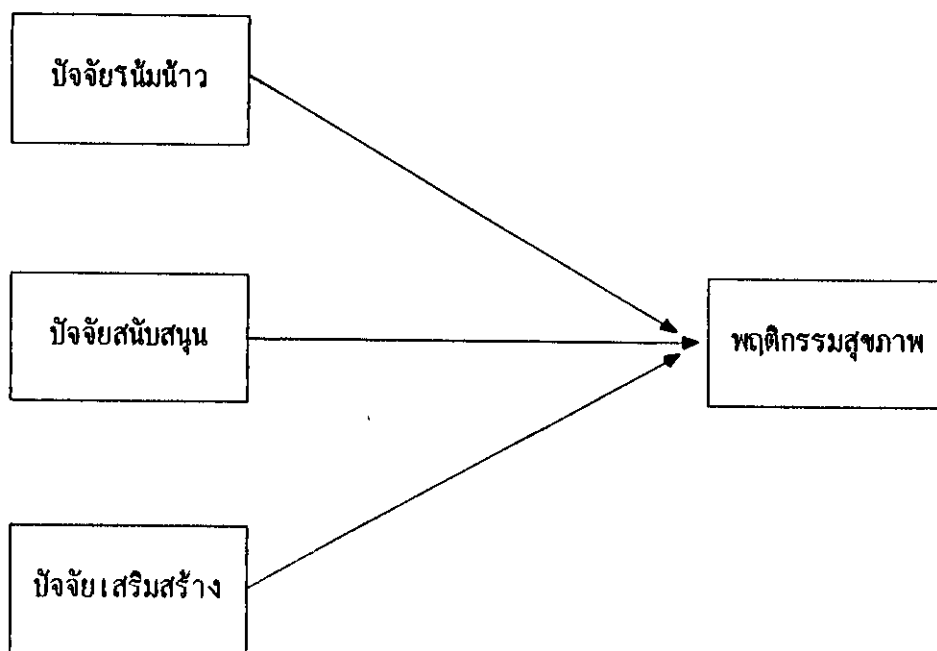
สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส่วนตัวดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติทางสุขภาพ ได้เป็นอย่างมาก เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย นิยมรักษา ครอบทางเวทมนต์ เช่น การเป่าคาถาอาคมหรือหญิงหลังคลอดจะห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของ ประชาชนที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน จากสถิติการ เกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือ ร่ำรวย แต่ในกลุ่มที่มีฐานะ เศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น อารี บุณตระกูล (2533 : 131) ได้ทำการวิจัยถึง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดิน หายใจ พบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในเรื่องการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำได้

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษา มีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาคือ

หรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหรือการใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงจูงใจ และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ พอสรุปเป็นรูปแบบดังนี้



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ที่มา : ชนวรรณ อัมสมบุรณ์. "การประเมินผลงานสู่ศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ," วารสารสู่ศึกษา. 8(29) : เมษายน - พฤษภาคม 2528. หน้า 24 - 26.

จะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ดังที่ พิสมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 89) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล วชิรพยาบาล พบว่า พวกที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้อง มากกว่าพวกที่มีการศึกษาต่ำกว่า

5. องค์ประกอบทางการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวน และความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือ ข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรตน์ อัมสมบุรณ์ (2528 : 24 - 26) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนว่าจะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ

1. ปัจจัยโน้มถ่วง (Predisposing Factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มถ่วงให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาก ซึ่งอาจจะได้มาจากภาวะสิ่งแวดล้อมในครอบครัวหรือจากสังคมแวดล้อมทั่ว ๆ ไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคลได้มีโอกากระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดมีขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing Factor) ได้แก่ บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือปฏิเสธพฤติกรรมบางอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำ

จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 3 จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของคนได้ เช่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ก็จะพยายามทุกวิถีทางให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างถูกต้องจะต้องมีปัจจัยสนับสนุน เช่น มีโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยใกล้บ้าน มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความรู้แนะนำ หลักการรักษาได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจัยเสริมสร้างมนุษย์ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการรักษา

2. ความรู้เรื่องยา

ความหมายของยา

ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถานได้ให้ความหมายของ "ยา" ไว้ว่าหมายถึงสิ่งทำช้ำกิน ทาหรือฉีด เป็นต้น เพื่อรักษาหรือบำรุงร่างกายที่ไม่ใช่ยานลักษณะเช่นนี้ก็มี เช่น ยาพิษ ยาเบื่อ ยาขัดทองเหลือง ยาสูบ เป็นต้น

กาพล ศรีวัฒนกุล (2534 : 3) ได้ให้ความหมายของคำว่า "ยา" หมายถึงสารหรือสารเคมีซึ่งมีฤทธิ์ต่อสิ่งมีชีวิต และไม่ใช่อาหาร ใช้ในการป้องกันรักษาหรือบำบัดโรคต่าง ๆ ในคนและสัตว์ให้พ้นจากการทรมานหรือความเจ็บป่วยจากโรคภัยต่าง ๆ

จากพระราชบัญญัติยา ฉบับสมบูรณ์ปี พ.ศ. 2522 ได้ให้ความหมายของยาไว้ว่า ยา หมายถึง

1. วัตถุที่รองรับไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ
2. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์
3. วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับทำให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ที่รัฐมนตรีประกาศ

วัตถุดิบข้อ 1 หรือ 2 ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการนั้น

ประเภทของยา

การจำแนกประเภทของยา จำแนกออกได้เป็น

1. แบ่งตามหลักเภสัช ซึ่งแบ่งได้เป็นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มยาลดไข้แก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอระคาย เป็นต้น
2. แบ่งตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งแบ่งยาออกเป็น 9 ประการคือ
 - 2.1 ยาแผนปัจจุบัน หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การประกอบโรคศิลป์แผนปัจจุบันหรือบำบัดโรคสัตว์
 - 2.2 ยาแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐมนตรีประกาศหรือยาที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นแผนโบราณ
 - 2.3 ยาอันตราย หมายความว่า ยาแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาอันตราย ซึ่งกล่าวอย่างง่าย ๆ ก็คือ หมายถึงยาที่หากให้เกิดพิษภัยกับผู้ใช้ได้ง่าย เมื่อใช้ไม่ถูกวิธีการใช้ยาอันตรายจึงต้องใช้ตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ควรซื้อยาอันตรายใช้เอง
 - 2.4 ยาควบคุมพิเศษ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาควบคุมพิเศษ ซึ่งโดยทั่วไปจะหมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยาที่อาจทำให้เกิดอันตรายสูงต่อผู้ใช้ เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท เป็นต้น ยาควบคุมพิเศษเป็นยาที่หากให้เกิดพิษภัยแก่ผู้ใช้ทุกรายไม่ว่าจะใช้ถูกวิธีหรือไม่ก็ตาม การขายยาประเภทนี้จึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์เท่านั้น
 - 2.5 ยาใช้ภายนอก หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายสำหรับใช้ภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาใช้เฉพาะที่
 - 2.6 ยาใช้เฉพาะที่ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณที่มุ่งหมายสำหรับใช้เฉพาะที่กับหู ตา จมูก ปาก ทวารหนัก ช่องคลอด หรือท่อน้ำนม
 - 2.7 ยาสามัญประจำบ้าน หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาสามัญประจำบ้าน
 - 2.8 ยาสมุนไพร หมายความว่า ยาที่ได้จากพืชชนิด สัตว์ หรือแร่ ซึ่งไม่ได้ผสมปรุง หรือแปรสภาพ

2.9 ยาบรจุเสร็จ หมายความว่า ยาแผนปัจจุบัน หรือยาแผนโบราณที่ได้ผลิตขึ้นเสร็จในรูปต่าง ๆ ทางเภสัชกรรม และบรรจุในภาชนะหรือหีบห่อที่ปิดหรือผนึกไว้ และมีฉลากครบถ้วนตามพระราชบัญญัตินี้

รูปแบบของยา

ยาที่ใช้ได้อย่างแพร่หลายอาจแบ่งได้เป็น 10 รูปแบบ ดังนี้ (จรัส บุญธรรมมา. 2535 : 17 - 18)

1. ยาเม็ด ผลิตจากผงอัดขึ้นเป็นรูปเม็ด ตัวยานเม็ดจริงมีอยู่ 1 ใน 3 ที่เหลือเป็นสารที่ทำให้ผงยาเกาะตัวกันเป็นเม็ด สารที่ช่วยยาให้ยาเม็ดแตกตัวละลายยาน้ำย่อยของกระเพาะ หรือสารที่เคลือบป้องกันกระเพาะ
2. ยาเม็ดแคปซูล ยาที่บรรจุในแคปซูลอาจจะเป็นยาผง หรือยาที่ทำเป็นเม็ดเล็ก ๆ แคปซูลทำจากเจลาติน เมื่อสัมผัสกับน้ำย่อยในกระเพาะ แคปซูลจะละลายตัวยาออกมาทำงานตามหน้าที่ของมัน
3. ยาน้ำ ส่วนผสมในยาน้ำนอกจากตัวยาแล้ว ยังมีตัวทำละลายสารแต่งกลิ่น และสี ส่วนผสมส่วนใหญ่เป็นน้ำ หรือสารที่เป็นตัวทำละลายมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็น เนื่อยาอาจจะมีการปรุงสี และกลิ่นในกรณีที่เป็นยาสำหรับเด็ก
4. ยาหยอด เป็นรูปแบบหนึ่งของยาน้ำแต่ใช้เป็นยาหยอด เช่น หยอดหู หยอดตา และหยอดจมูก
5. จี๊ฟิ่งและครีม เป็นรูปแบบหนึ่งของยาที่ใช้ทาถูกบริเวณผิวหนัง จี๊ฟิ่งแตกต่างจากครีมตรงที่มีลักษณะเหนียวเหนอะ
6. ยาสูดพ่น ส่วนใหญ่ใช้บรรเทาอาการหวัด และหอบหืด ตัวยาจะถูกพ่นเป็นฝอยเล็ก ๆ เข้าสู่ปอดได้รวดเร็ว
7. ยาเหน็บ บรรจุไว้ในยานแคปซูลอ่อนขนาดใหญ่ วิธีใช้โดยสอดเข้าทางทวารหนัก ยาสามารถดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดได้โดยตรง ได้ผลเร็วกว่าการกินมาก
8. ยาสอดคล้าย ๆ ยาเหน็บ แต่ใช้สอดผ่านช่องคลอด ตัวยาจะละลายเนื่องจากอุณหภูมิของร่างกาย

9. ยาแผน ลักษณะคล้ายแผ่นพลาสติกที่มีตัวยาบรรจุอยู่ วิธีใช้โดยการนำใบแปะตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องการรักษา ตัวยาจะซึมเข้าไปในกระแสโลหิตผ่านผิวหนัง สามารถใช้บรรเทาอาการเมารถและอาการไม่สบายในระยะหมดประจำเดือน

10. ยาฉีด เป็นรูปแบบหนึ่งของยาน้ำแต่ต้องใช้โดยวิธีฉีดเข้าสู่ร่างกาย

อันตรายจากการรักษา

อันตรายจากการรักษาที่ก่อให้เกิดพิษต่อร่างกายดังต่อไปนี้ (จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี. 2527 : 15 - 20)

1. การแพ้ยา (Drug Allergy หรือ Hypersensitivity) การแพ้ยา เกิดขึ้นในบางคนที่มีความไวต่อยาผิดปกติจากคนทั่วไป โดยอาจเนื่องจากพันธุกรรมหรือการได้รับสารนั้นมาก่อนกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารต่อต้าน (Antibody) ขึ้นมา เมื่อได้รับยาชนิดนั้นอีกก็จะเกิดอาการแพ้ที่เห็นได้ชัด การแพ้ยาแบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ

1.1 การแพ้ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีเพียง 2 ชนิด คือ ชนิดรุนแรง (Anaphylaxis) และชนิดไม่รุนแรง

1.1.1 การแพ้ชนิดรุนแรง (Anaphylaxis) พบน้อยแต่มีอันตรายถึงชีวิตได้เมื่อร่างกายได้รับยาจะมีอาการหายใจไม่ออก เนื่องจากหลอดลมตีบวม เส้นโลหิตขยายตัวมากทำให้ความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยหมดสติ อาจเสียชีวิตได้

1.1.2 การแพ้ชนิดไม่รุนแรง อาจมีอาการใช้คัน บวม หอบหืด คัดจมูก อาการเหล่านี้ถ้าหยุดยาจะหายไปได้เอง ยาที่ทำให้เกิดการแพ้ชนิดนี้ เช่น ยาประเภทซัลฟานาไมด์ (Sulfranamide) และแอสไพริน (Aspirin)

1.2 การแพ้ยาที่ถึงช่วง อาการแพ้จะพบหลังจากได้รับยาแล้ว 24 - 48 ชั่วโมง อาการที่พบ เช่น ผื่นมีคันแดง อักเสบ เม็ดโลหิตขาวหรือเม็ดโลหิตแดงลดลง เป็นต้น ตัวอย่างยา เช่น ยากลุ่มเพนิซิลิน (Penicillin) ชนิดรับประทานซัลฟานาไมด์ (Sulfranamide) และคลอแรมฟินิคอล (Chloramphenical) เป็นต้น

2. ฤทธิ์ข้างเคียงหรือฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา (Side Effect) ฤทธิ์ของยาที่เกิดขึ้น แล้วให้ผลเสียในการรักษาโรค เป็นฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาที่ซ้ำแต่ฤทธิ์อื่น ๆ ของยาที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ทำให้เกิดผลในการรักษาแต่อย่างใด เรียกว่าฤทธิ์ข้างเคียงหรือฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา

(Side Effect) เช่น ยาเตตราซัยคลิน (Tetracyclin) เมื่อรับประทานแล้วเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากมีฤทธิ์ไปทำให้เกิดระคายเคืองกระเพาะอาหาร ยาแก้แพ้ทำให้เกิดอาการง่วงนอน เพราะยาไปกดสมองส่วนกลาง เป็นต้น

ฤทธิ์ข้างเคียงของยาหรือฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยานี้จะพบได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการต้านทานยาของผู้ใช้ ผู้ที่ได้รับยาแล้วเกิดอาการข้างเคียงให้รีบหยุดยา อาการต่าง ๆ จะหายไปได้ แต่ถ้ายังใช้ยานั้นอยู่อาจเกิดอันตรายร้ายแรงได้ เช่น กานามัยซิน (Kanamycin) หรือสเตรปโตมัยซิน (Streptomycin) จะทำให้หูอื้อได้ยินไม่ชัด ถ้ายังคงใช้ต่อไปอาจทำให้หูหนวกได้

การป้องกันมิให้ร่างกายได้รับฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำได้หลายชนิด เช่น ยาที่ทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานอาหารเพื่อให้ตัวยาไปสัมผัสกับกระเพาะอาหารโดยตรงลดลง ยาหลายชนิดไม่สามารถหลีกเลี่ยงฤทธิ์ข้างเคียงได้ เช่น ยาแก้แพ้ ทำให้ร่างกายง่วงนอน จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง

3. ยาทำให้ตับและไตเสียได้ เนื่องจากเมื่อยาเข้าสู่ร่างกายจะถูกส่งไปยังตับ เพื่อให้เกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงยา หรือถูกส่งไปยังไตเพื่อขบวนการขับถ่ายออก ทำให้ปริมาณยานับหรือไตสูง เป็นเหตุให้เซลล์ของตับหรือไตได้รับพิษของยาโดยตรง

ตัวอย่างของยาที่มีผลต่อตับ เช่น เตตราซัยคลิน (Tetracyclin) ถ้าใช้โดยการฉีดในผู้หญิงตั้งครรภ์หรือไตไม่สมบูรณ์ ยาจะทำลายเซลล์ของตับ ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นไข้ ผื่นขึ้น และปวดข้อ

ตัวอย่างของยาที่มีผลต่อไต เช่น ยาปฏิชีวนะพวก กานามัยซิน (Kanamycin) เจนด้ามัยซิน (Gentamycin) และสเตรปโตมัยซิน (Streptomycin) จะทำให้การกรองของไตเสีย อาจพบเม็ดเลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ ถ้ายังใช้ต่อไปอาจทำให้ไตเสียไปตลอดชีวิตได้ นอกจากนี้ยาพวกซัลฟานาไมด์ (Sulfonamide) ที่ละลายในน้ำได้น้อยจะตกผลึกในไตและทำให้ไตเสียได้เช่นเดียวกัน

4. ผลของยาต่อทารกในครรภ์ ยานานชนิดอาจทำให้ทารกในครรภ์พิการได้ เช่น ทาลิโดมิด (Thalidomide) หรือวิตามินดี ถ้ามีปริมาณสูงจะทำให้มีแคลเซียมในเลือดสูงผิดปกติ ทำให้สมองเด็กพิการ หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำยาแอสไพริน (Aspirin) เป็นประจำในปริมาณสูงขณะ

ตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดออกมาเลือดไหลไม่หยุดสตรีมีครรภ์จึงควรระมัดระวังในการใช้ยาต่าง ๆ ยาที่ต้องใช้เป็นประจำจึงควรอยู่ในความดูแลของแพทย์

5. การติดยา ยาทุกชนิดที่มีผลต่ออารมณ์และการรับรู้จะทำให้ผู้ใช้มีการติดยาได้ ยานี้ได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) บาร์บิทูเรต (Barbiturate) ยานอนหลับหรือยาระงับประสาทชนิดต่าง ๆ ยากระตุ้นประสาทส่วนกลาง และยาที่ทำให้เกิดประสาทหลอนต่าง ๆ เช่น แอลเอสดี (LSD) และกัญชา เป็นต้น การติดยาแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

5.1 การติดยาทางจิตเป็นความผิดปกติทางจิตใจที่ทำให้ยานั้นมาต้องอาศัยยานั้นเป็นหลักในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ปัจจุบันพบว่าพวกชาวนา และกรรมกรติดยาแก้ปวดชนิดของกันมาก บางคนถ้าไม่ได้รับประทานยาจะทำงานไม่ได้

5.2 การติดยาทางร่างกาย เป็นภาวะทางสรีระวิทยาที่ร่างกายต้องการจะติดยาที่ติด อาการที่เกิดขึ้น เช่น หาว เหงื่อไหล ม่านตาขยาย กล้ามเนื้อกระตุก ปวดกระตุก ความดันโลหิต ท้องเดิน อาการเหล่านี้เรียกว่าอาการถอนยา (Withdrawal Syndrome)

ข้อแตกต่างระหว่างการติดยาทางจิตกับการติดยาทางกาย คือ การติดยาทางจิตจะไม่เกิดอาการถอนยาแต่การติดยาทางกายจะเกิดอาการถอนยาเมื่อได้รับยานั้นอีก

6. การได้รับพิษยาโดยตรง ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ ในการรับประทานยาผิดหรือรับประทานยามากเกินไป ครั้งหนึ่งของอุบัติเหตุทั้งหมดเกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยเหตุนี้ที่สำคัญที่จะป้องกันมิให้เด็กได้รับพิษของยาก็คือการเก็บยาให้พ้นมือเด็ก และต้องอธิบายให้เด็กเข้าใจว่า ยาไม่ใช่ลูกกวาด ผู้ใหญ่ที่ได้รับพิษของยามักเกิดจากความพยายามในการรักษาตัวเองโดยไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ หรือหยิบยาผิดหรือตั้งใจฆ่าตัวตาย การป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุจากการได้รับพิษของยาที่สำคัญคือ ต้องอ่านฉลากยาให้ละเอียดก่อนนำยาทุกครั้ง

สาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา

สาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยามีอยู่หลายประการด้วยกัน วิวัฒน์ วนรักษ์ (2530 : 13 - 14) ได้จำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาไว้ดังนี้

1. จากยา ซึ่งมิได้หลายประการด้วยกัน ตัวอย่างเช่น

1.1 ฉลากยาซึ่งมีข้อความแสดงไว้ว่าไม่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับข้อบ่งใช้

วิธีใช้ขนาดการใช้ เวลาการใช้ ค่าเดือนหรือข้อควรระวัง หรือไม่มีข้อความข้างต้น ตัวอย่างยา
ที่ขายเป็นแผง เป็นต้น

1.2 ยานิตเดียวกัน ผู้ผลิตเดียวกัน สีเม็ดยาเหมือนกัน แต่มีความแรงของ

ฤทธิ์ยาหลายขนาดทำให้ผู้สั่งจ่ายยา ผู้จ่ายยา ผู้บริโภคยาสับสนเข้าใจผิดได้

1.3 คุณภาพมาตรฐานยาต่ำกว่ากำหนด

1.4 เกษียวยาของยา

1.5 พิษของยา

1.6 อาการที่ไม่รู้ได้เนื่องจากเกสียวยาหรือพิษวิทยา

2. ผู้สั่งจ่ายยา (แพทย์ ทันตแพทย์) ตัวอย่างเช่น

2.1 การวินิจฉัยโรคผิด

2.2 ใช้วิธีการรักษาผิด

2.3 ใช้ยาผิด

2.4 ใช้ขนาดการใช้ยาผิด

2.5 ไม่ได้ศึกษาการใช้ยาโดยละเอียดหรือไม่ได้ดูฉลากยา ตัวอย่างเช่น

เกี่ยวกับค่าเดือน ข้อควรระวัง เป็นต้น

2.6 ใช้ยาตามความเคยชิน ความพอใจหรือตามที่คนไข้ขอ

3. เกี่ยวกับผู้ขาย (ร้านขายยา) ตัวอย่างเช่น

3.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องยา

3.2 ขาดความรับผิดชอบในการขายยา

3.3 คำนึงถึงเรื่องการค้ามากกว่าอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

3.4 จ่ายยาโดยไม่ชี้แจงแก่ผู้ซื้อเกี่ยวกับสรรพคุณยา ขนาดการใช้ยาเวลาที่ใช้

ข้อห้าม ค่าเดือน หรือข้อควรระวัง

3.5 ยาที่ขายให้ไม่มีฉลากแสดงข้อความตามกฎหมายหรือมีแต่ไม่ครบถ้วน อาจ

ไม่มีชื่อยา ความแรงตัวยาออกฤทธิ์

4. เกี่ยวกับคนไข้ ตัวอย่างเช่น

- 4.1 ไม่ได้สนใจคำชี้แจงของแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยา หรือฉลากยา
- 4.2 ใช้ยาตามความพอใจของตนหรือเมื่อต้องการ
- 4.3 ใช้ยาจากแพทย์ร่วมกับยาที่ซื้อมารักษาตนเอง ทำให้ยาทั้ง 2 พวก

มีปฏิกิริยาระหว่างกันทำให้เกิดฤทธิ์อย่างหนึ่งลดลง ทำให้รักษาโรคไม่ได้ผลดี

- 4.4 ใช้ยาผิดวิธีการ
 - 4.5 คนไข้มีอาการแพ้ยาโดยเฉพาะซึ่งคนอื่นไม่มีอาการแพ้
 - 4.6 นำไปใช้ในทางที่ผิด ตัวอย่างเช่น เสพติด ฆ่าตัวตาย เป็นต้น
- #### 5. เกี่ยวกับประชาชนผู้ซื้อยามารักษาตนเอง ตัวอย่างเช่น
- 5.1 ซื้อยาตามความรู้ความเข้าใจของตนเอง
 - 5.2 ซื้อยาโดยบอกเล่าอาการโรคแล้วให้ผู้ขายจ่ายยาให้
 - 5.3 ซื้อยาโดยผู้อื่นบอกซื้อยาให้ไปซื้อหรือเขียนชื่อยาให้ไปซื้อ
 - 5.4 ซื้อยาตามคำแนะนำต่าง ๆ
 - 5.5 ใช้ยาไม่มีฉลากแสดงวิธีใช้ ขนาดการใช้ ค่าเดือน ข้อควรระวังหรือ

มีแต่ไม่ครบถ้วนหรือมีแต่ชื่อยาเท่านั้น

- 5.6 ขอบชื้อยาชุดซึ่งอาจมียาหลายชนิดมีปฏิกิริยาระหว่างกัน ทำให้ฤทธิ์ยาลดลงรักษาโรคไม่ได้ผลและเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค
- 5.7 ไม่อ่านข้อบ่งใช้ ขนาดการใช้ วิธีการใช้ ข้อห้าม ค่าเดือนหรือข้อควรระวังก่อนใช้ยา

นอกจากนี้สาเหตุดังกล่าวยังพบว่ามีสาเหตุอีกหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาไม่ตามสั่งแพทย์ทำให้ได้รับอันตรายจากการใช้ยาดังที่ อัศฉิย์ สิงหกละ (2524 : 16 - 21) ได้สรุปสาเหตุของการใช้ยาไม่ตามสั่งแพทย์ว่ามีสาเหตุดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากความเจ็บป่วย แบบลึกลับ (อัศฉิย์ สิงหกละ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Blackwell. 1973) กล่าวว่าคุณลักษณะของความเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอันหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือหรือใช้ยาตามสั่งหรือไม่ คือ

1.1 กรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้โดยติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต วัณโรค โรคโลหิตจาง เบาหวาน ไขข้ออักเสบ ผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือมีการใช้ยาไม่ตามสั่งเสมอ โดยผู้ป่วยอาจจะลืมหรือสุดแล้วแต่ความพอใจหรือเกิดความเบื่อหน่าย เช่น ในผู้ป่วยวัณโรค มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ตามสั่งนั้นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เมื่อปลายปีแรกของการรักษาถึงร้อยละ 61 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในปลายปีที่ 4 เพราะคิดว่าตัวเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องใช้อีก นับได้ว่าผู้ป่วยที่กินยาได้นานตามสั่งก็จะเป็นผู้ที่สามารถยังคงรักษาสุขภาพที่ดีต่อไป

1.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิกหรือเป็นการใช้ยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการ เช่น ไข้จับสั่น โรคโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ หรือถ้าผลเสียที่เกิดจากการหยุดใช้นั้นเกิดซ้ำ เช่น ในผู้ป่วยโรคลมชักหรือผู้ป่วยโรคจิต จะพบว่าการใช้ยาตามสั่งจะลดลงทั้งที่ผลของการละเลยนี้อาจทำให้เกิดอันตรายทันที หรือรุนแรงได้จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบ พบว่าผู้ป่วยไม่ยอมกินยาลดกรดเป็นประจำจนกว่าจะเกิดอาการขึ้นมาจึงจะเริ่มกินยาใหม่ (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Roth. 1970)

1.3 ในกรณีของผู้ป่วยโรคทางจิตประสาท ซึ่งเป็นคนที่มีปัญหาอยู่แล้วในตัวเองความเจ็บป่วยของเขามักทำให้เขาขาดความกระตือรือร้นที่จะร่วมมือในการใช้ยา เช่น ที่พบในโรคจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับรู้ว่าเขาเจ็บป่วยอยู่

2. สาเหตุจากตัวผู้ป่วยเอง กล่าวได้ว่าองค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญหลายอย่าง (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Boyd. 1974)

2.1 ลักษณะของประชากร คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และสภาวะทางสังคม

2.1.1 เพศ มีรายงานว่าเพศหญิงจะมีความเข้าใจมากกว่าเพศชาย แต่มีรายงานว่าให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้ดีกว่าเพศชาย จากรายงานพบว่าในผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงอายุน้อยกว่า 30 ปีใช้ยาไม่ตามสั่งบ่อยกว่าเป็น 2 เท่าของเพศชายในอายุเดียวกัน และพบว่าเพศหญิงหยุดกินยาก่อนเพศชาย (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Dixon. 1975)

2.1.2 อายุ ในเด็กเล็กและคนชรา โรคสาธัษายาไม่ตามสั่งจะเกิดได้มากในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี จะมีความเข้าใจต่อการสาธัษายามากที่สุด มีข้อผิดพลาดในการสาธัษายา น้อยที่สุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยอายุระหว่าง 25 - 44 ปี จะมุงทำงานอยู่โดยไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้ป่วยอายุระหว่าง 45 - 65 ปีนั้น จะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ขณะที่จะลดกิจกรรมอื่น ๆ ลง และข้อผิดพลาดการสาธัษายาจะเพิ่มจึ้นในผู้สูงอายุ 65 ปี และกว่านั้นเป็นเพราะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลงด้วย และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว การศึกษาส่วนใหญ่จะไม่พบความแตกต่างอย่างเป็นนัยสำคัญในการสาธัษายาไม่ตามสั่งระหว่างอายุต่าง ๆ

2.1.3 สภาวะทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่ของอัตราการสาธัษายาไม่ตามสั่งนี้ จะอยู่ในกลุ่มของสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) นอกจากนี้ยังมีรายงานที่พบว่า การเป็นโรคจะเป็นเหตุต่อการสาธัษายาไม่ตามสั่งมากกว่าโดยพบว่า ผู้ชายโรคที่เป็นโรคประสาทมีอยู่ถึงร้อยละ 42 ที่มีการบกพร่องต่อการสาธัษายาเมื่อเทียบกับการที่ผู้ชายที่อยู่กับภรรยา จะมีอัตราการสาธัษายาไม่ตามสั่งเพียงร้อยละ 35 (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Willcox. 1965)

2.1.4 บุคลิกลักษณะของตัวผู้ป่วยเอง เช่น พวกที่ชอบทำตามใจตนเองพวกจิตประสาทที่ไม่มีความรับรู้ว่าตัวเองเจ็บป่วยอยู่

3. สาเหตุเนื่องจากแพทย์ มีองค์ประกอบดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ญาติ และคนอื่น ๆ (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Charney and others. 1967) อธิบายถึงการสาธัษายาตามสั่งซึ่งพบในผู้ป่วยที่รู้จักคุ้นเคยกับแพทย์มักจะสาธัษายาตามสั่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกันมาก่อน เด็กจะกินยาเป็นปกติมากกว่าถ้าเขาได้เห็นแพทย์ซึ่งรู้จักกับครอบครัวดี และดูแลเขาเป็นเวลาหลายปี นอกจากนี้ยังพบว่ามีการติดต่อระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นที่พอใจจะมีอันตรายการสาธัษายาตามสั่งมากขึ้น

3.2 การแสดงท่าทีที่มั่นใจในประสิทธิภาพของแพทย์ พบว่าถ้าแพทย์ผู้นั้นแสดงความมั่นใจและเชื่อถือต่อยา นั้น ๆ ว่าเป็นยาที่ดีมีประสิทธิภาพ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอยากกินยาหรือสาธัษยานั้นมากขึ้น (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 21 อ้างอิงมาจาก Rickels. 1970)

4. สาเหตุเนื่องจากยา พบว่ายาที่มีการใช้ยุ่งยากซับซ้อนนั้น เป็นส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามสั่ง

หลักการจ่ายยา

หลักทั่ว ๆ ไปในการจ่ายยา คือ

1. รู้ชื่อยา
2. รู้วิธีใช้ยาที่ถูกต้อง
3. รู้ข้อห้ามในการใช้ยา
4. รู้ลักษณะยาที่หมดอายุ
5. น้ำที่ใช้กินกับยา

1. รู้ชื่อยา เมื่อใช้ชนิดใดจะต้องรู้ชื่อยานั้น โดยต้องรู้ชื่อทางยาไม่ใช่อชื้อทางการค้า เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล เป็นต้น เพราะหากเกิดอาการแพ้หรือเกิดอันตรายจากยาแล้ว ถ้าไม่รู้ชื่อยาก็ยากแก่การแก้ไขช่วยเหลือได้ทัน และเมื่อแพทย์นั้นแล้วก็ต้องจดจำชื่อยาไว้เพื่อจะได้ไม่จ่ายตัวนั้นอีก (กลุ่มศึกษาปัญหาฯ. 2528 : 34)

2. รู้วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง พรเพ็ญ เปรมโยธิน และคนอื่น ๆ (2534 : 1 - 5) ได้เสนอหลักและวิธีการที่ถูกต้อง ดังนี้

2.1 ใช้ยาให้ถูกต้อง โดยต้องรู้ว่ายานั้นแก้โรคอะไร เช่น ยาแก้ปวด ไม่น่ามาใช้ในการอักเสบ

2.2 ใช้ยาให้ถูกขนาด การจ่ายยาของแต่ละคนมีขนาดยาไม่เท่ากัน เช่น ทารก เด็กเล็ก เด็กโต ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ จะมีขนาดยาไม่เท่ากัน ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำที่เขียนไว้บนฉลากอย่าตัดสินใจเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเองเพราะจะทำให้เกิดอันตรายหรือไม่หายได้

2.3 ใช้ยาให้ถูกเวลา ยาแต่ละชนิดจะมีช่วงห่างของการใช้ยาไม่เท่ากัน ยาบางอย่างออกฤทธิ์สั้นเพียง 4 - 6 ชั่วโมง วันหนึ่ง ๆ จึงให้ 4 - 6 ครั้ง ยาบางอย่างออกฤทธิ์นาน 12 - 24 ชั่วโมง ก็อาจให้เพียงวันละ 1 - 2 ครั้ง เป็นต้น ยาบางชนิดต้องรับประทานต่อเนื่อง 5 - 7 วัน เช่น ยาต้านจุลชีพ (ยาปฏิชีวนะ) ก็ต้องให้ครบตามที่กำหนด นอกจากนี้ยาที่ให้โดยรับประทานตามเวลาของอาหาร บางชนิดให้รับประทาน ก่อนอาหาร บางชนิดหลังอาหาร หรือพร้อมอาหาร เวลารับประทานต้องปฏิบัติตามที่ถูกต้อง ดังนี้

2.3.1 รับประทานก่อนอาหาร หมายความว่า ก่อนอาหาร 1/2 - 1 ชั่วโมง เพราะว่าเหล่านี้นี้จะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีขณะที่ท้องว่างจึงจะได้ผลสมบูรณ์ ส่วนใหญ่ได้แก่ ยาต้านจุลชีพ

2.3.2 รับประทานหลังอาหาร หมายถึง ให้รับประทานหลังอาหาร 15 - 30 นาที ส่วนใหญ่เป็นยาทั่ว ๆ ไป ซึ่งจะสามารถดูดซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้ดีพร้อมอาหาร

2.3.3 รับประทานหลังอาหารทันที หรือพร้อมอาหาร ส่วนมากเป็นยาที่มีฤทธิ์ที่ทำให้เกิดระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะ เช่น ยาแอสไพริน หากรับประทานขณะที่ท้องว่างจะทำให้ปวดท้อง คลื่นไส้ได้ ดังนั้นจึงต้องง้ออาหารหรือน้ำช่วยทำให้เจือจางลง

2.3.4 รับประทานหลังอาหาร 1 และ 3 ชั่วโมง ได้แก่ ลดกรด จะทำให้ได้ผลดีที่สุด

2.4 ใช้ยาให้ถูกวิธี หรือถูกทาง ดังนี้

2.4.1 ยาเม็ด หรือแคปซูล ต้องกลืนยาทั้งเม็ดหรือแคปซูลพร้อมน้ำ และไม่ควรเคี้ยวเม็ดยาหรือแกะยาออกจากแคปซูล หรือยาที่เขียนว่า "ควรเคี้ยวยาก่อนกลืน" เช่น ยาเม็ดลดกรด ควรเคี้ยวให้ละเอียดมาก ๆ แล้วกลืนพร้อมน้ำ ทั้งนี้เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี

2.4.2 ยาน้ำ มีทั้งยาน้ำใส และยาแขวนตะกอน เวลาช้ยาต้องเขย่าขวดก่อนช้ยาทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ตัวยากระจายทั่วขวด เมื่อรินยาออกมาแต่ละครั้งจะได้รับยาเท่า ๆ กัน แม้ว่ายาน้ำใสจะไม่มีตะกอนก็ควรเขย่าหรือกลับขวดยาด้วย จะทำให้ยามีความเข้มข้นเท่ากันหมดทั้งขวด สำหรับยาน้ำที่ใช้รับประทานต้องช้ช้อนตวงยาที่มีขนาดมาตรฐาน เพราะจะมีขนาดเล็กกว่าช้อนมาตรฐาน ทำให้ตวงยาได้น้อยกว่าขนาดที่ต้องช้จริง

2.3.3 ยามอง หากช้ยามองที่ต้องละลายน้ำก่อนรับประทานต้องละลายน้ำก่อน ห้ามรับประทานในลักษณะผงแห้งแล้วดื่มน้ำตาม เพราะยามองที่ช้ใส่แผลภายนอก เวลาช้ต้องระวังอย่าให้ยาปลิวเข้าตา จมูก และปากได้ เมื่อช้เสร็จแล้วควรล้างมือให้สะอาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้

2.3.4 ยาภายนอก หมายถึง ยาที่ช้สำหรับภายนอกเท่านั้น ห้ามรับประทานโดยเด็ดขาด มีหลายแบบ เช่น ยาขี้ผึ้ง ครีม หรือเจล เป็นยาทาที่ผิวหนังควรทาบาง ๆ บางชนิดที่ระบุให้ทาถูกนิ้วได้ หมายถึง ทาแล้วถูกนิ้วด้วยเพื่อช่วยเร่งการดูดซึม ตัวยา ทาให้ออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น ตัวอย่างเช่น ยาม่อง

2.4.5 ยาม หมายถึง อนามัย ใดๆ ไม่ต้องเคี้ยว อาจจะอมได้ลิ้น หรืออมระหว่างลิ้นกับเพดานก็ได้แล้วแต่จะบ่งไว้ว่าอย่างไร

2.4.6 ยาหยอด ได้แก่ ประเภทยาหยอดหู ตา จมูก จะต้องหยอดยาให้ ถูกที่และถูกวิธี โดยอ่านฉลากให้เข้าใจก่อน สำหรับยาหยอดหูหลังจากหยอดยาแล้ว ควรทิ้งให้ ยาค้างอยู่ในหู โดยตะแคงหูไว้นาน 5 นาที

2.4.7 ยาเหน็บ เป็นยาที่สอดทางทวารหนัก หรือช่องคลอดเพื่อให้ ยาถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทางทวารหนักหรือทางช่องคลอด ก่อนเหน็บยาต้องแกะกระดาษที่หุ้มยา ออกแล้วเอาปลายจุ่มน้ำก่อนให้ลิ้น หลังสอดควรนอนพักผ่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาละลาย และถูกดูดซึมเข้าไปตามต้องการ

2.5 ใช้น้ำให้ถูกคน

3. รู้ข้อห้ามในการใช้น้ำ ข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้น้ำ อาจดูได้จาก ฉลากของยา ซึ่งควรระมัดระวังตัวอย่างเช่น

3.1 ยาแก้ปวดแอสไพริน ห้ามกินในคนที่ เป็นโรคกระเพาะ หอบหืด ไข้เลือดออก โรคเลือดไหลไม่หยุด เพราะตัวยารบกวนการเกาะตัวของเกล็ดเลือด

3.2 ยาลดน้ำมูก อาจทำให้เกิดอาการง่วงซึม จึงไม่ควรใช้ระหว่างขับจี้ ยวดยาน หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร

3.3 ยาลดกรด ต้องไม่ใช้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ เช่น เตตราไซคลิน และ ยาฆ่าเชื้อโรค เพราะยาลดกรดไปรบกวนการดูดซึมของยาทั้งสองชนิด จึงไม่มีผลในการรักษา

3.4 หญิงมีครรภ์ แม้ในระยะให้บุตรและเด็กต้องระมัดระวังในการ ใช้น้ำ เช่น ยาเตตราไซคลิน เพราะยาจะไปรบกวนการสร้างกระดูกและฟัน

3.5 ยาลดแอมเฟนิคอล (Chloramphenical) ถ้าใช้กับเด็กจะทำให้ เป็นโรคโลหิตจางได้ และถ้าใช้กับทารกแรกเกิด - 1 ปี อาจเกิดอันตรายเพราะตับของทารก ยังไม่สามารถทำลายยาที่เข้าสู่ร่างกายได้ดีพอ ยาอาจจะมียาระดับสูงในร่างกายจนทำให้เกิดพิษ รุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

3.6 ยากล่อมประสาทหรือยาพวคนอนหลับ ถ้ากินร่วมกับสุราจะทำให้มีฤทธิ์กดสมอง อาจหลับไม่ตื่น หรือถึงตายได้

3.7 ยาพวกแอมเพตามีน ถ้าใช้ขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีโอกาสพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับหลอดเลือดและหัวใจ

4. รู้ลักษณะของยาหมดอายุ ก่อนใช้ยาต้องดูที่ฉลากยาซึ่งจะมีการระบุวันหมดอายุ โดยมักเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ดังนี้

Expiry date หรือ Expiration Date หรือ Used Before หรือเขียนตัวย่อว่า Exp. date

ตัวอย่างการเขียน Exp. date 15/1/94 แสดงว่า ยาจะหมดอายุวันที่ 15 มกราคม ค.ศ. 1994 จึงไม่ควรใช้ยาหลังจากวันหมดอายุ ถ้ายาใดไม่มีทั้ง Exp. date และ Used before แต่มี Mfg. 15/1/94 (Mfg. ย่อมาจาก Manufacturing Gater) หมายความว่า ยาผลิตเมื่อวันที่ 15 มกราคม ค.ศ. 1994 ให้นับเวลาหลังจากวันผลิต 5 ปี ยานั้นจะหมดอายุ

นอกจากดูวันหมดอายุตามฉลากยาแล้วเราสังเกตดูว่า ยาหมดอายุหรือยังได้จากสี และรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงของยา เช่น

4.1 เตตราซัยคลิน ที่หมดอายุ สีของยาภายในแคปซูลจะเปลี่ยนจากสีเหลืองนวลเป็นสีน้ำตาล หรือน้ำตาลไหม้ ซึ่งถ้ากินเข้าไปอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เพราะยาจะไปทำอันตรายต่อไตเกิดไตวายได้

4.2 ยาเม็ดที่มีสีจาง หรือมีน้ำเยิ้ม หรือมีผลึก เกร็ด เกาะติดอยู่แสดงถึงยานั้นหมดอายุแล้ว

4.3 ยาน้ำ ถ้าเขย่าขวดแล้วตัวยามีละลายไม่ควรใช้

4.4 ยาเม็ดแคปซูล ถ้าแคปซูลพองออก ปรีออก ไม่ควรใช้

4.5 ยาที่อยู่ในรูปผงสำหรับละลายน้ำ เมื่อผสมยาแล้ว ห้ามใช้เกิน 2 สัปดาห์ เพราะยาอาจเสื่อมคุณภาพ

5. น้ำที่ใช้น้ำกินกับยา ควรเป็นน้ำสะอาดที่ต้มเย็นแล้ว ไม่ควรกินยาพร้อมเครื่องดื่มใด ๆ เพราะน้ำเป็นตัวทำละลายที่ดีที่สุด และมีฤทธิ์กลางไม่มีปฏิกิริยากับยา เช่น น้ำร้อน น้ำชา กาแฟ เพราะความร้อนอาจทำให้ยาเสื่อมได้ ยานกลุ่มเพนิซิลิน (Penicillin) ถ้ากินพร้อมกับน้ำผลไม้ เช่น น้ำส้มคั้นจะทำให้ยาถูกทำลาย และออกฤทธิ์ได้น้อยลง

ยาที่สกัดและจำเป็นต้องใช้เวลา 10 ชนิดที่ควรรู้จัก

จรัส บุญธรรมมา (2535 : 21 - 24) ได้อธิบายถึงยาที่สำคัญและจำเป็นต้องใช้เวลา 10 ชนิด ที่ควรรู้จัก ซึ่งแจกแจงตามกลุ่มสรรพคุณการาราช ดังนี้

ตาราง 3 ยายอดนิมม 10 ชนิด ที่ควรรู้จัก จานแนตามสรรพคุณ วิธีใช้ ผลข้างเคียง ข้อแนะนำ และข้อควรระวัง

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
1. ยาบู่ชีวนะ	หยุดการแบ่งตัวของ แบคทีเรียและทำให้เซลล์ ของเชื้อโรคถูกทำลาย	กินยาทุก 4-6 ชม. ต้องกิน ให้ครบชุด มิเช่นนั้น แบคทีเรียอาจดื้อยาได้หลัง จากกินยาไม่ครบตาม ให้ดื่ม น้ำพันทดึกว่า และควร ควรเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์	อาจทำให้อาเจียน และ ท้องเสียได้ อาการที่พบ คือ อาจมีลมพิษคันคัน ถ้า อาการไม่ดีขึ้น ควรกินยา นั้น ก่อนแล้วปรึกษาหมอ เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนตัวยา ใหม่	ช่วงที่รักษาควรกินอาหาร ที่มีวิตามิน แร่ธาตุ นอนหลับพักผ่อนให้ เพียงพอ ควรรู้ว่ายากี่ คุณกินอยู่นี้ออกฤทธิ์ได้ดี ขณะท้องว่างหรือหลัง อาหาร	ในช่วงที่ยาบูชีวนะอาจจะ ส่งผลให้การใช้คุมกำเนิด ไม่ได้ผลนัก ดังนั้นจึงควรใช้ ถุงยางอนามัยร่วมด้วย และ มีเพศสัมพันธ์

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	วิธีใช้ยา	ข้อควรระวัง
2. ยากล่อมประสาท	ช่วยให้อารมณ์ของคนไข้เกิดความสงบเย็นลง เพราะจะไปหยุดกระบวนการทางเคมีในร่างกาย ซึ่งจะมีผลทำให้ชะลอการทำงาน ของสมองลง การกินยา กล่อมประสาทปริมาณที่พอเหมาะจะทำให้คนไข้รู้สึกพักผ่อน คลายความรุนแรงทางอารมณ์ลงได้บ้าง	หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ และไม่ควรรำยยานานเกิน 2 สัปดาห์ โดยไม่ปรึกษาหมอ	ทำให้เกิดอาการวิงเวียน หลงลืม และง่วงซึม บ่อยๆ อีกข้อหนึ่งคือ เมื่อกินไปนาน ๆ ทำให้ติดยา และต้องเพิ่มขนาดของยาสูงขึ้น	ควรกินยาเพียงช่วงสั้น ๆ เท่าที่จะเป็นแทน ถ้าคุณรู้สึกว่าคุณต้องหยุด จะสบายดี แสดงว่าคุณเริ่มติดยาแล้ว	ไม่ควรทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือขับรถยนต์ เนื่องจากการกินยาประเภทนี้มีอันตรายมากกว่าการดื่มเหล้าเสียอีก

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	วิธีใช้ยา	ข้อควรระวัง
3. ยาแก้โรค กระเพาะ	ลดกรดในกระเพาะ	โดยทั่วไปกินหลังอาหาร ประมาณ 1 ชม. และ ก่อนเข้านอน	ไม่ค่อยมีผลข้างเคียง อาจพบ มีอาการปวดศีรษะ บ้างเล็กน้อย ที่พบได้บ้าง แต่เนานครั้งคือ ท้องร่วง หมดสมรรถภาพทางเพศ และได้มาเมารถติดปกติ	พยายามลดอาหาร ประเภทรสจัด และ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ถ้าจะกินยาแก้ปวด ควรใช้ พาราเซตามอลดีกว่า ไม่ควรกินแอสไพริน ซึ่งมีฤทธิ์ กัดกระเพาะอาหาร

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	วิธีใช้ยา	ข้อควรระวัง
4. ยารักษาโรคหัวใจ	ยารักษาโรคหัวใจ มีหลายชนิด บางชนิดช่วยขยายหลอดเลือดที่บีบเล็งหัวใจ บางชนิดกระตุ้นให้หัวใจทำงานดีขึ้น	มีหลายวิธี ควรปรึกษาหมอและเภสัชกร	มือและเท้าเย็น ริมฝีปากห่อหุ้มสีชมพู อาจพ่นหอบหืดและสมรรถภาพทางเพศและฟันร่วง	กิจกรรมและอาการทุกอย่างที่จะไปเพิ่มความดันเลือด จะทำให้ยาลดประสิทธิภาพลง ถ้าคุณสูบบุหรี่อยู่ ควรเลิกเสีย หลีกเลี่ยงภาวะสิ่งเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารประเภทที่ไขมันน้อย	การใช้นานมากเกินไป มีอันตราย ควรใช้ยาให้ตรงเวลา
5. ยาแก้ปวด	ยาจะไปหยุดการทำงานของฮอร์โมนและประสาทแกลดติน ที่มีหน้าที่ส่งสัญญาณความเจ็บปวดไปทางเส้นประสาท	ส่วนมากเป็นยาเม็ด ควรรับประทานด้วย และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	แอสไพริน อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและเลือดออกในกระเพาะอาหาร	ความเจ็บปวดมักจะหายไปอย่างรวดเร็ว ถ้าคุณรู้จักรักพ่นหลังกินยา ควรนอนพักสัก 20 นาที ระหว่างรอให้ยาออกฤทธิ์	ยานี้แก้ปวดได้ว่าเป็นอันตราย ควรระวังห่างจากมือเด็ก

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	วิธีใช้ยา	ข้อควรระวัง
6. ยาคุมกำเนิด	ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสตินเจน และ เอสโตรเจน ซึ่งจะหยุดไข่ไม่ให้หลุดออกมาจากรังไข่ และจะสร้างเมือกขึ้นภายในช่องคลอด ตัวฮอร์โมนสามารถเคลื่อนตัวผ่านได้	กินให้ตรงเวลาทุก ๆ วัน ดื่มน้ำก่อนนอนเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุด	ที่เห็นชัดที่สุดคือ น้ำหนักเพิ่ม บวคคีรีระ อาเจียน อาจทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ และความดันเลือดสูงขึ้น	ยาแต่ละชนิด อาจไม่เหมาะสมกับบางคน ฉะนั้นถ้าเกิดท้องเสียหรืออาเจียน ทานให้ด้วยยาไม่สามารถดูดซึมเข้าปบบนร่างกายได้ ฝ่ายชายควรมีถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์	ในช่วงที่กินยาคอร์เล็ก คุมกำเนิด มีเช่นจะมี รอกาสเป็นโรคหัวใจมากขึ้น

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	วิธีใช้ยา	ข้อควรระวัง
7. ยาสเตียรอยด์	สเตียรอยด์ ทาแก้ ข้ออักเสบหรือสตาแกลนดิน หยุดการทำงาน และ ลดการทำงานของเม็ด เลือดขาว ซึ่งมีผลทำให้ การอักเสบ บวมแดง ลดลง	มีวิธีการใช้หลากหลายขึ้นอยู่กับส่วนผสมของตัวยา และ โรคที่ต้องการรักษา การใช้ยา ประเภทนี้จะต้องปฏิบัติตาม และเภสัชกร การใช้ยา สเตียรอยด์บางชนิดต้อง ลดอาหาร เค็ม ควบคู่ไปด้วย หรือต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม ผสมแอลกอฮอล์	หากใช้ยาในระยะสั้น มีผลข้างเคียงน้อย อาจมี อาการอาหารไม่ย่อย เกิดลิ้นบวมหน้า หรือ น้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่หาก ใช้ยาในระยะเวลานาน อาจมีอาการอื่นเพิ่มขึ้น เช่น มีน้ำคั่งในร่างกาย หน้าและหัวเข่าบวมเป็น บวมหวาน ความดันโลหิต สูง ภูมิคุ้มกันโรคลดลง เป็นต้น	กินสเตียรอยด์ ชนิดเม็ด พร้อมอาหารแต่ต้องอยู่ ความดูแลของแพทย์ด้วย	การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันนานกว่า 1 เดือน อาจ ทำให้ภูมิต้านทานในร่างกาย ลดลง หากต้องเข้ารับการ รักษาด้วยวัคซีน หรือ อุบัติเหตุต้องแจ้งให้หมอทราบ ว่าเคยใช้สเตียรอยด์ มาแล้ว

ตาราง 3 (ต่อ)

รื้อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
3. ยาขับปัสสาวะ	เพิ่มเพิ่มปริมาณ ปัสสาวะ ที่จะขับออกมาจากไต อัน จะทำให้ของเหลวใน ร่างกายลดลง (ลดบวม)	ปกติจะกินวันละครั้ง ตอน เช้า ยาจะออกฤทธิ์ หลัง จากการกินประมาณ 1 ชม. จึงต้องกำหนดเวลาให้ เหมาะสม กรณีที่ต้องออกไป พายรุระในที่ใด ๆ ระวังอย่า กลืนปัสสาวะไว้นานเกินควร เมื่อรู้สึกปวด	ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น มาก ทำให้เกิดอาการ วิงเวียน หรือมีเสียงในหู ตะคริว และง่วงเหงา หาวนอน แต่ปรากฏไม่ มากนัก หากมีผื่นต้องรีบ ไปพบหมอโดยเร็ว	กินผักและผลไม้สดจำนวนมากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่ม ผสมแอลกอฮอล์ในช่วงที่ ำช้ยา นี้ เพราะจะทำให้ อาการเมาค้างของคุณ แย่มาก	หากเป็นโรคเกาต์ ต้องแจ้ง ำหมอบทราบด้วย นอกจากนั้น ยานี้ดนี้ อาจทำให้ความ กระฉับกระเฉงของคุณลดลง จึงควรหลีกเลี่ยงการขับรถ

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
9. ยาบรรเทาปวด จากโรคเกาต์	ยาประเภทนี้ใช้สำหรับหยุด หรือระงับอาการด้วยยาจะ ไปหยุดการผลิทยูริค หรือลดตามกลไกอื่น	ใช้กินหลังอาหารและเนื่อง จากเป็นยาที่กัดกระเพาะ การกินยาหลังอาหารทันทีจะ ช่วยลดโอกาสในการเกิด อาการไม่ย่อย หรือเลือด ออกในกระเพาะได้	ปกติก็มีอาการอาหาร ไม่ย่อยหรือเลือดออกใน กระเพาะ นอกจากนั้นอาจ มีอาการคลื่นเหียน อาเจียน หายใจไม่ออก หากมีอาการ ดังกล่าวควรรีบไปพบหมอ ทันที	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มผสม แอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ ท้องไส้ปั่นป่วนมากขึ้น การ อยู่ในบริเวณที่มีอุณหภูมิอบอุ่น จะช่วยลดอาการปวดบวมได้ และควรออกกำลังกาย สม่ำเสมอ	หลาย ๆ คนล้มเลิกการใช้ ยาชนิดนี้ก่อนกำหนด ทั้งที่ โรคนี้หายไปแล้วต้องกินยา ชนิดนี้ติดต่อกันทุกวันประมาณ 2 สัปดาห์ ยาจึงจะออกฤทธิ์ จนสังเกตผลได้ ดังนั้น คุณจึง ต้องอดทนกินยานี้

ตาราง 3 (ต่อ)

ชื่อยา	สรรพคุณ	วิธีใช้ยา	ผลข้างเคียง	ข้อแนะนำ	ข้อควรระวัง
10. ยาพลาชีวิน ครีม	ใช้ลดอาการคัน ปวดบวม หรือฆ่าเชื้อโรค	ทาครีมบนผิวหนังที่มีอาการคัน ปวด บวม หลีกเลี่ยงการทา บริเวณใกล้ตา และห้ามกิน	การใช้ยาพลาชีวินอาจ ก่อให้เกิดอาการแพ้ (ส่วนใหญ่เป็นสเตรียรอยด์) อาจทำให้เกิดรอยด่างบน ผิวหนัง บางลงจนมองเห็น เส้นเลือดใต้ผิวหนัง และ ควรเพิ่มความระมัดระวัง ยิ่งขึ้น หากต้องรับประทาน	ทายาบนผิวหนังที่แห้ง และ สะอาด จะได้ผลดีที่สุด	ใช้ยาพลาชีวินตามขนาดที่หมอสั่ง เท่านั้น หากใช้บ่อยเกินไป โรคอาจจะไม่หาย

ที่มา : จรัส บุญธรรมมา. "ยายอดนิม 10 ชนิด ที่ควรรู้จัก," หมอชาวบ้าน. 14(167) ; พฤศจิกายน 2535. หน้า 21 - 24.

วิธีการเก็บรักษายา

จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (25527 : 27 - 28) ได้อธิบายถึงวิธีการเก็บรักษายา เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาได้อย่างดีที่สุดไว้ดังนี้

1. ถ้าเป็นยาที่ซื้อเองจากร้านขายยา เป็นยาที่ผู้ขายหยิบมาให้จากขวดใหญ่ ถ้าไม่มีฉลากบอกรายละเอียดใด ๆ ต้องเขียนชื่อยา ขนาดความแรง สรรพคุณของยา และวิธีรับประทานหน้าของที่ใส่ยา พร้อมทั้งจดวันที่ซื้อยากลับไว้ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้จะได้ไม่ต้องเตา และทราบแน่ชัดว่าเป็นยาที่ซื้อมาเก็บไว้นานเท่าใดแล้ว
2. ภาชนะที่ใส่ยาเม็ด ควรเป็นภาชนะที่ป้องกันความชื้นได้ ปัจจุบันยาที่ได้รับจากร้านขายยา จากคลินิกแพทย์ หรือจากโรงพยาบาล มักจะบรรจุอยู่ในซองพลาสติก ซึ่งมีร่องบากเปิดให้สนิทได้ ทุกครั้งที่เปิดซองหยิบยามาใช้ควรรูดปากซองให้ปิดเข้าหากันสนิท ถ้าได้รับบรรจุมาในซองกระดาษควรใส่ซองกระดาษนั้นลงในกล่องพลาสติกสำหรับใส่ยา ซึ่งมีขายอยู่ทั่วไปอีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันความชื้น
3. ควรแยกเก็บยารับประทาน และยาสำหรับใช้ภายนอกไว้คนละส่วนของตู้ เพื่อมิให้ปะปนกันป้องกันอันตรายอันเกิดจากการหยิบยาผิด
4. ตู้ยาควรอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อน อับ ชื้น หรือถูกแสงแดดส่องโดยตรงเพราะแสงแดด ความร้อน และความชื้นจะทำให้ยาเสื่อมเร็วขึ้น
5. ตู้ยาควรอยู่สูงพอสมควร ป้องกันมิให้เด็กหยิบยามาเล่นหรือรับประทานได้เอง เพราะบางครั้งเด็กอาจคิดว่าเป็นขนมหรือลูกกวาด
6. ยาเม็ดหรือแคปซูล ไม่ควรเก็บไว้ในตู้เย็น เพราะจะทำให้ยาขึ้นเสื้มคุณภาพได้เร็วกว่าที่ควร ต้องเก็บไว้ในที่แห้ง
7. ยาน้ำ รดยเฉพาะอย่างยิ่งบรูชีวันะสำหรับเด็ก ที่โรงงานทำเป็นผงใส่ขวดไว้ เมื่อจะรับประทานถึงขีดที่ระบุเมื่อเติมน้ำแล้วถ้ามีตู้เย็นควรเก็บไว้ในตู้เย็น ช่วยให้คุณภาพของยาคงทนกว่าอยู่ในอากาศร้อนและถ้าใช้หมดภายใน 7 วัน ต้องทิ้งอย่านำมาใช้อีก
8. ควรซื้อตู้ยาเป็นครั้งคราวและเก็บยาที่เก่าเกิน 1 ปีทิ้งเสีย เพื่อป้องกันอันตรายจากการรับประทานเสื่อมคุณภาพ

9. ยาที่ไม่ทราบแน่ชัดว่าซื้อมานานเท่าใดแล้ว ถ้ามีสี กลิ่น รส หรือลักษณะผิดปกติไปจากเดิม เช่น เป็นรอยแตก สีลอก ขรุขระ ควรทิ้งให้หมดเพราะสิ่งนี้เป็นเครื่องแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพแล้ว การนำมาใช้อีกจะทำให้เกิดโทษได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยารับประทานจะทำาให้ตับ ไต เสียได้

โปรดระลึกไว้เสมอว่า การรับยาที่เก็บไว้นานเสื่อมคุณภาพนอกจากจะไม่ได้ประโยชน์ใด ๆ จากการรับยาแล้วยังเป็นการฆ่าตัวตายแบบผ่อนส่งวิธีหนึ่งด้วย

ปัญหาจากการรับยา

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (2527 : 66) ได้สรุปถึงปัญหาของการรับยาไว้ ดังนี้

1. ซื้อยากินเอง คณะกรรมการอาหารและยา (2524 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัย และสำรวจทั่วประเทศ ถึงพฤติกรรมกาเลือกใช้บริการเมื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของชุมชนเกิดการเจ็บป่วย พบว่าประชากรส่วนใหญ่เลือกใช้บริการรักษาตนเอง โดยการพึ่งร้านขายยาทั่วไปถึงร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาล เอกชนร้อยละ 23 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด และก่อให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากการรับยาไม่ถูกต้อง ดังที่มุกดา ตฤณานนท์ (เบญจพร แก้วมีศรี. 2534 : 41 ; อ้างอิงมาจากมุกดา ตฤณานนท์. 2519 : 69 - 74) ได้ทำการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้อาการของโรคภัยพวยต์ยังคงมีอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมักซื้อยาปฎิชีวนะมากินเอง โดยกินในระยะเวลาสั้นเพียง 3 - 4 วัน แล้วก็เปลี่ยนมาเป็นอย่างอื่นต่อไป ซึ่งมักจะซื้อยาเป็นชุดมากิน ซึ่งถ้าประชาชนได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. กินยาไม่ครบจำนวนมักพบว่า หลังจากอาการดีขึ้นแล้วก็หยุดกินยา เนื่องมาจากความไม่รู้ ความเคยชินที่ผิด ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมานั้น เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตรายรุนแรงได้ เช่น การกินยาเพนิซิลลิน (Penicillin) ในโรคเจ็บคอ ไม่ครบ 7 วัน อาจทำให้เกิดเชื้อแบคทีเรียผลิตโคสเตร็ปโตคอคคัส B Hemolytic Streptococci) ที่เหลืออยู่ก่อให้เกิดโรคหัวใจ รูมาติกได้หรืออาจก่อให้เกิดเชื้อคื้อยาเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลมาก ดังรายงานวิจัย การคื้อยาคลอสแตรมเฟนิคอล ของเชื้อทัยพอยต์ในแถบจังหวัดอยุธยา ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า ถ้าผู้ป่วยเป็นทัยพอยต์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในแถบนั้นไม่ควรเลือกซื้อยากลอสแตรมเฟนิคอลในการรักษาเลย (ภาพล ศรีวิฑฒกุล. 2532 : 524)

3. วิธีการช้ยาไม่ถูกต้องการรักษาจะได้ผลเต็มที่ และเกิดพิษของยาน้อยที่สุด เมื่อมีการใช้อย่างถูกวิธี เช่น ยาบปฏิชีวนะควรกินก่อนอาหาร ครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมได้ดีขณะท้องว่าง ซึ่งจะทำให้มีผลต่อการรักษาเต็มที่คือ สามารถทำลายเชื้อโรคได้ แต่ถ้กินยาแล้วกินอาหารทันที จะทำให้การดูดซึมของยาลดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าฤทธิ์ที่จะฆ่าเชื้อได้

นอกจากนี้ยาก็ควรกินให้ได้ขนาดตามแพทย์สั่งจริง ๆ เพราะการตรวจโดยประมาณ หรือใช้ช้อนตวงที่ไม่ได้มาตรฐาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาน้อยเกินไป ซึ่งถ้าได้ยาน้อยเกินไปฤทธิ์ก็จะไม่เพียงพอสำหรับการรักษาโรคหรือถ้ามากเกินไปก็อาจเกิดฤทธิ์สะสมของยา เกิดพิษได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก

4. ใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค ทำให้เกิดอันตรายได้ดังที่ พิศวาท หุติยะโพธิ์ และคนอื่น ๆ (2519 : 73 - 74) ได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า มีการนำยาปฏิชีวนะมาใช้เป็นยาแก้ปวดลดไข้ลดไข้ เช่น มีการใช้คลอแรมเฟนิคอลเตตราซัยคลินมาเป็นยาลดไข้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งนับเป็นการใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรคที่นับเป็นอันตรายมาก โดยเฉพาะการนำคลอแรมเฟนิคอลแบบน้ำเชื่อม (ปกติยานี้ถูกเพิกถอนออกจากตำรับยาแล้ว) มาเป็นยาลดไข้ในเด็ก นอกจากอันตรายดังได้กล่าวมาแล้ว ยังทำให้เกิดการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอีกด้วย

5. ใช้ยาต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้ได้ขนาดของยาไม่เพียงพอต่อการรักษาถึงถ้าเป็นการใช้ยาที่หมดอายุด้วยแล้ว นอกจากไม่ได้ผลในการรักษายังกลับให้โทษเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้อีกด้วย ซึ่งพบว่าการนำยาที่เสื่อมคุณภาพแล้วนำมาขายในราคาที่ถูกลงกว่าราคาจริง

6. ได้รับพิษของยา เนื่องจากได้รับยามากเกินไปโดยคิดว่าถ้ากินยาในขนาดที่มากจะช่วยยให้โรคหายเร็ว ซึ่งอาจทำให้เกิดผลเสียมาก เช่น ผู้ใช้แรงงาน จำนวนมาก นิยมกินยาแก้ปวดชนิดของ รอดกินวันละ 4 - 5 ของ ซึ่งก่อนทำให้เกิดผลในกระเพาะอาหารได้

7. ใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เช่น มีการนำสเตียรอยด์ ไปจัดเป็นยาชุดที่ทำให้หัววน เนื่องจากยานี้มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้บวม ผู้กินยาจึงคิดว่าตนหัววนขึ้น ซึ่งถ้ากินติดต่อกันนาน ๆ หรือกินขนาดสูงจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลง และเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

3. สุขภาพผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (สุพิศตรา สุภาพ. 2526 : 50)

คนชราหรือผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่เป็นสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทแสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนปัจจุบันมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์ที่นี้แตกต่างกันออกไปในสังคมแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจากการปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปอย่างนี้ จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุก ๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการได้ด้วยเช่นกัน (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 4)

ฟอง เกิดแก้ว (2525 : 124) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้สูงอายุประกอบด้วย ลักษณะดังนี้

1. เมื่อใดกำลังกายและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำงานเลี้ยงชีพได้น้อยลงกว่าเดิม ในลักษณะที่ร่างกายไม่อำนวยให้ทำ แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ

3. มีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น เป็นต้นว่ามีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีการแยกตัวตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคมส่วนรวม เห็นคุณค่าของตัวเองลดลง ต้องการให้ผู้อื่นสนใจ และเป็นที่ยอมรับของสังคม

คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 7 ประการด้วยกัน ซึ่งปรากฏว่า เซอร์วิลตัน เซอร์วิล เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะครบถ้วนสมบูรณ์ (ประสพ รัตนกร. 2534 : 18) คุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุทั้ง 7 ประการ คือ

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Good Health)
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยมอดหวัง (Hopefulness)
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (Activeness)
4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี (Charming Personality)
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness)
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง (Dignity)
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ (Nobility)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันถึงแม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างกว้างขวางแต่ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีเดียวอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเป็นผู้สูงอายุได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปเป็นที่ยอมรับทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุเชิงชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งสมพันธ์ พิณธีระนันท์ (2535 : 1 - 6) ได้รวบรวมและอธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสูงอายุ โดยมีแนวคิดเชิงพันธุกรรมคือ

1.1 ทฤษฎีเชิงพันธุกรรม (Genetic Theories) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายนั้นเกิดขึ้นตามพันธุกรรมที่ถ่ายทอด

สืบต่อกันมา โดยเชื่อว่าการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลได้กำหนดไว้แล้วด้วย "นาฬิกาชีวิต" ซึ่งอยู่ในนิวเคลียส (Nucleus) และในไซโทพลาสซึม (Cytoplasm) จากการศึกษา เชื่อได้ว่าเซลล์ของร่างกายสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน 110 - 120 ปี โดยมีการแบ่งตัวได้มากที่สุดไม่เกิน 50 ตัว ก็ จะแบ่งในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นประมาณ 30 ครั้ง ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย 20 ครั้ง หลังจากนั้นจะเริ่มเสื่อมทาลายลง ทฤษฎีตามแนวคิดนี้ คือ

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory)

ซึ่งเชื่อว่าอายุขัยได้ถูกกำหนดโดยรหัสทางพันธุกรรม โดยพบว่าบรรพบุรุษในครอบครัวว่าอายุขัย ยืนยาวบุคคลในครอบครัวนั้นจะมีอายุขัยยืนยาวไปด้วย แต่อย่างไรก็ตามหากมีการเปลี่ยนแปลง ในสิ่งแวดล้อมอาจทำให้อายุขัยของบุคคลในครอบครัวนั้นเปลี่ยนแปลงไปได้

1.1.2 ทฤษฎีพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular Genetic Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่ายีนซึ่งเป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรมโดยหน่วยหนึ่งจะมาจากพ่อและอีกหน่วย หนึ่งมาจากแม่ ยีนมีส่วนประกอบทางเคมีคือ DNA ซึ่งถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทำลายการทำหน้าที่ของเซลล์จะเสียไปเกิดความคิดปกติและตายในที่สุดการทำหน้าที่ของเซลล์จะเสียไป เกิดความคิดปกติและตายในที่สุด

1.1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Mutation Theory) เชื่อว่าเซลล์

ของร่างกายมีการพัฒนาไปตามธรรมชาติ แต่อาจมีบางสิ่งมีผลกระทบต่อการส่งรหัสพันธุกรรม ทำให้เกิดการผ่าเหล่าและจากการศึกษาพบว่า รังสีเอกซ์เรย์ก่อให้เกิดการผ่าเหล่าและทำลาย เซลล์ให้อายุสั้นลง จากการติดตามชีวิตของบุคคลที่เมืองฮิโรชิมา ซึ่งได้รับรังสีจากระเบิดปรมาณู พบว่าบุคคลเหล่านี้มีอายุน้อยกว่าปกติ

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) เชื่อว่า เซลล์มี

การทำงานต่อเนื่องกันโดยมีการทำงานร่วมกันของ DNA และ RNA แต่เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ยีนจะค่อย ๆ มีการผิดปกติในการส่งรหัสพันธุกรรมความผิดพลาดจะมีมากขึ้นจนถึงจุดหนึ่ง เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายจะเสื่อมและหมดอายุลง

1.2 ทฤษฎีไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic Theories)

เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของอายุขัยเกิดขึ้นในรอมเลกุลเป็นผลจากการเชื่อมตามขวาง (Cross-linkage) และอนุมูลอิสระ (Free Radical)

1.2.1 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linkage Theory)

เชื่อว่าความสูงอายุมีการเสื่อมของเนื้อเยื่อวัยต่าง ๆ ทั่วร่างกายเกิดขึ้น เนื่องจากมีการเชื่อมตามขวางของรอมเลกุลของโปรตีนทั้งภายในและภายนอกรอมเลกุล ที่พบมากที่สุดคือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ ได้แก่ อีลาสติน และคอลลาเจน (Elastin and Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันทำให้เซลล์เกาะยึดกันแน่น ขาดความยืดหยุ่น เปราะและแตกง่าย ที่สังเกตได้ง่ายคือ ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้ง หย่อนยาน ความตึงตัวน้อย กล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดมีแคลเซียมเกาะจับตัวแน่น การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อไม่ดี ตามข้อต่าง ๆ จะยึดติดแข็ง พันจะหัก ซึ่งแสดงถึงความเสื่อมถอยหน้าที่ทั้งสิ้น

1.2.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เชื่อว่า

การเสื่อมทำลายของเซลล์ภายในร่างกายเป็นผลมาจากการสะสมของอนุมูลอิสระ (Free Radical) ซึ่งเป็นสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ปกติ สารประกอบทางเคมีเหล่านี้จะมีปฏิกิริยาสูงกับสารอื่น ๆ ภายในเซลล์โดยเฉพาะสารที่ไม่ละลายในไขมัน จึงเกิดการทำลายและรั่วไหลของผนังเซลล์ได้ง่ายและทำให้เกิดคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นมากมายจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป และเชื่อว่าอนุมูลอิสระจะถูกกลืนหรือยับยั้งได้ด้วย สารประกอบที่มีคุณสมบัติคล้ายวิตามิน อี และ ซี ดังนั้นผู้มีความเชื่อตามแนวนี้จึงส่งเสริมให้บุคคลรักษาสุขภาพเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเหล่านี้

1.2.3 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and Tear Theory)

เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่กำหนดไว้แล้วเป็นโปรแกรมมีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้องมีการสึกหรอ และกระบวนการเหล่านี้จะมีอัตราของการเสื่อมและถดถอย สูงต่ำแตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดในแต่ละบุคคล

1.2.4 ทฤษฎีภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Theory)

เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยเชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงพร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี เกิดความเจ็บป่วยง่ายและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่วนการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองนั้นทำให้เกิดการต่อต้านตัวเองทำลายเซลล์ของร่างกาย

2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสรีรวิทยา (Physiological Theories) เชื่อว่าไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่สมองท่อน้ำที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อคนอายุมากขึ้น เช่น ในสตรีเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือนเนื้อเยื่อในร่างกายจะสูญเสียรูปร่างและความยืดหยุ่น แต่ร่างกายก็ยังไม่เสื่อมสลายไป ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสรีรวิทยานี้ได้แก่

2.1 ทฤษฎีความเครียด (Stress Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่ผ่านมาจะถูกสะสมไว้และก่อให้เกิดการเสื่อมทำลายของเซลล์ จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ หรืออยู่กับความเครียดเป็นเวลานาน อัตราความเสื่อมสลายจะสูง ทำให้บุคคลผู้นั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วกว่าบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน

2.2 ทฤษฎีการอดอาหาร (Starvation Theory) ทฤษฎีนี้เสนอว่าการที่อ้วนเกินไปหรือรับประทานอาหารมากเกินไปจะทำให้ชีวิตสั้นลง

3. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตวิทยา ทฤษฎีเชิงจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงสูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ อยู่อาศัย

3.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบค่อยๆค่อยๆค่อยๆ เห็นความสำคัญของคนอื่น มีความรู้จักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่ค่อยได้ จิตใจคับแคบ รู้สึกว่าตนเองทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุขนัก ชีวิตแบบนี้เลยมักจะเศร้า

4. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคมวิทยา ทฤษฎีเชิงสังคม กล่าวว่า แนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพ และการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องไปถึงทฤษฎีเชิงชีวภาพและเชิงจิตวิทยาด้วย ทฤษฎีแนวนี้พยายามวิเคราะห์เหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคมวิทยานี้ ได้แก่

4.1 ทฤษฎีการไร้การผูกพัน (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโดยทั่วไปบุคคลจะต้องแยกจากกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ด้วยความตาย บุคคลจึงควรมีการเตรียมตัวที่จะยอมรับสภาวะที่ต้องเลิกเกี่ยวข้องกับสังคมได้ ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จในการปรับตัว ถ้าสามารถผ่านกระบวนการเหล่านี้ไปได้ด้วยดี คือพยายามลดความรับผิดชอบและบทบาทในสังคม มีเวลาว่างมากขึ้น ยอมรับสภาพความเสื่อมถอยทางร่างกาย แบ่งเบาภาระที่ตนไร้ความสามารถให้แก่ผู้สามารถมากกว่า ยอมรับสภาพของตนเอง พยายามหางานที่เหมาะสมกับความสามารถของตนทำและหาหนทางที่ทำให้จิตใจสงบ

4.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าความสูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนบุคคลในวัยกลางคน บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จในการปรับตัวตามวัยนี้ควรเป็นคนกระฉับกระเฉงและกระตือรือร้นอยู่เสมอ ดังนั้นเมื่ออย่างเข้าสู่วัยเกษียณบุคคลนั้น ๆ ควรหางานใหม่ทำ เมื่อสูญเสียชีวิตหรือเพื่อนก็ควรหาเพื่อนใหม่ บางทีอาจเข้าสังคมกับคนที่อ่อนวัยกว่าเป็นคนที่บุคลิกกล้าแรงแจ่มใส

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตาจรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมด้วย

ไบร์เรน และเรนเนอร์ (Birren and Renner. 1977 : 45) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้วภายใต้สิ่งแวดล้อมและจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ แบ่งได้ 3 รูปแบบคือ

1. ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (Lifespan) ของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายุทางจิตใจ (Psychological) หมายถึงความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้ไม่มีการพัฒนามากขึ้น

3. ความสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึง บทบาทสถานภาพในครอบครัวและการทำงาน รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้นซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

สัมพันธ์ พิณธีระนันท์ (2535 : 5 – 8) ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เห็นได้ชัดเจนนี 3 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1.1 การสูญเสียเซลล์ ขณะเป็นผู้ใหญ่เซลล์ของร่างกายจะมีจำนวนคงที่และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเซลล์เก่าตายไปแต่ไม่มีเซลล์ใหม่เข้ามาแทนที่ ทำให้เซลล์ในอวัยวะต่าง ๆ ลดจำนวนลง เป็นผลให้เกิดการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงด้วยโดยเฉพาะเซลล์ของสมอง ไต ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ และกระดูกอ่อน

1.2 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เนื้อเยื่อเกี่ยวพันมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ คอลลาเจน ซึ่งเป็นตัวช่วยให้เซลล์เกาะติดกัน ตามปกติคอลลาเจนมีลักษณะยืดหยุ่นทำให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น แขน ขา กล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่ว แต่เมื่ออายุมากขึ้นการยืดหดตัวของคอลลาเจนจะลดลงทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่วเหมือนเดิม นอกจากนี้เนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เพิ่มขึ้นในกล้ามเนื้อ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง จึงมีอาการเชื่องช้า ทำงานหรือออกกำลังกายไม่ได้เกิดอาการอ่อนล้าได้ง่าย การทรงตัวไม่ดี

1.3 เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง อัตราการย่อยสลาย การใช้สารอาหารและการสร้างเซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ จะลดลงร้อยละ 2 ทุก 10 ปี ที่อายุเพิ่มขึ้น หลังจาก ที่ร่างกายหยุดเจริญเติบโตแล้ว

1.4 การสร้างฮอร์โมนลดลง การสร้างฮอร์โมนเพศเอสโตรเจน เทสโทสเตอโรนลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงระดับพาราไธรอยด์ฮอร์โมนทำให้การสร้างเซลล์กระดูกลดลง รวมทั้งการดูดซึมแคลเซียมไม่ดีเหมือนเดิม แคลเซียมสลายออกมาจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกพรุนและเปราะหักง่าย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการปวดหลังและอาการปวดเมื่อยต่าง ๆ

1.5 ระบบทางเดินอาหารเปลี่ยนแปลงไป มีความผิดปกติของการย่อยอาหารทั้งนี้เนื่องจาก

1.5.1 ฟันหักมากขึ้น ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดรับประทานอาหารได้เฉพาะอาหารนุ่ม ๆ ไม่มีกาก ส่วนใหญ่ได้แก่ แป้ง ข้าว น้ำตาล การบริโภคน้ำ อาหารจืดจาง ผลไม้ และเนื้อสัตว์ รวมทั้งถั่วเมล็ดแห้ง เพราะฟันไม่ดี ทำให้ท้องผูกเพราะขาดกากอาหาร และน้ำหนักเพิ่มขึ้นเพราะบริโภคน้ำตาลไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป

1.5.2 ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยลง ทำให้หลังน้ำลายออกมาน้อย ขาดการหล่อลื่นอาหาร ทำให้เคี้ยวและกลืนอาหารได้ลำบาก ลำไส้ขยับ เพราะประสาทที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง จึงเกิดการเบียดอาหารได้ง่าย

1.5.3 การรับรส กลิ่น และสัมผัสต่าง ๆ ลดลงทำให้ความอยากอาหารลดลง เพราะไม่รู้รส ไม่ได้กลิ่น เมื่ออายุ 70 ปี ความสามารถในการรับรสต่าง ๆ จะลดลงถึงร้อยละ 30 แต่ยังสามารถรับรสหวานได้ดี ผู้สูงอายุจึงมักชอบอาหารหวาน นอกจากนี้

การบริโภคผัก ผลไม้สด และเนื้อสัตว์ลดลง อาจทำให้ขาดวิตามินและเกลือแร่บางชนิด ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินซี เหล็ก สังกะสี ทองแดง ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการรับสื่อน้อยลง ไปอีก

1.5.4 การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ดับผลิตน้ำดีลดลงทำให้ย่อยไขมันได้ยาก ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลงถึง ร้อยละ 35 ทำให้ย่อยโปรตีนได้น้อยลงมีผลให้การดูดซึมเหล็ก แคลเซียม และวิตามินบี 12 ลดลง ดับอ่อนผลิตน้ำย่อยอาหารลดลง จึงทำให้การดูดซึมลดลง การบีบตัวของกระเพาะและ ลำไส้ลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุมักไม่ค่อยเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายเป็นเหตุให้อาหารย่อย ไม่หมด เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง และท้องผูก

1.6 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผิวจะบาง เหี่ยวยุบ ไขมันใต้ผิวหนัง ลดลง ต่อมน้ำมันลดลง ผิวหนังขาดความมันและความยืดหยุ่น ผิวแห้งทำให้คัน เกิดโรคผิวหนัง ได้มาก หลอดเลือดฝอยตามผิวหนังจะแตกง่าย สีผิวเปลี่ยนไป บางแห่งไม่มีสี เกิดจุดด่างขาว บางแห่งมีสีมากเกิดตกกระ บางคนมีติ่งเนื้อออกเม็ดเล็ก ๆ สีเหลือง น้ำตาลหรือดำ ขนและผม จะร่วง ทำให้ผมบาง สีเปลี่ยนเป็นขาวหรือหงอก จากการผลิตเซลล์สีผมลดลง

1.7 การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัส กล่าวคือ สายตาเลวลง สายตาวาย เกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม และปรับสายตาช้า ทำให้เวียนศีรษะได้ง่าย ประสาทรับเสียงเสื่อมลง หูตึง เสียงต่ำจะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติ ทำให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลงจนพริกหอมเสื่อมลง การรับรู้รสก็ถดถอยลง

1.8 การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด หลอดเลือดแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น ทำให้หน้ามืดเป็นลมขณะเปลี่ยนท่าได้ง่าย ความดันโลหิตสูง

1.9 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท สมองเสื่อมไป ความรู้สึกชา ความจำไม่ดี หลงลืมง่าย ความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อและข้อจะเสื่อม ทำให้ท่าเดินเปลี่ยนแปลงไป ก้าวสั้นลงและหัวก้มไปข้างหน้า

1.10 การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและปอด หัวใจอ่อนกำลังลง ปอดเสื่อมลง การขยายตัวหดตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก หายใจทางปากคอจึงแห้ง กระดูกทรวงอก แข็ง กล้ามเนื้อกระดูกทรวงอกเสื่อม ทำให้หายใจไม่สะดวก

1.11 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ ๖๓. เลื่อนท้าวให้ขับของเสีย ๖๔. น้อยลงแต่ขับน้ำออกมาก ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ผู้ชายอาจมีถ่ายปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมาก ๖๕. ผู้หญิงอาจกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน กระเพาะปัสสาวะบีบ กล้ามเนื้อ ๖๖. ปรุคปัสสาวะหย่อน ท้าวให้กลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี

1.12 การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อ ๖๗. ต่อมไร้ท่อเสื่อมลงท้าวให้มีการปรับตัว ๖๘. สูสภาวะปกติได้ช้า โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินซึ่งต้องอาศัยระบบต่าง ๆ รวมทั้งระบบประสาท ๖๙. ต่อมาได้สมองและต่อมหมวกไต มักเกิดโรคเบาหวาน และโรคต่อมธัยรอยด์ทำงานผิดปกติได้บ่อยขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

๗๐. ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากขาดความ ๗๑. คล่องตัวในการคิด การกระทำ การติดต่อกับบุคคลอื่น ๆ ท้าวให้ห่างออกจากสังคม ที่สำคัญคือคน ๗๒. ส่วนใหญ่มักมองผู้สูงอายุว่ามีความสามารถในการทำงานลดลง ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่าความสามารถของผู้สูงอายุไม่ได้ลดลงเลย

3. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

๗๓. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านสังคม ท้าวให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ๗๔. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่า ๗๕. หนุ่มสาว มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น แต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตอันวัยเด็กและ ๗๖. วัยผู้ใหญ่ของบุคคลนั้น ความเครียดที่เกิดจากการมีอายุมากขึ้น ส่วนหนึ่งก็มีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุมาก ๗๗. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบคือ

3.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง ๗๘. การรับรู้ในสิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปด้วยยาก ความจำก็เสื่อมลง

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการตอบสนองความ ๗๙. ต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ๘๐. ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ท้าวให้ผู้สูงอายุ ๘๑. มีอารมณ์มั่นคง กระหม่อมกระเหือนใจง่าย เสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธได้ง่าย

3.3 การยอมรับภาวะสูงอายุ การยอมรับสภาพว่าเรามีอายุมากขึ้นคือการเข้าใจความตาย ความสิ้นสุด ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างชีวิตที่ดี บางคนมุ่งชีวิตสงบ ใ้เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว เพราะทำให้รู้สึกอิสระและได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนตาย

3.4 ความสนใจสิ่งแวดลอม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดลอมเฉพาะที่ทาให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเอง ความสนใจส่วนใหญ่มุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาที่จะคิดถึงตนเอง เนื่องจากภาระกิจการงานและสังคม มักจะชอบหรือสนใจเฉพาะสิ่งที่ตนคุ้นเคยไม่ชอบงานแปลก ๆ ใหม่ ๆ ความสนใจสิ่งแวดลอมอื่น ๆ อาจจะยังมีอยู่บ้าง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือความฝฝฝฝในชีวิตลดลงหรือไม่เลย ชอบเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ

ตามที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุยืนยาว มีการเปลี่ยนแปลงเชิงเสื่อมสลายลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ สิ่งแวดลอมด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นยามใดเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยมักมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงมากกว่าเมื่อยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว พยาบาลในฐานะผู้รับผิดชอบต่อการให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม จึงควรมีความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่ออันตรายต่อการรักษาหลาย ๆ ชนิดรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการดูแลและสนับสนุนทางด้านต่าง ๆ จากครอบครัว เช่น ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจ และนอกจากนั้นยังมีความต้องการความรู้สึกรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและต้องการการติดต่อกับญาติพี่น้อง ลูกหลานด้วย

โดยปกติผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะรวมกับครอบครัวที่มีลูก ๆ หลาน ๆ หรือญาติพี่น้อง คนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ในการอยู่ร่วมกันนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือลูก ๆ หลาน ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานก็จะมีอย่างอบอุ่น แน่นแฟ้น และถ้าลูกหลานแสดงความเอาใจใส่ดูแล เป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจและให้กำลังใจ ให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและลูกหลานก็จะมีความหมายมหาศาล

ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงเห็นได้ว่าครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนาน จะเห็นได้จากลักษณะความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสุรกุล เจนอบรม (2534 : 89 - 91) ได้อธิบายลักษณะความต้องการขั้นมูลฐานของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ความต้องการด้านเศรษฐกิจ คือ ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติอาจให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ ถ้าหากผู้สูงอายุไม่มีรายได้อื่นใด แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคมก็ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้บำนาญบำนาญการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ หรือการประกันผู้สูงอายุ เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

2. ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น อาจอยู่ในบ้านของตัวเอง หรืออยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

3. ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุมักมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่าคนหนุ่มสาว จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวและลูกหลานจะต้องให้การเอาใจใส่ ซึ่งในหลาย ๆ ประเทศก็มีบริการด้านนี้อย่างจริงจัง โดยรัฐบาลให้บริการด้านประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น อเมริกา และประเทศทางยุโรป เป็นต้น

4. ความต้องการทางการเงิน การมีงานทำมีความหมายต่อผู้สูงอายุนาน เป็นที่มาของรายได้และเป็นการใช้เวลาให้หมดไป ใช้แรงงานให้เกิดประโยชน์เป็นการป้องกันความเบื่อหน่าย มีเพื่อนที่จะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนั้นยังเป็นการแสดงความสามารถเพื่อให้คนอื่นยอมรับหรือแสดงความเคารพนับถือ เพราะผู้สูงอายุบางคนทำงานไม่ได้หวังเงิน แต่ทำเพื่อฆ่าเวลาเพื่อความภูมิใจมากกว่า

5. ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ เพราะเป็นวัยที่เรียกว่าไม้ใกล้ฝั่ง ความตายอยู่ใกล้เข้ามาทุกที จึงมีความต้องการสนับสนุนจากครอบครัว ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีบุคคลหรือองค์กรภายนอกให้ความช่วยเหลืออนุเคราะห์แก่ผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ แล้วก็ตาม ผู้สูงอายุก็นิยมนำความต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความยกย่องนับถือจากลูกหลานเป็นวัยที่อยากจะมีคนรักและอยากจะถูกรัก เช่น อยากให้ลูกหลานญาติพี่น้องนึกถึงตน และเอาใจใส่ตนบ้าง

ในด้านการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับสังคมแต่ละสังคม ในด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักเสื่อมทราม ตาเริ่มมัวมองไม่เห็น หูไม่ค่อยได้ยิน ลิ้นไม่ค่อยได้รส ปราสาทต่าง ๆ เริ่มทำงานไม่เต็มที่ กำลังด้านต่าง ๆ ลดลง จิตใจอ่อนเพลียมักสนใจสุขภาพของตนเองลดน้อยลง ดังนั้นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการมีสุขภาพดีนับเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุ

ประสพ รัตนกร (2534 : 28) ได้แนะแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์และย่อยง่าย จำนวนหรือขนาดที่รับประทานควรเป็นมือน้อย ๆ วันละประมาณ 4 มื้อ นอกจากนี้ควรรับประทานผักสดและผลไม้เป็นประจำ
2. อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่งและไหลเวียนได้ดีตลอดเวลา ทั้งนี้ต้องปราศจากมลภาวะต่าง ๆ ทางอากาศด้วย
3. อารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้นั้นพึงระมัดระวังการเกิดอารมณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธควรหลีกเลี่ยงเป็นการดีที่สุด เพราะในภาวะโกรธนั้นกล้ามเนื้อจะเกร็งหลังจากที่กล้ามเนื้อเกร็งบ่อย ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเหนียวได้ง่าย
4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสื่อมทรามของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น สามารถทำให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานประสานกันได้ดี และสามารถลดความตึงเครียดทางจิตใจได้อีกด้วย

5. อูจาจาระ ผู้สูงอายุควรดูแลการขับถ่ายอย่าให้ท้องผูก ซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประเภทของอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผักและผลไม้เพิ่มขึ้น ควรดื่มน้ำมาก นอกจากนี้แล้วการฝึกหัดการขับถ่ายเป็นประจำทุกวัน จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของลำไส้ใหญ่ได้ดีขึ้น

การส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ สุภาณี กาญจนจารี (2535 : 2746 - 247) ได้แนะแนวทางโดยมุ่งสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองควบคู่กันไปดังนี้คือ

1. ผู้สูงอายุต้องยอมรับว่าเมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายและจิตใจย่อมเปลี่ยนแปลงไปในทางลดน้อยลง ต้องปรับตัวให้เข้ากับบทบาทใหม่
2. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมเกินไป ต้องมีเวลาพักผ่อนไม่มีการแข่งขัน และการออกกำลังกายควรทำให้ร่างกายสดชื่น และกระปรี้กระเปร่ามากกว่าเหน็ดเหนื่อย เช่น การเดิน การทำสวนครัว ถีบจักรยาน ฯลฯ ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายลักษณะนี้ได้ ก็ควรออกกำลังกายโดยการจัดโปรแกรมของการบริหารร่างกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย นอกจากนี้การออกกำลังกายยังทำให้หลับได้ดี
3. แนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องมีความสมดุลของสารอาหารจำนวนแคลอรีไม่ต้องการมาก รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง คาร์โบไฮเดรตปานกลาง และไขมันเพียงเล็กน้อย
4. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพเป็นระยะ เมื่อพบว่ามีอาการเจ็บป่วย ต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อรักษา เพราะโรคของผู้สูงอายุมักซับซ้อน และมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน
5. ให้ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ไม่ท้อแท้หรือหมดกำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและเคลื่อนไหวได้ดี
6. ส่งเสริมในการป้องกันอุบัติเหตุ โดยจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ชุมชน ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
7. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของตนเอง ตามปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุ

8. ให้แหล่งประโยชน์ของชุมชน (Community Resources) เช่น คลินิกของผู้สูงอายุ เพื่อมาขอคำแนะนำ ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอายุมากกว่า 70 ปี ควรได้รับการเยี่ยมเยียนจากทีมสุขภาพ (พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือ อาสาสมัคร)

9. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ จากแพทย์ในเรื่องต่อไปนี้

9.1 การตรวจคลื่นหัวใจ เพื่อค้นหาโรคหัวใจไม่แสดงอาการ

9.2 เอ็กซเรย์ปอด เพื่อค้นหาโรควัณโรคปอด มะเร็งปอด ขนาดของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด และกระดูกหน้าอก

9.3 ทดสอบสมรรถภาพปอด เพื่อค้นหาโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง

9.4 ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อค้นหาโรคเบาหวาน

9.5 ตรวจดูภายใน เพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง

9.6 ทดสอบการได้ยินและการมองเห็น

นอกจากนี้ สมพร อินแก้ว (2532 : 27 - 30) ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก มีความรู้ความสามารถทางใดทางหนึ่งเป็นอย่างหนึ่ง เป็นวัยที่ยังมีพลังสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ควรช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร สมาชิกในครอบครัวและสังคมพึงปฏิบัติให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าและความสำคัญ มีความหวังในชีวิต เช่น การขอคำแนะนำปรึกษาต่าง ๆ

2. ควรระมัดระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เช่น กล่าวคำหักทายเป็นเมื่อรับประทานอาหาร ควรดักข้าวและเชิญให้รับประทานก่อน

3. ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดีหรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้สูงอายุอย่างเต็มใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคนชื่นชมในบางส่วนของตน

4. ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เช่น ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่าง ๆ และดูแลเอาใจใส่

5. เอาใจใส่เรื่องอาหารและการออกกำลังกายให้ได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมเป็นประจำ
6. ที่พักอาศัย ผู้สูงอายุต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลานก็ควรอยู่บ้านเดียวกัน เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติอย่างใกล้ชิด และเพื่อนร่วมวัยเดียวกันบ้าง
8. ให้ความเคารพยกย่องและนับถืออย่างสม่ำเสมอ เช่น ประเพณีรดน้ำศพผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์
9. ให้อภัยความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสม
10. รัฐควรจัดบริการทางสังคมต่าง ๆ เช่น บริการทางแพทย์ บริการสถานสงเคราะห์คนชรา และอื่น ๆ

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

สภาพร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น ๆ เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานของระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงนี้มักเกิดขึ้นช้า ๆ ในภาวะปกติอวัยวะของระบบต่าง ๆ ยังทำหน้าที่ได้ปกติ และในภาวะบีบคั้นไม่ว่าจะเกิดจากความบีบคั้นทางอารมณ์หรือร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลไว้ได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ นั้นมาซึ่งการเกิดโรคต่าง ๆ (ไพโรจน์ อัมสมบัติ. 25333 : 16)

โรคของผู้สูงอายุมีผู้ให้ความแตกต่างไว้มากมาย ดังเช่น เอช เอ็ม ฮอดกินสัน (Hodkinson. 1976 : 1) ได้ให้ความแตกต่างของโรคผู้สูงอายุไว้ 5 ประการ คือ

1. วัยสูงอายุมักมีหลายโรค ส่วนวัยอื่น ๆ มักมีโรคเดียว การตรวจวินิจฉัยของแพทย์จึงต้องกระทำอย่างรอบคอบ

2. ไม่มีอาการแสดงของโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดอักเสบอย่างรุนแรง โรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคจากเชื้อไวรัส เช่น โรคหัวใจหรือโรคตับอักเสบ ก็ไม่พบอาการเช่นเดียวกัน

3. อุณหภูมิ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าแนวโน้มในการควบคุมอุณหภูมิความร้อนไม่ค่อยปกติ ฉะนั้นจึงไม่อาจใช้เป็นข้อบ่งชี้ถึงความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุได้ดั่งนัก

4. ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป ดังจะพบว่าในรายที่มีการอักเสบจากการติดเชื้อ จะไม่พบอาการเจ็บป่วย ระดับอุณหภูมิของร่างกายและเม็ดเลือดขาวไม่เพิ่มขึ้น การตัดสินใจว่ามีการอักเสบเกิดขึ้นหรือไม่ อาจจะต้องพิจารณาภาวะความมั่นคงทางจิตและอัตราการเต้นของชีพจร

5. อาการเจ็บป่วย การปนเปื้อนเพียงเล็กน้อยในผู้สูงอายุอาจเป็นอาการรุนแรงก็ได้ ดังเช่น ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย ถ้าเกิดกับคนหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงถึงกับช็อคได้แต่ถ้าเกิดในผู้สูงอายุอาจจะเจ็บเพียงเล็กน้อย หรืออาจจะไม่มีอาการเจ็บเลย

ในเรื่องโรคของผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2535 : 48) ได้จัดจำแนกโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ จำนวน 10 โรค ซึ่งจำแนกได้ตามลำดับดังต่อไปนี้คือ

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. โรคข้อเสื่อม
4. โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
5. โรคฟันโรคปอด
6. โรคต่อกระเจก
7. โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรัง
8. โรคกระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ
9. โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร
10. กลุ่มอาการทั่วไป

จากการศึกษาวิจัยของคณะอนุกรรมการควบคุมโรคผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2531 จากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลของรัฐ ระดับต่าง ๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวม 18 แห่ง (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. 2533 : 16 - 17) พบว่าโรคที่พบบ่อย 5 โรคแรกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอก คือ

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรคปวดข้อ
4. โรคหลอดเลือดหัวใจ
5. โรคผิวหนังโรคปอด

โรคที่พบบ่อย 5 โรคแรกในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยใน คือ

1. โรคต่อกระຈก
2. โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร
3. โรคความดันโลหิตสูง
4. โรคเบาหวาน
5. โรคผิวหนังโรคปอด

4. ยากับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากระบบและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมลง ร่างกายไม่สามารถรักษาสภาพสมดุลไว้ได้ จึงมักเกิดอาการเจ็บป่วยมากกว่าวัยหนุ่มสาว ยาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพื่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมักสลับซับซ้อนเกิดหลาย ๆ โรคพร้อมกัน ทำให้ต้องงายาหลาย ๆ ชนิดและใช้ เป็นระยะเวลานาน ๆ เพื่อการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย โอกาสการงายาของผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ซึ่งมักจะก่อให้เกิดปัญหาการงายาตามมาคือ การได้รับพิษยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา และเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา เป็นต้น

ผู้สูงอายุทนต่อการรักษาที่ไม่เหมาะสมได้น้อย ดังที่สุภาณี กาญจนจารี (2535 : 237 - 238) ได้อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุทนต่อการรักษาที่ไม่เหมาะสมได้น้อย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระซึ่งมีผลกระทบต่อการแพร่กระจายของยา การเผาผลาญยา และการขับออก อวัยวะที่สำคัญคือ หัวใจ ตับ และไตมีส่วนเกี่ยวข้องงานการขับออกและการเผาผลาญยา มีผลทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงหรือเกิดการสะสมทำให้เกิดพิษตามมาได้ มีการศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ของการดูดซึมในระบบทางเดินอาหารจำนวนเลือดไหลผ่านและการเคลื่อนไหวไม่มีผลต่อการดูดซึม แต่การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบทั้งหมดของร่างกายกับจำนวนเนื้อเยื่อไขมันที่เพิ่มขึ้นและเนื้อเยื่อ Lean และน้ำที่น้อยลง จะมีผลต่อการดูดซึมของยา และในผู้สูงอายุจำนวนอัลบูมิน (Albumin) ซึ่งเป็นโปรตีนในกระแสเลือดลงร้อยละ 20 ทำให้มีปริมาณของโปรตีนที่จะจับกับยาลดน้อยลง ยาที่อยู่ในรูปอิสระจำนวนมากขึ้น ซึ่งยาที่อยู่ในรูปอิสระนี้สามารถออกฤทธิ์ได้ เมื่อระดับอัลบูมินลดลงทำให้ความเข้มข้นของยารวมขึ้นเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น

การเผาผลาญของยาที่ตับจะลดลง เป็นผลจากการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับลดลง จำนวนเซลล์ตับลดลง นอกจากนี้การขับออกของยาขึ้นอยู่กับหน้าที่ไต ผู้สูงอายุ หน้าที่ไตลดลง ทำให้ยาถูกขับได้น้อย และยังมียาปฏิชีวนะที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ เตตราไซคลิน (Tetracyclin) และเจนด้ามัยซิน (Gentamycin) การเปลี่ยนแปลงของการดูดซึมและการขับออกของยาในผู้สูงอายุ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 การเปลี่ยนแปลงของการดูดซึมและการขับออกของยาในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	การเปลี่ยนแปลงทางสรีระ	สิ่งสำคัญทางคลินิก
1. การดูดซึม	- ความเป็นกรดต่างเพิ่มมากขึ้น - จำนวนเลือดที่ไหลเวียนไปที่ระบบทางเดินอาหารลดลง - จำนวนเซลล์ในการดูดซึมลดลง - การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร	การศึกษาสิ่งเหล่านี้ไม่ได้สนับสนุนหรือส่งเสริมความสามารถในการดูดซึมยา
2. การกระจายของยา	- จำนวนน้ำในร่างกายทั้งหมดลดลง - Lean body tissue mass ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม - จำนวนไขมันเพิ่มขึ้น	สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ความเข้มข้นของยาที่กระจายอยู่เพิ่มมากขึ้น
3. การรวมตัวกับโปรตีน	- โปรตีนในกระแสเลือด (Albumin) ลดลง	ทำให้ยาที่ไม่ได้รวมกับโปรตีนเพิ่มมากขึ้น
4. ขบวนการเผาผลาญ	- เลือดไหลไปที่ตับลดลง - จำนวนเซลล์ตับน้อยลง - หน้าที่ของเอนไซม์ (Enzyme) ลดลง	การกรองพิษของยาลดน้อยลง
5. การขับออก	- จำนวนเลือดไหลไปที่ไตลดน้อยลง	Renal clearance ของยาและการเผาผลาญของยาลดลง

ที่มา : สุภาณี กาญจนจารี. "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ," ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, หน้า 238. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินตริง, 2535.

ยาสาคัญบางชนิดที่ทําให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ

กําพล ศรีวัฒนกุล (2534 : 59 - 60) ได้รวบรวมยาสาคัญที่มักทําให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุไว้ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 แสดงยาสาคัญบางชนิดที่อาจทําให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ

ชื่อยา	ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
ไซเมทิดีน (Cimetidine)	การขับถ่ายออกทางไตจะลดน้อยลง และระดับของยาในเลือดสูงขึ้น จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการของความผิดปกติ การใช้ควรลดขนาดของยา
ดิจ็อกซิน (Digoxin)	การขับถ่ายทางไตน้อยลงเป็นอันตรายต่อความเป็นพิษของยา จึงควรหาขนาดที่น้อยลง
ยาขับปัสสาวะพวกไธอะไซด์ (Thiazide diuretics)	เกิดการขับน้ำ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ ความดันเลือดต่ำ กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ และมีการแข็งของปัสสาวะ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการให้ยาขับปัสสาวะในปริมาณที่สูงมาก และถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสม อาจทําให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ
ยาลดความดันเลือด เช่น โปรปรานอลอล (Propranolol)	ทําให้ความดันเลือดต่ำ อาจเป็นลม หัวใจเต้นช้าลง และระดับยาในร่างกายจะสูงขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพในการกำจัดยาออกจากร่างกายลดลง

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อยา	ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
ยาขยายหลอดลม เช่น ทีโอฟิลลีน (Theophylline), อีเฟดีน (Ephedine)	ประสิทธิภาพของยาเหล่านี้อาจจะลดลงเพราะการตอบสนองของตัวรับยาลดลง ระดับยาในเลือดสูงขึ้น และอาการข้างเคียงต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ความคิดสับสน มีการคั่งของปัสสาวะ จึงควรให้ยานาน้อย ๆ
ยาสงบประสาทและยานอนหลับ	ผลและระยะเวลาของการออกฤทธิ์จะเพิ่มขึ้น อาจมีฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ เช่น เดินเซ เวียนศีรษะ กระวนกระวาย ความคิดสับสนได้ง่าย
บาร์บิทูเรท (Barbiturates)	เป็นยาที่ควรหลีกเลี่ยง
เบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines)	ควรใช้ในขนาดน้อย ๆ และเป็นพวกที่มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น เช่น ออกซาซีแพม (Oxazepam)
คลอโรควิน (Chloroquine)	ถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะเกิดการสะสมในร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการใช้นานรายที่ทำงานไม่ได้
อะโทรปีน (Atropine)	ทำให้เกิดการคั่งของปัสสาวะ ท้องผูก ปากแห้ง ซึ่งอาจมีมากจนผู้ป่วยทนไม่ได้ นอกจากนี้ความคิดอาจสับสน

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อยา	ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
ยาแก้ปวดที่เป็นยาเสพติด เช่น เมธาโดน (Methadone)	ระดับยาในเลือดสูงทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ความดันเลือดต่ำ และมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง
ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เช่น อินโดเมทาซิน (Indomethacin), ฟินิลบิวตาโซน (Phenylbutazone)	ระดับยาในเลือดสูง และพบอาการข้างเคียงของโรคได้มาก อาจเป็นทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ปวดศีรษะ เชื่องซึม และอาจทำให้เกิดการคั่งของ ของเหลวภายในร่างกาย และทำให้หัวใจล้มเหลวได้
เตตราไซคลิน (Tetracyclin)	การขับถ่ายของยาออกทางไตลดลง ทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา คือ คลื่นไส้ และมีการเพิ่มระดับของยูเรียในเลือด
อะมิโนกลัยโคไซด์ (Aminoglycosides) เช่น กานามัยซิน (Kanamycin)	การขับถ่ายของยาออกทางไตลดลง ยามีผลทำให้เกิดอาการเกี่ยวกับระบบประสาทหูได้บ่อยขึ้น ควรใช้ขนาดน้อยลง
ไนโตรฟูแรนโทอิน (Nitrofurantoin)	การขับถ่ายของยาออกทางไตลดลง อาจทำให้เกิดอาการของโรคเหน็บชา
ยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น พวงซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylurea)	เพิ่มโอกาสในการที่ระดับน้ำตาลในเลือดจะต่ำกว่าปกติมากเกินไป และมีผลยาวนาน

ตาราง 5 (ต่อ)

ชื่อยา	ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ
คอร์ติโคสเตียรอยด์ เช่น เพรดนิซอลอน (Prednisolone)	เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะกระดูกพรุน มีปริมาณน้ำออก น้อยลง และแตกหักง่ายโดยเฉพาะในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน

ที่มา : กาฬ สรวิวัฒนกุล. คู่มือยาฉบับสมบูรณ์สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 5,
กรุงเทพฯ : บริษัท เมดาร์ท จำกัด, 2534. หน้า 59 - 60.

หลักการจ่ายยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยมากกว่าวัยหนุ่มสาว มักมีการใช้ยาหลาย ชนิดและใช้เป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งมีผลทำให้ได้รับพิษของยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์ของยา และปฏิกิริยาระหว่างยาสูงกว่าวัยหนุ่มสาว ดังนั้นการจ่ายยาในผู้สูงอายุจึงควรเพิ่มความระมัดระวัง โดยยึดหลักการปฏิบัติการจ่ายยาดังนี้ (วิจิตร บุญะโรตระ. 2535 : 200 - 203)

1. ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดต่อข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ที่แจ้งว่านานับแทรกานกล่อง
ยา
2. รับประทานยาให้ครบตามจำนวนที่แพทย์ หรือเภสัชกรระบุไว้
3. เมื่อมีอาการแพ้ยาหรือมีอาการผิดปกติเมื่อใช้ยาให้รีบแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร
ทราบทันที
4. อย่าลืมยาจากผู้อื่น ซึ่งอาจมีอาการป่วยคล้ายคลึงกัน และนำมาให้ยาแก่ผู้อื่น
เช่นกัน

5. จงปฏิบัติตามข้อห้ามหรือข้อควรระวังอย่างเคร่งครัด เมื่อใช้ยาบางชนิด เช่น ระบุว่าไม่ควรขับรถหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลเมื่อรับประทานยาคันนั้น ๆ

6. การเก็บรักษายา ควรมีตู้มิดชิด ห่างจากมือเด็ก แสงแดดส่องไม่ถึง ไม่เก็บไว้ในที่ร้อน ที่ชื้น การเก็บรักษาต้องแยกเป็นพวก ๆ คือรับประทานยาปิดแผลกลืนน้ำเงิน ยาใช้ภายนอกปิดแผลกลืนแดง ฉลากต้องชัดเจนไม่เลอะเลือน

7. หากยามีการเปลี่ยนแปลง เช่น เปลี่ยนสี ขึ้น แดง ตกตะกอน ฯลฯ ไม่ควรนำมาใช้อีกต่อไป

นอกจากนี้ควรต้องเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้สูงอายุให้ถูกต้องดังกล่าวคือ

1. ใช้ยาให้ถูกกับโรค โดยต้องรู้ว่ายานั้นใช้รักษาโรคอะไร
2. ใช้ยาให้ถูกขนาด ขนาดของยาที่ใช้ในเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ขนาดของยาที่ใช้แตกต่างกัน
3. ใช้ยาให้ถูกเวลา เช่น ก่อนหรือหลังรับประทานอาหาร หรือก่อนนอน
4. ใช้ยาให้ถูกวิธี เช่น ยาสำหรับรับประทาน ยาสำหรับใช้เฉพาะภายนอก
5. ใช้ยาให้ถูกกับบุคคล

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

วิลสัน (Willson. 1973 : 333 - 340) ได้ทำการศึกษาความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ซึ่งสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 34 ไม่ได้ใช้ยาเพนิซิลลิน (Penicillin) ที่แพทย์สั่งให้สำหรับการป้องกันไข้รูมาติก ผู้ป่วยมีครรภ์ร้อยละ 30 ไม่รับประทานยาวิตามินบำรุงครรภ์ตามที่แพทย์สั่งและผู้ป่วยโรคจิตใช้ยาแพทย์สั่งเพียงร้อยละ 48 ผู้ป่วยเด็กที่ต้องกินยาไดเฟนิลไฮแดนโตอิน (Diphenylhydantoin) มีเพียงร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่กินยาตามแพทย์สั่งและในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคมีร้อยละ 31 ที่ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง

แมคเคน (Madden. 1973 : 437 - 443) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาจากหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลใช้ยาไม่ถูกต้องหรือหยุดยาก่อนกำหนด มีปริมาณมากถึงร้อยละ 50

จากการศึกษาของนักการศึกษาหลายคนได้มีข้อคิดเห็นคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การศึกษาของ ชับ และคนอื่น ๆ (Chubb and others. 1974 : 430 - 436) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากได้รับการอธิบายไม่เพียงพอในเรื่องวิธีการใช้ยา การเก็บรักษา อาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติระหว่างการรับยาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยจึงมักจะใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพและยังเป็นอันตรายต่อสุขภาพด้วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโรคของตนเองในแง่ต่าง ๆ คือ สรรพคุณของยาที่ใช้ ชื่อยาที่ใช้ เวลา และวิธีที่จะใช้ยาระยะเวลาที่ต้องใช้ยา ปริมาณยาสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถรับได้ใน 1 วัน โดยไม่เกิดพิษจากยาอาการข้างเคียงของยา ข้อหลักเสี่ยงในการใช้ยา วิธีเก็บรักษายาที่ปลอดภัย

สไตน์เบิร์ก (Steinberg. 1978 : 86 - 92) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงเหตุผลในการใช้ยานผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มากมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีการศึกษาต่ำ เป็นโรค หรือหม้าย หรือแยกกันอยู่ และมีโรคเรื้อรังหลายโรค

สไนท์ และทรินกา (Snitt and Trinca. 1979 : 134 - 142) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการให้คำแนะนำเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัวในการใช้ยา โดยผ่านโรคทศนุปรณ์และสิ่งพิมพ์ พบว่า หากได้พัฒนาความรู้เรื่องยาให้แก่ประชาชนจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

เรเดอร์ และคนอื่น ๆ (Rehder and others. 1980 : 379 - 385) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการโดยการให้คำแนะนำและการใช้ใบสั่งยาแบบพิเศษผลการศึกษาพบว่า การรับยานการรักษาโรคเรื้อรัง กว่าจะได้ผลต้องใช้เวลาานผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจจึงมักจะหยุดยาก่อนกำหนด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังชนิดไม่มีอาการแสดงแต่จำเป็นต้องใช้ยาประจำ อย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูง จะพบว่ามีมารับยาตามแพทย์สั่งเพิ่มมากขึ้น

เดนนิส (Dennis. 1981 : 2790B) ได้ทำการวิจัยเรื่องสืบสวนพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้ยาโดยไม่มียาใบสั่งแพทย์ภายในครอบครัว (An investigation of Prescribed and Nonprescribed Medicine Use Behavior Within the Family Context) โดยมีเป้าหมายเพื่อค้นหาลักษณะพิเศษที่สามารถสังเกตเห็นได้ของแต่ละบุคคล และลักษณะของสภาพครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 645 ครอบครัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.00 เป็นกลุ่มที่ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และร้อยละ 20.00 เป็นกลุ่มซึ่งใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ร้อยละ 80.00 ของกลุ่มผู้ใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และร้อยละ 57.00 ของกลุ่มผู้ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ วัตถุประสงค์ว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งแรกที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยา และนอกจากนั้นยังพบว่า อายุมีส่วนสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ และถ้ามีสมาชิกในครอบครัวที่ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อนแล้ว จึงทำให้สมาชิกมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นภายในครอบครัวนั้นด้วย แม้ว่าครอบครัวและตัวบุคคลจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยา ก็ยังไม่สามารถสรุปผลทั้งหมดได้ เพราะยังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกมากมายที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างกัน ตัวแปรที่ศึกษานี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรอีกหลาย ๆ ตัวแปรเท่านั้น

การวิจัยในประเทศไทย

พรชัย ปาจรียวงศ์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัย พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาตามการรับรู้ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนรัฐบาล กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่านักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงมากในเรื่องเกี่ยวกับความหมายของสมุนไพร ความหมายของคำว่า วันหมดอายุของยา การปฏิบัติตนในการใช้ยา ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในเกณฑ์ต่ำในเรื่องเกี่ยวกับความเข้าใจในการใช้ยาชุด วิธีรับประทานยาแก้ปวด ผลการรับประทานยาอนหลับจำนวนมาก และลักษณะการใช้ยาปฏิชีวนะที่เป็นสาเหตุให้เชื้อโรคดื้อยา

2. ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา นักเรียนมีเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาโดยรวม อยู่ในระดับที่ถูกต้องปานกลาง นักเรียนมีเจตคติถูกต้องมากที่สุดในเรื่องการซื้อยามารักษาโรคด้วยตนเอง ผลเสียจากการใช้ยาที่หมดอายุแล้ว และความไม่ปลอดภัยในการให้เด็กหยิบยาใช้เอง และพบว่านักเรียนมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการนำตัวอย่างไปซื้อยาจากร้านขายยา การเชื่อเกี่ยวกับคุณภาพของยาผิดดีกว่ายาที่รับประทาน และยาแผนโบราณมีคุณภาพดีกว่ายาแผนปัจจุบัน

ปราชญ์ เหมวิมล (2529 : 80 - 81) ได้ศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2529 พบว่า ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วยมีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่กินยาก่อนอาหารได้ถูกต้องมีเพียงร้อยละ 26.33 ซึ่งการกินยาก่อนอาหารที่ถูกต้องคือ การกินก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่ทราบเวลากินยาที่ต้องยาจะถูกดูดซึมเข้าร่างกายได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าที่จะฆ่าเชื้อได้ ทำให้เชื้อเกิดดื้อยาได้ในภายหลัง

2. ผู้ป่วยที่กินยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ได้ถูกต้องคือ กินยาปฏิชีวนะที่แพทย์สั่งจนหมดมีร้อยละ 56.34 นอกนั้นยังกินไม่ถูกต้อง ซึ่งการกินยาปฏิชีวนะไม่หมดจะทำให้ไม่หายจากโรคและจะเกิดการดื้อยาได้ในภายหลัง

3. ผู้ป่วยร้อยละ 61.39 เคี้ยวยาเม็ดลดกรดให้ละเอียดก่อนกลืนนอกนั้นยังกินไม่ถูกต้อง ซึ่งยาเม็ดลดกรดจะออกฤทธิ์ได้ดีหากอยู่ในรูปแบบที่กระจายตัวสม่ำเสมอในกระเพาะอาหาร และวิธีที่จะทำให้ยาเม็ดกระจายตัวได้ดีในกระเพาะอาหารคือ การเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

4. พบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 27.98 เท่านั้น ที่ใช้ช้อนซึ่งได้รับแจกพร้อมกับขวดยาเป็นภาชนะในการตวงยาน้ำขนาดช้อนยา ยาน้ำที่จ่ายให้ผู้ป่วยเด็กมักมีขนาดกินเป็น ชช. ซึ่งเท่ากับ 5 มล. หากผู้ป่วยไม่ใช้ช้อนซึ่งได้รับแจกพร้อมกับขวดยาเป็นภาชนะในการตวงยาน้ำขนาดช้อนยา ผู้ป่วยก็จะได้รับยาในขนาดที่ไม่แน่นอน ซึ่งจะมีผลเสียต่อการรักษาโรคได้มาก โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะในเด็ก ผู้ปกครองร้อยละ 54.13 ใช้ช้อนชงกาแฟ มีปริมาณเพียง 2 - 3 มล. เท่านั้น (1 ชช. เท่ากับ 5 มล.) ฉะนั้นผู้ป่วยจะได้รับยาปฏิชีวนะในขนาดที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้โรคหายช้า และยังเกิดการดื้อยาได้ง่ายอีกด้วย

5. ผู้ป่วยร้อยละ 33.98 ไม่เคยลิ้มกินยาส่วนที่เหลือร้อยละ 49.23 จะงดยาเมื่อที่ลิ้มนั้นเสีย และร้อยละ 10.62 จะรีบกินยาเมื่อนึกได้

ข้อปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อลิ้มกินยาคือ กินทันทีที่นึกได้ (ซึ่งพบเพียงร้อยละ 10.62 เท่านั้น) แล้วเลื่อนระยะเวลาของยาในมือต่อไปอีก 1 - 3 ชั่วโมง แต่ถ้ายาที่ลิ้มกินเป็นยาพอกบดขี้นะ ที่ต้องกินก่อนอาหาร ให้นำอาหารมือนั้นผ่านไปแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพราะยาจะถูกดูดซึมได้ดีขึ้นขณะที่ท้องว่าง การงดยาที่ลิ้มกินซึ่งผลร้อยละ 49.23 จะทำให้ระดับยาในเลือดสูงพอที่จะใช้ในการรักษาโรค โดยเฉพาะยาพอกบดขี้นะ ยาลดความดันเลือด ยาลดน้ำตาล ฯลฯ

6. การเก็บยาของผู้ป่วยใช้เหลือ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 32.91 ที่เก็บยาไว้ใช้อีกนานภายหลัง และร้อยละ 46.33 จะทิ้งยาที่เหลือไป ส่วนผู้ป่วยที่เก็บยาไว้ก่อนแล้วทิ้งที่เหลือมีร้อยละ 20.25 ยานานานมีวันหมดอายุซึ่งถ้าผู้ป่วยนำยาที่หมดอายุแล้วมากินจะทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น ยาเตตราซัยคลินที่หมดอายุจะทำให้เกิดภาวะไตวายได้อย่างเฉียบพลัน เป็นอันตรายถึงชีวิต

7. ผู้ป่วยร้อยละ 89.26 ไม่เข้าใจความหมายของฉลากยาสีขาวและฉลากยาสีแดง ซึ่งผลการทดลองของ ปราณี เหมวิมล (2529 : บทคัดย่อ) พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำวิธีการใช้ยาแล้ว ผู้ป่วยมีความเข้าใจวิธีการใช้ยามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

มนตรี กัณหรัตนชัย (2530 : 15 - 19) ได้ทำการสำรวจการใช้ยาชุดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนวัดนาคนคร จังหวัดปราจีนบุรี ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเพศหญิงนิยมใช้ยาชุดมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย โดยผู้ป่วยเพศหญิงใช้ยาชุดถึงร้อยละ 60 ทั้งที่ผู้ป่วยเพศชายใช้ยาชุดเพียงร้อยละ 40 เท่านั้น
2. ผู้ป่วยที่ใช้ยาชุดอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 25 - 29 ปี มีมากที่สุดถึงร้อยละ 15.4 รองลงมาคือ ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีร้อยละ 11.2 และผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี มีร้อยละ 10.6 จะพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ยาชุดรวมกันทั้งสิ้นถึงร้อยละ 86.4 ซึ่งนับว่าเป็นจำนวนที่มากเป็นที่น่าสังเกตว่าเด็กเล็กในกลุ่มอายุ 1 - 9 ปี ก็ยังใช้ยาชุดร้อยละ 1 และผู้สูงอายุที่อายุเกิน 70 ปี ก็ยังใช้ยาชุดอยู่ร้อยละ 5.2
3. ผู้ป่วยที่ใช้ยาชุดมีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดถึงร้อยละ 82.1 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง ซึ่งพบร้อยละ 9.8

4. จำนวนยาชุดออกเป็น 7 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยใช้ยาชุดระบบทางเดินหายใจมากที่สุดถึงร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ ยาชุดแก้เมื่อยแก้ปวดร้อยละ 25.7 และยาชุดระบบสมองและประสาทร้อยละ 15 ซึ่งยาชุดทั้ง 3 ประเภทนี้เมื่อคิดจำนวนผู้ป่วยที่ใช้รวมกันแล้วจะมากถึงร้อยละ 79.9 สังเกตว่าจำนวนยาชุดจะมากกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจใช้ยาชุดหลายชนิด

5. ชนิดของยาชุดในกลุ่มต่าง ๆ ของยาชุดที่ผู้ป่วยใช้

5.1 ในกลุ่มยาชุดระบบทางเดินหายใจ พบว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดแก้ไอหืดมากที่สุดถึงร้อยละ 95.2 ส่วนยาชุดอื่น ๆ นั้นใช้น้อยมาก

5.2 ในกลุ่มยาชุดแก้เมื่อยแก้ปวด พบว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดแก้ไข้มากที่สุดถึงร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ ยาชุดปะดง 108 ร้อยละ 14.6

5.3 ในกลุ่มยาชุดระบบสมองและประสาท พบว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดแก้วิงเวียนมากที่สุดถึงร้อยละ 96 รองลงมาเป็นยาชุดนอนหลับร้อยละ 3.2

5.4 ในกลุ่มยาชุดเจริญอาหาร พบว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดบำรุงมากที่สุดถึงร้อยละ 89.7

5.5 ในกลุ่มยาชุดอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยใช้ยาชุดมาลาเรียมากที่สุดถึงร้อยละ 50 รองลงมาเป็นยาชุดแก้ไออีกเสบร้อยละ 42.6

6. จะพบว่ามีการจำหน่ายยาชุดที่ร้านขายของชำในหมู่บ้านมากกว่าที่ร้านขายยาในตลาดอย่างเด่นชัดคือ จำหน่ายที่ร้านของของชำในหมู่บ้านร้อยละ 69 จำหน่ายที่ร้านขายยาในตลาดร้อยละ 31 หรือประมาณ 2 เท่า จากข้อมูลในแต่ละเดือนจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาชุดที่มีจำหน่ายตามร้านขายยามีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด

7. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยาชุดนั้นน้อยกว่า 7 วัน เป็นส่วนน้อย คือร้อยละ 87.1 รองลงมาคือ 7 - 15 วัน ร้อยละ 6 เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วยบางรายใช้ยาชุดติดต่อกันนานกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 1.9

8. พบว่าส่วนมากหลังจากผู้ป่วยใช้ยาชุดแล้วไม่มีอาการข้างเคียงร้อยละ 89 ที่เป็นอาการข้างเคียงคือวิงเวียนศีรษะร้อยละ 5.1 และคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 3.4 ส่วนอาการอื่น ๆ ที่เป็นอาการข้างเคียงก็พบได้บ้างแต่น้อย

9. พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่เข้าข่ายชุดมีร้อยละ 12.6 สำหรับสมาชิกในครอบครัวที่เข้ามาเข้าข่ายชุดรวมด้วยมีถึงร้อยละ 87.4 แสดงว่าผู้ป่วยเข้าข่ายชุดเพียงผู้เดียวเป็นส่วนมาก โดยที่สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจเข้าข่ายชุดด้วยเลย

สารณี สิประเสริฐ (2531 : 173 - 174) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเข้ายาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงาน โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจที่ตำบลด่านจากอำเภอรัตนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเข้ายาแก้ปวดนั้นไม่สามารถแยกจากกันได้โดยเด็ดขาด คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ในกลุ่มนี้ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการเข้ายาแก้ปวดโดยตรง ได้แก่ อาชีพที่ต้องเข้าแรงงานหนักไม่ว่าจะเป็นการทากาฐาไร้ กรรมกร ก่อสร้าง ถีบสามล้อ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ายาแก้ปวดเพื่อที่ตนเองสามารถทำงานเหล่านั้นต่อไปได้ ในกลุ่มนี้จะมีประมาณร้อยละ 12 ที่มีการเข้ายาแก้ปวดเป็นประจำทุกวัน ซึ่งจะมีอาการติดยาแก้ปวดด้วย โดยมีปัจจัยอื่น ๆ สนับสนุนได้แก่ อายุ ฐานะ เศรษฐกิจ การศึกษา และภาระความรับผิดชอบครอบครัว หากหลีกเลี่ยงการทำงานหนักไม่ได้ จนต้องพึ่งพายาแก้ปวดเพื่อช่วยให้ออกกำลังกายได้ โดยเฉพาอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าการเข้ายาแก้ปวดกันมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และติดยามากด้วยเช่นกัน เนื่องจากเกิดการเข้ายาเป็นเวลานานจนมีความรู้สึกต้องกินยาจึงจะทำงานได้ดีขึ้น

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเข้ายากันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ความคุ้นเคยต่อการพบเห็นการเข้ายาแก้ปวดในแต่ละวันจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงการโฆษณาต่าง ๆ จากการสนทนากับผู้เข้ายา พบว่าการซื้อยากันเป็นจำนวนมากในช่วงที่มีการทำงานหนักร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ด่านา เกียวข้าว เป็นต้น เพื่อจะได้แบ่งปันกันกินขณะทำงาน นอกจากความคุ้นเคยสิ่งแวดล้อมในชีวิตประจำวันแล้ว ความรู้เรื่องอันตรายของการเข้ายาผิด การเข้ายาเกินขนาด เป็นสิ่งที่ชาวบ้านไม่มีโอกาสได้รับทราบในรายละเอียดมากพอที่จะถ่วงดุลความต้องการเข้ายาให้ลดน้อยลงได้ เมื่อเกิดอาการปวดเมื่อยจากการทำงานดังกล่าว

3. ปัจจัยด้านตัวยานยาแก้ปวด ไม่มีการยืนยันถึงความแตกต่างในสรรพคุณของยาแก้ปวดแต่ละชนิดหรือยี่ห้อที่มีการใช้กันอยู่ทั่วไป แต่จากการสำรวจพบว่าชาวบ้านมีการเข้ายาแก้ปวดเป็น 3 พวกคือ

3.1 ไข้เมื่อมีอาการไม่สบาย ได้แก่ อาการเป็นไข้ ปวดหัวตัวร้อน มักจะใช้ พาราเซตามอลหรือแอสไพรินจากกองทุนยา สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

3.2 ไข้ประจำวันหรือในกรณีที่ต้องทำงานหนักกว่าปกติ มักได้แก่ยาแก้ปวดชนิด ของและชนิดเม็ดที่มีวางจำหน่ายทั่วไป ตัวอย่างเช่น ทัมใจ บวดหาย บูรา ดาก้า ตราหัวสิงห์ วาตุล เป็นต้น โดยมีทัมใจถูกใช้มาเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยบวดหายเป็นอันดับสอง และบูราเป็น อันดับสาม ซึ่งพบไม่มากเท่าทัมใจและบวดหาย ที่พบมากในกลุ่มที่ใช้ยาเป็นประจักษ์ยังไม่มีผลการ ทดลองและวิจัยได้ยืนยันถึงความแตกต่างของความนิยมนานแต่ละยี่ห้อ

3.3 ไม่มีการใช้บ่อยนัก ได้แก่ ยาชุดแก้ปวดต่าง ๆ ยาชุดกระจายเส้น มักใช้ ในคนสูงอายุ เมื่อมีอาการเคล็ดขัดยอก และปวดเมื่อยมาก ๆ เท่านั้น

กลุ่มเภสัชกรชุมชน (2532 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาของ ประชาชนกับบริการเภสัชกรรมชุมชน วิธีการศึกษาโดยการบันทึกการซื้อขายยา จากรายขายยา แผนปัจจุบันประเภทขายยาอันตราย ซึ่งมีเภสัชกรอยู่ประจำตลอดเวลาทำการ โดยสุ่มตัวอย่าง ร้านขายยาจากเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ใช้บริการที่ร้านขายยาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.20 ซึ่งมีอายุระหว่าง 26 - 45 ปี ร้อยละ 46.10 และโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรค ผิวหนังและโรคทางเดินอาหาร

2. วิธีการซื้อยาส่วนใหญ่ คือร้อยละ 68.8 เป็นการซื้อยาเพื่อใช้เอง ที่เหลือเป็น การซื้อให้ผู้อื่นใช้

3. การซื้อยาส่วนใหญ่เป็นการบอกเล่าอาการป่วยให้เภสัชกรเป็นผู้เลือกยาให้ร้อยละ 47.45 ผู้ซื้อระบุซึ่งยาที่ต้องการร้อยละ 29.17 ผู้ป่วยทราบชื่อยาจากการโฆษณาร้อยละ 10.19 ผู้ป่วยนำตัวอย่างยามาซื้อ ร้อยละ 15.98 ผู้ป่วยมาขอยาชุด ร้อยละ 1.99 ผู้ป่วยขอชื่อยาของ ร้อยละ 3.27 ผู้ป่วยวินิจฉัยใจตัวเองว่าเป็นโรคอะไร ก่อนมาซื้อยา ร้อยละ 1.32 ผู้ป่วยมาซื้อ ยาตามใบสั่งของแพทย์ร้อยละ 0.67

4. ในกรณีที่ซื้อขายยา พบว่าเภสัชกรให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาร้อยละ 51.19 การปฏิบัติตัวระหว่างที่ป่วยร้อยละ 22.14 บอกอาการข้างเคียงของยาร้อยละ 8.67 บอกปฏิกิริยาของยากับยาอื่น หรืออาหารร้อยละ 3.06

กล่าวหาญ กังคะพิลาศ (2533 : 67 - 69) ได้ศึกษาเจตคติของประชาชนที่มีต่อการชื้อยาแก้ปวดลดไข้รับประทานเอง ในตำบลหนองสารเคอ อำเภอลือโขง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 69.36 รับจ้างร้อยละ 20.85 รับราชการร้อยละ 1.7 ค่าขายร้อยละ 7.23 ผลการวิจัยถึงเจตคติในการชื้อยาแก้ปวดลดไข้ คือ

1. มีผู้เห็นด้วยกับการกินยาแก้ปวดลดไข้ผสมเหล้าร้อยละ 32.34 เหตุผลคือ ทานยาออกฤทธิ์ได้เร็ว ซึ่งเป็นเจตคติที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ชื้อยาเป็นอย่างมาก เพราะยาแก้ปวดลดไข้บางชนิด เช่น แอสไพริน (Aspirin) มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารอยู่แล้ว เหล้ายิ่งเป็นตัวทำให้เกิดอาการระคายเคืองมากขึ้น

2. มีผู้ไม่เห็นด้วยกับการเลิกกินยาแก้ปวดลดไข้เป็นประจำทุกวันร้อยละ 16.17 ซึ่งแสดงว่า ประชาชนเหล่านี้กินยาแก้ปวดลดไข้ทุกวัน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็นเพราะการชื้อยาแก้ปวดลดไข้ ควรชื้อเมื่อมีอาการไข้ บรรเทาอาการปวดเท่านั้น ถ้าไม่มีอาการเหล่านี้ไม่ควรชื้อยาในกลุ่มนี้

ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการชื้อยา จึงแก้ปัญหาด้วยการไปใช้บริการจากร้านขายยา ซึ่งร้านขายยาส่วนใหญ่ขายยาเป็นชุด จึงมียาที่เป็นส่วนผสมของยาที่เกินความจำเป็นและใช้โดยไม่รู้ว่ามิใช่ยา ซึ่งข้าหลวง ประภาสีย (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจว่า การรักษาด้วยยาชุดนั้นสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยกว่าไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ 51.34 และการกินยาชุดทำให้รู้สึกอาการทุเลาเร็วกว่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายาในกลุ่มสเตียรอยด์ จะพบอยู่ในยาชุดเกือบทุกชนิด (ข้าหลวง ประภาสีย. 2533 : 9 - 10 : อ้างอิงมาจากกลุ่มศึกษาปัญหา. 2526) เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว เมื่อกินเข้าไปแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจจนผลการรักษาโดยไม่รู้ตัวยาชนิดนี้มีอันตรายทำให้ผู้ป่วยตายแบบผ่อนส่ง นอกจากนี้จากการสำรวจพบว่า ส่วนประกอบของยาชุดแก้มาลาเรียที่มีขายกันอยู่ตามท้องตลาดนั้น ไม่มีตัวยาในการรักษามาลาเรียเลยถึงร้อยละ 34.7 (ข้าหลวง ประภาสีย. 2533 : 23 ; อ้างอิงมาจาก จันทรเพ็ญ วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ. 2534)

พินล เพราะเพริศมิมย์ (2533 : 79 - 80) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูง
2. ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส ว่าง หรือหย่า
3. ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้ มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้
4. ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

อนงค์นารถ ขาญเชิงคำ (2534 : 48 - 50) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับยาชุดของผู้ที่สามล้อรับจ้างในอำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี โดย สุ่มตัวอย่าง 165 คน ที่มีอาชีพขี่สามล้อรับจ้าง ผลการศึกษาพบว่า

ในด้านความรู้ของผู้ขี่สามล้อเกี่ยวกับยาชุดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ คือมีคะแนนเฉลี่ยของทั้ง กลุ่มเพียง 5.46 โดยเฉพาะความรู้ที่สำคัญบางข้อที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ มีผู้ตอบ ถูกน้อยมาก เช่น การกินยาชุดติดต่อกันนาน ๆ อาจเป็นสาเหตุของโรคกระเพาะอาหาร

ในด้านเจตคติ ผู้ขี่สามล้อยังมีเจตคติหรือความรู้สึกที่ดีต่อยาชุดคือยังมีความเชื่อในสรรพคุณการรักษาถึงร้อยละ 70.3 โดยเฉพาะในความรู้สึกที่ว่ายาที่สถานบริการของรัฐนั้น คุณภาพไม่ดีเท่ายาชุด เป็นเพราะในการจัดยาชุดนั้น ส่วนใหญ่มักมียาจากพวกสเตียรอยด์ผสมอยู่ ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้รวดเร็วและรู้สึกสบายขึ้น อีกทั้งเมื่อกินแล้วยังช่วยให้กินข้าวได้ นอกเหนือนี้ อีกด้วย

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือ

1. ผู้มารับบริการที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีที่สุด รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ
2. ผู้มารับบริการที่มีรายได้สูงกว่า 7,410 บาท มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ดีที่สุด รองลงมาคือ รายได้ 2,466 - 7,410 บาท และรายได้ต่ำกว่า 2,466 บาท

3. ผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม ค้าขาย และ ลูกจ้างเอกชน/ส่วนตัว

4. ผู้มารับบริการที่เห็นว่ามีความสะดวกในการรักษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วย ต่ำกว่าผู้มารับบริการที่เห็นว่าจะไม่มีความสะดวกในการรักษา

เจษฎา ณ ระนอง (2534 : 117 – 119) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการรักษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง คือร้อยละ 50 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการรักษาของนักเรียนตามตัวแปรเพศ อายุของผู้ปกครอง ลักษณะของผู้ปกครอง ระดับ การศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่า

1. นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาดีกว่านักเรียนชาย
2. นักเรียนที่มีผู้ปกครองอายุต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน
3. นักเรียนที่ลักษณะของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ รักษาไม่แตกต่างกัน
4. นักเรียนที่ระดับการศึกษาของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ รักษาไม่แตกต่างกัน
5. นักเรียนที่อาชีพของผู้ปกครองต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ รักษาไม่แตกต่างกัน
6. นักเรียนมีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกัน นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ รักษาไม่แตกต่างกัน

พิสมัย พิกัษวรากร (2536 : 89 – 90) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า

1. ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาอยู่ระดับต่ำ มีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาอยู่ระดับปานกลาง การปฏิบัติเกี่ยวกับการ รักษาอยู่ระดับต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาอยู่ระดับต่ำ

2. ผู้ป่วยชายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง

3. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 20 - 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 13 - 19 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ

4. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาสูงที่สุด รองลงมาคือระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ชั้นประถมศึกษา และต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาตามลำดับ

5. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง นักเรียน นักศึกษา ไม่มีอาชีพ ค้าขายและเกษตรกรรมตามลำดับ

7. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีรายได้สูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย

8. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน

9. ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่แผนกที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ปัญหาที่พบจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สรุปได้ดังนี้

1. การใช้ยาไม่ถูกต้องกับเวลา พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 33 เท่านั้นที่รับประทานยาก่อนอาหารได้ถูกต้อง คือรับประทานก่อนอาหาร 30 - 60 นาที และผู้ป่วยร้อยละ 25 รับประทานยาแก้ปวดได้ถูกต้องคือรับประทานหลังอาหารทันที

2. ปัญหาที่เกิดจากผู้ป่วยซื้อยามารับประทานเอง ได้แก่การซื้อยาชุดมาใช้เองถึงร้อยละ 61

3. ปัญหาการรับประทานยาไม่ครบจำนวน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการเก็บยา แก้วอีกเสบหรือยาบปฏิชีวนะไว้ใช้ในครั้งต่อไปร้อยละ 40.8 ซึ่งการรับประทานยาไม่ครบจำนวนดังกล่าว จะทำให้การรักษาไม่หายขาด เพราะยังมีเชื้อโรคหลงเหลืออยู่ และยังสามารถทำให้เชื้อดื้อยาได้ ง่าย (คิสมัย พิทักษาวรรกร. 2536 : 107 ; อ้างอิงมาจาก กุศล ศรีวัฒนกุล. 2532)

4. ปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52 รับประทานยาตามฉลาก (Paracetamol) ในการรักษาไข้หวัดในเด็ก ร้อยละ 14 รับประทานยาคลอแรมเฟนิคอล (Chloramphenical) ในการรักษาไข้หวัดในเด็ก ซึ่งยาคลอแรมเฟนิคอลเป็นยาที่ห้ามใช้ในเด็กขวบปีแรก เนื่องจากยานี้ถูกทำลายเป็นส่วนใหญ่นับว่าในกรณีที่ใช้ในเด็กทารกซึ่งตับยังไม่เจริญเต็มที่ จะมีผลทำให้มียาค้างในเลือดจนเกิดเป็นพิษต่อเด็กได้

5. ปัญหาจากการได้รับพิษจากยาได้ เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาเกินกว่าที่แพทย์สั่งร้อยละ 10.8 และผู้ป่วยร้อยละ 91 ไม่รู้ความหมายของคำว่าหมดอายุ

6. ปัญหาในเรื่องผู้ป่วยมีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผู้ป่วยเห็นด้วยว่ายาที่ดีต้องมีราคาแพง ยารักษาโรคมีประโยชน์ไม่มีโทษ และเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยทุกครั้ง ถ้าได้รับน้ำเกลือจะดีขึ้น รวมทั้งการฉีดยาทำให้โรคหายเร็วกว่าการกินยา

อนุตรา สงเคราะห์ และคนอื่น ๆ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้สูงอายุในเขตชุมชน พบว่าผู้สูงอายุเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ร้อยละ 59 ซื้อยารับประทานเองร้อยละ 35 ผู้ที่ไม่เห็นความสำคัญในการไปพบแพทย์ร้อยละ 48.8 เมื่อไม่สบายมักไปที่โรงพยาบาลและร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่และในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 35.5 และ 30.5 ตามลำดับ การซื้อยาแล้วแต่ร้านขายยาจัดให้เป็นหลักร้อยละ 65.1 ซื้อยาโดยไม่เลือกร้านขายยาแต่ใช้ความสะดวกร้อยละ 58.9 ผู้ซึ่งเลือกร้านที่มีเภสัชกร แนะนำยาเพียงร้อยละ 50.5 รู้เรื่องยาเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 32 เมื่อจำเป็นต้องซื้อยาที่ใช้บ่อย ๆ ใช้การบอกชื่อยาและลักษณะยา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำลักษณะได้มากกว่าชื่อยา เช่น จำลักษณะยาแก้แพ้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ ยาแก้เจ็บคอถึงร้อยละ 13.5 และ 12.5 ตามลำดับ เมื่อประเมินผลความรู้เรื่องการใช้เบื้องต้นของผู้สูงอายุหลังจากการฟังการให้สุขศึกษาจาก เภสัชกรแล้วทำให้เข้าใจดีขึ้นร้อยละ 58.5 มีความมั่นใจในการรับประทานมากขึ้นร้อยละ 46.5 เมื่อได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากสื่อ เช่น หนังสือ แผ่นพับ แผ่นภาพ ทำให้เข้าใจดียิ่งขึ้นร้อยละ 65.5

วิจิตร บุญยะโทตระ (2535 : 192 - 193) ได้ศึกษาการใช้น้ำยาในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุใช้น้ำยาผิดพลาดในอัตราสูงถึงร้อยละ 80 ผู้ป่วยเหล่านี้ใช้น้ำยามิตรงตามสั่งและกินยาผิดขนาดและผิดเวลา ความผิดพลาดเหล่านี้มีความสัมพันธ์ไม่เพียงแต่อายุเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับจำนวนของยา และที่สำคัญที่สุดคือสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่ต้องกินยาต่อวัน หากใช้น้ำยาเกิน 3 ขนานขึ้นไป ความผิดพลาดของการกินยาจะเกิดขึ้นถึงร้อยละ 80 เกี่ยวกับเรื่องความผิดพลาดของการกินยา เมื่อให้จำนวนครั้งต่อวันต่าง ๆ กัน พบว่าร้อยละ 60 - 70 กินยาผิดพลาด โดยกินน้อยกว่า 3 ใน 4 ของขนาดที่สั่ง เมื่อได้รับคำสั่งให้กินยารวันละ 1 - 2 ครั้ง ความผิดพลาดนี้ลดลงอย่างมากคือ ผิดพลาดลดน้อยลงถึงร้อยละ 30 เมื่อกินยารวันละ 2 เวลา เนื่องจากว่ายาส่วนใหญ่มีการดูดซึม การกระจายตัว การเผาผลาญในร่างกาย การรวมตัว การขับถ่ายซ้ำในผู้สูงอายุ ดังนั้นการใช้น้ำยาเพิ่มวันละ 2 เวลา จึงเป็นการเพียงพอและทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้น้ำยาของผู้ป่วยสูงอายุมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และโรคของผู้มารับบริการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้น้ำยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน โดยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง
2. ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย
3. ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย

- [illegible]

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เฉพาะในวันทำการปกติ ซึ่งมีผู้ป่วยสูงอายุมารับบริการในปี พ.ศ. 2536 จำนวน 57,172 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุชาย 25,788 คน และผู้ป่วยสูงอายุหญิง 31,384 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสินปี พ.ศ. 2536)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งมารับบริการในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2538 จำนวนทั้งสิ้น 400 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุชาย 179 คน และเป็นผู้ป่วยสูงอายุหญิง 221 คน โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน (Yamane. 1967 : 886)

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{N}{1 + ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน จำนวนประชากร
 e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนด ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ .05

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบสัดส่วนตามชั้นของกลุ่มงานและเพศ
(Proportional Stratified Sampling) ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Sampling) โดยแบ่งตามกลุ่มที่ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาได้ทั้งสิ้น 6 กลุ่มงาน
2. คำนวณสัดส่วนของผู้ป่วยสูงอายุเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มงาน
3. ทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

ตาราง 6 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มงานและเพศ

กลุ่มงาน	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
1. อายุรกรรม	1,740	18,140	221	127	348
2. ศัลยกรรม	1,148	816	8	6	14
3. ศัลยกรรมกระดูก	1,972	3,784	14	27	41
4. จักษุวิทยา	3,616	6,620	25	46	71
5. โสต ศอ นาสิก	812	980	6	7	13
6. ทันตกรรม	840	1,048	6	7	13
รวม	25,788	31,384	180	220	400

ที่มา : สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน พ.ศ. 2536

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการใช้ยาของ พรชัย ปาจรียวงศ์ เจริญ ฌ ระนอง วัชรီ คุณานุวัฒน์ชัยเดช และพิสมัย พิทักษาวรากร ลักษณะของแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นแบบรายการสำรวจ เป็นข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิมิตและนิเสธ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิมิตและนิเสธ

ตอนที่ 5 คำนวณปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยานปัจจุบัน (รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรากฏตามภาคผนวก ข.)

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร แบบสอบถาม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

2. สร้างแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาทั้ง 3 ด้านคือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท เพื่อขอ คำนวณคะแนนและแก้ไข
4. นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง ตามเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกต้องจะได้	1 คะแนน
ตอบผิดจะได้	0 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา มีข้อความ ที่เป็นเจตคติเชิงนิมาน และเจตคติเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 2.1 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิมาน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

- 2.2 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

3. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่มีข้อ
ความที่มีลักษณะเชิงนิมานและเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3.1 ข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิมาน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

3.2 ข้อความที่มีลักษณะในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	2

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try - Out) กับผู้ป่วยสูงอายุ
ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งนำชักกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 50 คน

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว มาตรวจให้คะแนนหาค่าความยากง่าย
และหาค่าอำนาจจำแนกโดยสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก
เป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 27 ของ จุง - เต - ฟาน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 :
99 - 102)

ส่วนแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา นำมาวิเคราะห์หาค่า
อำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของ เอ็ดเวิร์ด แล้วนำมาทดสอบด้วยสถิติค่าที
(t - test) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ ในเกณฑ์ข้อ 2 ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยานพาหนะค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสูตร KR₂₁ (Kuder - Richardson Formular 21)

ส่วนแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยานพาหนะค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Conbach) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119)

วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวไปมอบแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสินด้วยตนเอง
3. จัดประชุม ชี้แจง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ที่จะดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 5 คน เพื่อให้การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องเที่ยงตรง ความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด
4. ผู้วิจัย และผู้ร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2528 จำนวน 400 คน เป็นผู้ป่วยสูงอายุชาย 179 คน ผู้ป่วยสูงอายุหญิง 221 คน คิดเป็นร้อยละ 100
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผลต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส เอ็กซ์ SPSS/PC + VERSION 4.0 (SPSS^X Statistical Package for Social Science Version x) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อความแต่ละข้อของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. แยกบันทึกข้อมูลออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

4. นำคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปลผลโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 33	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
33 - 67	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง
68 - 100	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี

5. นำคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแบบสัมภาษณ์ตอนที่ 3 หาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์มาปรับปรุง (Best. 1983 : 186)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1 - 1.66	เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
1.67 - 2.33	เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 - 3.00	เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี

6. นำคะแนนที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแบบสัมภาษณ์ตอนที่ 4 หาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1983 : 186) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 0.66	การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
0.67 - 1.33	การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง
1.34 - 2.00	การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี

7. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยวิธีสถิติค่าที (t - test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 22, 23 และ 24

8. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One way Analysis of Variance)

เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 และ 21 ถ้าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการของ นิวแมน - กูลส์ (Newman - Keuls Method)

สถิติพื้นฐานการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตรดังนี้

$$p = \frac{f}{N} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
 f แทน ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ
 N แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ทูลี วังศรีรัตนะ . 2534 : 78)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ X แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
 X แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร
(ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 79)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N - 2)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัย
 ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิง
 ปริมาณหรือตัวเลขดังนี้

2.1.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม
 พฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณา
 ความเห็นและให้คะแนนดังนี้

- + 1 เมื่อแน่ใจข้อความนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจข้อความนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์
 ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
 R แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ใช้เทคนิคร้อยละ 27 ของ
 จุง - เต - ฟาน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 99 - 102)

2.2.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาใช้เทคนิค
 ร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edward) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t - test) (วิเชียร เกตุสิงห์.
 2530 : 114 - 116)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2 + S_L^2}{n}}}$$

เมื่อ $\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง
 $\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ
 S_H^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนสูง
 S_L^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
 n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

2.3 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability)

2.3.1 แบบทดสอบความจำใช้สูตร KR₂₁ (Kuder Richardson Formular 21) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 131 - 132)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] 1 - \frac{\bar{X} (n - \bar{X})}{n s^2}$$

เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทน จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม
 $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
 s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาใช้สุตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum v_i^2}{v_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อสอบ
 v^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 v_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
 $\sum v_t^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนเป็นรายข้อ

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สูตรหาค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 22, 23 และ 24 โดยใช้สูตร (ทูลี วังศรีตนะ. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2 + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	S_1^2, S_2^2	แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	n_1, n_2	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
	df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยทดสอบค่าเอฟ (F - test) แบบการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance) ใช้ในการวิเคราะห์สมมติฐานข้อ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 และ 21 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - distribution

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 262 - 272)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

X แทน คะแนนเฉลี่ย

S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

S^2 แทน ความแปรปรวน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)

SS แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 400 คน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้คำตอบสมบูรณ์ร้อยละ 100 ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ.2538 โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค โดยการทดสอบดังนี้

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่า t (t -test)

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่า เอฟ (F -test) ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls Method)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏผลตามตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	179	44.80
1.2 หญิง	221	55.30
รวม	400	100.00
2. อายุ		
2.1 60 – 69 ปี	243	60.80
2.2 70 – 79 ปี	130	32.50
2.3 80 ปีขึ้นไป	27	6.80
รวม	400	100.00
3. ระดับการศึกษา		
3.1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	117	29.30
3.2 ระดับประถมศึกษา	191	47.80
3.3 ระดับมัธยมศึกษา	60	15.00
3.4 สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	32	8.00
รวม	400	100.00

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. สถานภาพการสมรส		
4.1 โสด	39	9.80
4.2 คู่ (อยู่รวมกัน)	235	58.80
4.3 คู่ (แยกกันอยู่)	46	11.50
4.4 หม้าย	80	20.00
รวม	400	100.00
5. อาชีพ		
5.1 ไม่มีอาชีพ	181	45.30
5.2 รับจ้าง	85	21.30
5.3 เกษตรกรรม	44	11.30
5.4 ค้าขายหรือธุรกิจ	41	10.30
5.5 ข้าราชการบำนาญ บำนาญ	49	12.30
รวม	400	100.00
6. ฐานะทางเศรษฐกิจ		
6.1 ไม่มีรายได้	121	30.10
6.2 ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน	100	25.00
6.3 2,000 - 50,000 บาทต่อเดือน	109	27.30
6.4 สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	70	17.50
รวม	400	100.00

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
7. สถานภาพของผู้ดูแล		
7.1 ตนเอง	137	34.30
7.2 บุตร	202	50.50
7.3 คู่ครอง	35	8.80
7.4 ญาติ	24	6.00
7.5 คนอื่น ๆ	2	0.50
รวม	400	100.00
8. กลุ่มอาการของโรค		
8.1 โรคเฉียบพลัน	216	54.00
8.2 โรคเรื้อรัง	184	46.00
รวม	400	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 44.80 เป็นเพศหญิงจำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30

อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 60.80 รองลงมาอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีจำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.50 และอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 ตามลำดับ

การศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 47.80 ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15 และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ

สถานภาพการสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80 รองลงมาคือหม้าย จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 สถานภาพการสมรสคู่ (แยกกันอยู่) จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 และโสด จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 9.80

อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 45.30 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.30 ช่างราชการบ้านหมื่นจันทวน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 12.30 เกษตรกรรม จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.00 และค้าขายหรือธุรกิจ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

ฐานะทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10 รองลงมาคือ มีรายได้ 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 17.50

สถานภาพของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นบุตร จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 50.50 รองลงมาดูแลตนเอง จำนวน 137 คิดเป็นร้อยละ 34.30 คู่ครองเป็นผู้ดูแล จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.80 ญาติเป็นผู้ดูแล จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 6.00 และคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแลสุขภาพ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 ตามลำดับ

กลุ่มอาการของโรค ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มอาการของโรคเฉียบพลัน จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 และอยู่ในกลุ่มอาการของโรคเรื้อรัง จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 8

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	400	63.79	16.78	ปานกลาง
เจตคติ	400	2.36	0.30	ดี
การปฏิบัติ	400	1.46	0.26	ดี

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ดังปรากฏผลตามตาราง 9

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมสุขภาพ	เพศ	N	$\bar{X}$	S	t
ความรู้	ชาย	179	65.33	16.00	1.66
	หญิง	221	62.54	17.31	
เจตคติ	ชาย	179	2.38	0.30	1.30
	หญิง	221	2.34	0.28	
การปฏิบัติ	ชาย	179	1.46	0.27	-2.24*
	หญิง	221	1.51	0.25	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย แต่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	60-69 ปี	243	68.61	14.77
	70-79 ปี	130	57.91	16.53
	80 ปีขึ้นไป	27	48.77	17.52
	รวม	400	63.79	16.78
เจตคติ	60-69 ปี	243	2.44	0.27
	70-79 ปี	130	2.25	0.29
	80 ปีขึ้นไป	27	2.14	0.27
	รวม	400	2.36	0.30
การปฏิบัติ	60-69 ปี	243	1.52	0.26
	70-79 ปี	130	1.46	0.25
	80 ปีขึ้นไป	27	1.41	0.19
	รวม	400	1.49	0.26

จากตาราง 10 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้

เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้ ระหว่างกลุ่ม	2	16,241.13	8,120.13	33.57**
ภายในกลุ่ม	397	96,039.04	241.91	
รวม	399	112,280.17		
เจตคติ ระหว่างกลุ่ม	2	4.48	2.24	29.09**
ภายในกลุ่ม	397	30.54	0.08	
รวม	399	35.02		
การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	2	0.42	0.21	3.27*
ภายในกลุ่ม	397	25.78	0.06	
รวม	399	26.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 4.66$) และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.02$) แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 12, 13 และ 14 ตามลำดับ

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน

กลุ่มอายุ				
		80 ปีขึ้นไป	70-79 ปี	60-69 ปี
	$\bar{X}$	48.77	57.91	68.61
80 ปีขึ้นไป	48.77	—	9.14*	19.84*
70-79 ปี	57.91		—	10.70*
60-69 ปี	68.61			—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 70 - 79 ปี และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน

กลุ่มอายุ	$\bar{X}$	80 ปีขึ้นไป	70-79 ปี	60-69 ปี
		2.14	2.25	2.44
80 ปีขึ้นไป	2.14	-	0.11	0.30*
70-79 ปี	2.25		-	0.19*
60-69 ปี	2.44			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มระหว่าง 60-69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 70 - 79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 70 - 79 ปี

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
 รัชยาของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน

กลุ่มอายุ	$\bar{X}$	80 ปีขึ้นไป	70-79 ปี	60-69 ปี
		2.41	1.46	1.52
80 ปีขึ้นไป	1.41	-	0.05	0.11*
70-79 ปี	1.46		-	0.06
60-69 ปี	1.52			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรัชยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรัชยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้
เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	ต่ำกว่าประถมศึกษา	117	59.09	16.19
	ประถมศึกษา	191	63.96	13.63
	มัธยมศึกษา	60	76.67	11.52
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	32	81.42	9.53
	รวม	400	63.79	16.73
เจตคติ	ต่ำกว่าประถมศึกษา	117	2.18	0.26
	ประถมศึกษา	191	2.35	0.27
	มัธยมศึกษา	60	2.54	0.23
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	32	2.70	0.17
	รวม	400	2.36	0.30
การปฏิบัติ	ต่ำกว่าประถมศึกษา	117	1.44	0.24
	ประถมศึกษา	191	1.47	0.25
	มัธยมศึกษา	60	1.60	0.27
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	32	1.63	0.24
	รวม	400	1.49	0.26

จากตาราง 15 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษาตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้ ระหว่างกลุ่ม	3	35,922.48	11,974.16	62.10**
ภายในกลุ่ม	396	76,357.69	192.82	
รวม	399	112,280.17		
เจตคติ ระหว่างกลุ่ม	3	9.57	3.19	49.64**
ภายในกลุ่ม	396	25.45	0.06	
รวม	399	35.02		
การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	3	1.72	0.57	9.25**
ภายในกลุ่ม	396	24.49	0.06	
รวม	399	26.21		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้ปวยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.83$) แสดงว่าผู้ปวยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 17, 18 และ 19 ตามลำดับ

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ปวยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	52.09	63.69	76.67	81.42
ต่ำกว่าประถมศึกษา	52.09	–	11.87*	24.58*	29.33*
ประถมศึกษา	63.96		–	12.71*	17.46*
มัธยมศึกษา	76.67			–	4.75
สูงกว่ามัธยมศึกษา	81.42				–

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้ปวยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ปวยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ปวยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้าน

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	2.18	2.35	2.54	2.70
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.18	—	0.17*	0.36*	0.52*
ประถมศึกษา	2.35		—	0.19*	0.35*
มัธยมศึกษา	2.54			—	0.16
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2.70				—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถม ศึกษา	มัธยม ศึกษา	สูงกว่า มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.44	1.47	1.60	1.63
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.44	–	0.03	0.16*	0.19*
ประถมศึกษา	1.47		–	0.13*	0.16*
มัธยมศึกษา	1.60			–	0.03
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1.63				–

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา

ตาราง 20 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพการสมรส

พฤติกรรมสุขภาพ	สถานภาพการสมรส	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	โสด	39	70.66	15.45
	คู่ (อยู่ร่วมกัน)	235	65.82	15.55
	คู่ (แยกกันอยู่)	46	56.04	17.97
	หม้าย	80	58.96	17.69
	รวม	400	63.79	16.78
เจตคติ	โสด	39	2.44	0.23
	คู่ (อยู่ร่วมกัน)	235	2.38	0.31
	คู่ (แยกกันอยู่)	46	2.30	0.29
	หม้าย	80	2.29	0.29
	รวม	400	2.36	0.30

ตาราง 20 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	สถานภาพการสมรส	N	$\bar{X}$	S
การปฏิบัติ	โสด	39	1.50	0.23
	คู่ (อยู่รวมกัน)	235	1.48	0.27
	คู่ (แยกกันอยู่)	46	1.52	0.22
	หม้าย	80	1.51	0.24
รวม		400	1.49	0.26

จากตาราง 20 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) หม้าย และคู่ (แยกกันอยู่) ตามลำดับ

นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) คู่ (แยกกันอยู่) และหม้าย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (แยกกันอยู่) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรส หม้าย โสด และคู่ (อยู่รวมกัน) ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพการสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้ ระหว่างกลุ่ม	3	7,433.81	2,477.94	9.36**
ภายในกลุ่ม	396	104,846.36	264.76	
รวม	399	112,280.17		
เจตคติ ระหว่างกลุ่ม	3	0.80	0.27	3.08*
ภายในกลุ่ม	396	34.22	0.09	
รวม	399	35.02		
การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	3	0.15	0.05	0.75
ภายในกลุ่ม	396	26.06	0.07	
รวม	399	26.21		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.83$) และ .05 ($F = 2.66$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 และ 11 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 22 และ 23 ตามลำดับ

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน

สถานภาพการสมรส		คู่ (แยกกันอยู่)	หม้าย	คู่ (อยู่รวมกัน)	โสด
	$\bar{X}$	56.04	58.96	65.82	70.66
คู่ (แยกกันอยู่)	56.04	—	2.92	9.78*	14.62*
หม้าย	58.96		—	6.86*	11.70*
คู่ (อยู่รวมกัน)	65.82			—	4.84
โสด	70.66				—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) และโสด มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (แยกกันอยู่) และสถานภาพการสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) และโสด มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (แยกกันอยู่) และหม้าย

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน

สถานภาพการสมรส		คู่ (แยกกันอยู่)	หม้าย	คู่ (อยู่รวมกัน)	โสด
	$\bar{X}$	2.29	2.30	2.38	2.44
คู่ (แยกกันอยู่)	2.29	-	0.01	0.09	0.15*
หม้าย	2.30		-	0.08	0.14*
คู่ (อยู่รวมกัน)	2.38			-	0.06
โสด	2.44				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสหม้าย และคู่ (แยกกันอยู่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสโสด มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการคู่ (แยกกันอยู่) และหม้าย

ตาราง 24 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรมสุขภาพ	อาชีพ	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	ไม่มีอาชีพ	181	58.96	15.58
	รับจ้าง	85	65.94	17.53
	เกษตรกร	44	59.97	19.34
	ค้าขายหรือธุรกิจ	41	70.19	13.30
	ข้าราชการบำนาญ	49	75.96	11.13
	รวม	400	63.79	16.73
เจตคติ	ไม่มีอาชีพ	181	2.30	0.26
	รับจ้าง	85	2.40	0.32
	เกษตรกร	44	2.26	0.32
	ค้าขายหรือธุรกิจ	41	2.42	0.32
	ข้าราชการบำนาญ	49	2.55	0.25
	รวม	400	2.36	0.30

ตาราง 24 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	อาชีพ	N	$\bar{X}$	S
การปฏิบัติ	ไม่มีอาชีพ	181	1.49	0.22
	รับจ้าง	85	1.45	0.27
	เกษตรกร	44	1.42	0.22
	ค้าขายหรือธุรกิจ	41	1.47	0.30
	ข้าราชการบำนาญ	49	1.65	0.29
รวม		400	1.49	0.26

จากตาราง 24 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้าง เกษตรกรรม และไม่มีอาชีพ ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้าง ไม่มีอาชีพ และ เกษตรกรรม ตามลำดับ และส่วนของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อาชีพค้าขายหรือธุรกิจ รับจ้าง และ เกษตรกรรม ตามลำดับ

นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน		df	SS	MS	F
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	14,195.25	3,548.81	14.29**
	ภายในกลุ่ม	395	98,084.92	248.32	
รวม		399	112,280.17		
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	3.28	0.82	10.20**
	ภายในกลุ่ม	395	31.74	0.08	
รวม		399	35.02		
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	1.52	0.38	6.10**
	ภายในกลุ่ม	395	24.68	0.06	
รวม		399	26.21		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.36$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13, 14 และ 15 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 26, 27 และ 28 ตามลำดับ

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขายหรือธุรกิจ	ข้าราชการบำนาญ	
	$\bar{X}$	58.96	59.97	65.94	70.19	75.96
ไม่มีอาชีพ	58.96	1.01	6.98*	11.23*	17.00*	
เกษตรกร	59.97	-	5.97*	10.22*	15.99*	
รับจ้าง	65.94		-	4.25	10.02*	
ค้าขายหรือธุรกิจ	70.19			-	5.77	
ข้าราชการบำนาญ	75.96				-	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค่าขายหรือธุรกิจ และข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค่าขายหรือธุรกิจ และข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และอาชีพเกษตรกรรม และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	เกษตรกรรม	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	ค้าขายหรือธุรกิจ	ข้าราชการบำนาญ	
	$\bar{X}$	2.26	2.30	2.40	2.42	2.55
เกษตรกรรม	2.26	0.04	0.41*	0.16*	0.29*	
ไม่มีอาชีพ	2.30	-	0.10*	0.12*	0.25*	
รับจ้าง	2.40		-	0.02	0.15*	
ค้าขายหรือธุรกิจ	2.42			-	0.13*	
ข้าราชการบำนาญ	2.55				-	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม และไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม และไม่มีอาชีพ และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และค้าขายหรือธุรกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และค้าขายหรือธุรกิจ

ตาราง 28 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	เกษตรกรรม	รับจ้าง	ค้าขายหรือธุรกิจ	ไม่มีอาชีพ	ข้าราชการบำนาญ	
	$\bar{X}$	1.42	1.45	1.47	1.49	1.65
เกษตรกรรม	1.42	0.03	0.05	0.07	0.23*	
รับจ้าง	1.45	—	0.02	0.04	0.20*	
ค้าขายหรือธุรกิจ	1.47		—	0.02	0.18*	
ไม่มีอาชีพ	1.49			—	0.16*	
ข้าราชการบำนาญ	1.65				—	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ และไม่มีอาชีพ

ตาราง 29 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

พฤติกรรมสุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	ไม่มีรายได้	121	56.01	14.44
	ต่ำกว่า 2,000 บาท	100	58.11	17.07
	2,000-5,000 บาท	109	69.32	15.07
	สูงกว่า 5,000 บาท	70	76.75	10.92
	รวม	400	63.79	16.78
เจตคติ	ไม่มีรายได้	121	2.27	0.27
	ต่ำกว่า 2,000 บาท	100	2.28	0.29
	2,000-5,000 บาท	109	2.41	0.30
	สูงกว่า 5,000 บาท	70	2.54	0.24
	รวม	400	2.36	0.30

ตาราง 29 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	ไม่มีรายได้	121	1.44	0.24
	ต่ำกว่า 2,000 บาท	100	1.45	0.23
	2,000-5,000 บาท	109	1.53	0.28
	สูงกว่า 5,000 บาท	70	1.57	0.26
	รวม	400	1.49	0.26

จากตาราง 29 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และไม่มีรายได้ ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 30

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้ ระหว่างกลุ่ม	3	25,619.93	8539.98	39.02**
ภายในกลุ่ม	396	86,660.24	218	
รวม	399	112,280.17		
เจตคติ ระหว่างกลุ่ม	3	4.17	1.39	17.85**
ภายในกลุ่ม	396	30.85	0.08	
รวม	399	35.02		
การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	3	1.09	0.36	5.27**
ภายในกลุ่ม	396	25.12	0.06	
รวม	399	26.21		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 30 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.83$) แสดงว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง มีพฤติกรรมสุขภาพ

ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 31, 32 และ 33 ตามลำดับ

ตาราง 31 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

รายได้ต่อเดือน	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2,000 บาท	2,000-5,000 บาท	สูงกว่า 5,000 บาท	
	$\bar{X}$	56.01	58.11	69.32	76.75
ไม่มีรายได้	56.01	-	2.10	13.31*	20.74*
ต่ำกว่า 2,000 บาท	58.11		-	12.21*	18.64*
2,000-5,000 บาท	69.32			-	7.43*
สูงกว่า 5,000 บาท	76.75				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้

และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

รายได้ต่อเดือน		ไม่มีรายได้			
		ต่ำกว่า 2,000 บาท	2,000-5,000 บาท	สูงกว่า 5,000 บาท	
	$\bar{X}$	2.27	2.28	2.40	2.54
ไม่มีรายได้	2.27	-	0.01	0.13*	0.27*
ต่ำกว่า 2,000 บาท	2.28		-	0.12*	0.26*
2,000-5,000 บาท	2.40			-	0.14*
สูงกว่า 5,000 บาท	2.54				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน

รายได้ต่อเดือน	$\bar{X}$	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2,000 บาท	2,000-5,000 บาท	สูงกว่า 5,000 บาท
		1.44	1.45	1.53	1.57
ไม่มีรายได้	1.44	—	0.01	0.09*	0.13*
ต่ำกว่า 2,000 บาท	1.45		—	0.08*	0.12*
2,000-5,000 บาท	1.53			—	0.04
สูงกว่า 5,000 บาท	1.57				—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ 2,000-5,000 บาทต่อเดือน และสูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 34 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพของผู้ดูแล

พฤติกรรมสุขภาพ	สถานภาพของผู้ดูแล	N	$\bar{X}$	S
ความรู้	ตนเอง	137	67.68	17.10
	บุตร	202	60.75	16.23
	คู่ครอง	35	65.56	13.39
	ญาติ	24	65.51	19.45
	คนอื่น ๆ	2	52.58	19.64
	รวม	400	63.79	16.78
เจตคติ	ตนเอง	137	2.42	0.29
	บุตร	202	2.32	0.30
	คู่ครอง	35	2.35	0.34
	ญาติ	24	2.42	0.20
	คนอื่น ๆ	2	2.22	0.08
	รวม	400	2.36	0.30

ตาราง 34 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	สถานภาพของผู้ดูแล	N	$\bar{X}$	S
การปฏิบัติ	ตนเอง	137	1.53	0.27
	บุตร	202	1.48	0.23
	คู่ครอง	35	1.41	0.35
	ญาติ	24	1.48	0.18
	คนอื่น ๆ	2	1.34	0.20
รวม		400	1.49	0.26

จากตาราง 34 แสดงถึงผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่ดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงสุด และผู้ป่วยสูงอายุที่มีคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาต่ำสุด นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ดังปรากฏผลตามตาราง 35

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามสถานภาพของผู้ดูแล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้ ระหว่างกลุ่ม	4	4,385.58	1,089.64	3.99**
ภายในกลุ่ม	395	107,921.59	273.22	
รวม	399	112,280.17		
เจตคติ ระหว่างกลุ่ม	4	0.99	0.25	2.87**
ภายในกลุ่ม	395	34.03	0.09	
รวม	399	35.02		
การปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	4	0.49	0.12	1.87
ภายในกลุ่ม	395	25.72	0.07	
รวม	399	26.21		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 35 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่

สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 21 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 3.36$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19 และ 20 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกันอยู่คนเดียว มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls Method) ดังปรากฏผลตามตาราง 36 และ 37 ตามลำดับ

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน

สถานภาพของผู้ดูแล		คนอื่น ๆ	บุตร	ญาติ	คู่ครอง	ตนเอง
	$\bar{X}$	52.58	60.75	65.51	65.56	67.68
คนอื่น ๆ	52.58	-	8.17	12.93	12.98	15.10*
บุตร	60.75		-	4.76	4.81	7.00
ญาติ	65.51			-	0.05	2.17
คู่ครอง	65.56				-	2.12
ตนเอง	67.68					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล

ตาราง 37 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน

สถานภาพของผู้ดูแล		คนอื่น ๆ	บุตร	คู่ครอง	ตนเองหรือญาติ
	$\bar{X}$	2.22	2.32	2.35	2.42
คนอื่น ๆ	2.22	—	0.10	0.13	0.20*
บุตร	2.32		—	0.03	0.10
คู่ครอง	2.35			—	0.07
ตนเองหรือญาติ	2.42				—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 37 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีตนเองหรือญาติเป็นผู้ดูแล มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีตนเองหรือญาติเป็นผู้ดูแล มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีคนอื่น ๆ เป็นผู้ดูแล

ตาราง 38 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม สุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ จำแนกตามกลุ่ม อาการของโรค

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มอาการของโรค	N	$\bar{X}$	S	t
ความรู้	เฉียบพลัน	216	63.07	17.42	-0.94
	เรื้อรัง	184	64.64	15.99	
เจตคติ	เฉียบพลัน	216	2.35	0.30	-0.80
	เรื้อรัง	184	2.37	0.29	
ความรู้	เฉียบพลัน	216	1.47	0.26	-1.86*
	เรื้อรัง	184	1.52	0.25	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 38 แสดงว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลันและป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 24 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน และผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 และ 23 ตามลำดับ

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบถึงระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ในปี พ.ศ. 2538

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2538 ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามกลุ่มงาน และเพศ (Proportional Stratified Sampling) เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2538 เป็นผู้ป่วยสูงอายุชายจำนวน 179 คน และผู้ป่วยสูงอายุหญิงจำนวน 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 เป็นรายละเอียดส่วนตัวของแบบสัมภาษณ์ มีลักษณะเป็นแบบรายการสำรวจ
- ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ
- ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ
- ตอนที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ
- ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยานปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส เอกซ์ - SPSS/PC + VERSION 4.0 (SPSS^x Statistical Package for Social Science Version x)

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2538 โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน

3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2, 3, 22, 23 และ 24

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปโดยการทดสอบค่า เอฟ (F - test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One

Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 และ 21 ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - กูลส์ (Newman Keuls Method)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระดับดี
2. ผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า มีผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง
3. ผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย
4. ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3
5. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4
6. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

20. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19

21. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 20

22. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 21 ที่ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

23. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีกลุ่มอาการของโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

24. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีกลุ่มอาการของโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 23 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

25. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีกลุ่มอาการของโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2538 ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสถานภาพการสมรสอยู่ (อยู่รวมกัน) เป็นส่วนมาก ไม่ได้ประกอบอาชีพและส่วนใหญ่มิมีรายได้ สถานภาพของผู้ดูแลคือบุตร และส่วนใหญ่นับว่าเป็นโรคเรื้อรัง

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตอนต้นคือช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี สามารถรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี และมีความสนใจสุขภาพของตนเองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ (เพ็ญศรี เกิดนาค 2537 : 118 - 119) และโรงพยาบาลตากสิน เป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงสามารถรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครได้เล็งเห็นความสำคัญสุขภาพของผู้สูงอายุ และดำเนินงานตามนโยบายของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงได้ดำเนินงานและจัดทำโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาบริการผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เมื่อป่วยไข้หรืออายุ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและหลักการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นต้น (กองวิชาการสำนักงานการแพทย์. 2535 : 38 - 40) อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลาว่างจากภาระกิจหลัก จึงทำให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มากขึ้น จึงทำให้

ผู้ป่วยสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับดี

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

3.1 เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ทั้งชายและหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุหญิง และไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชายตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง พยายามจนทวนหาวิถีทางเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้น และเพื่อความอยู่รอดของชีวิต ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิสสมัย พัทธกษารากร (2536 : 92) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริพยาบาล พบว่าผู้ป่วยชายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง ทิพวัลย์ ชาวสาอางค์ (2535 : 159) ได้ศึกษาถึงแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุชายและหญิงมีแบบแผนชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำในการดำรงชีวิต เมื่อร่างกายเกิดการเจ็บป่วย หรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ที่ทำงานผิดปกติ และมีการปฏิบัติในการแสวงหาหนทางที่จะจัดการความผิดปกติเหล่านั้น โดยปัจจัยส่วนบุคคล สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยอื่น ๆ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม อันได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น และการเข้าถึงระบบสาธารณสุขเป็นต้น ซึ่ง

โดยลักษณะนี้ทั้งชายและหญิงต่างต้องการมีชีวิตอยู่ ทุกคนจึงต้องชวนชวาย หาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมานทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตรอดอยู่ได้ เมื่อเจ็บป่วยทั้งชายและหญิงจึงพยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 116) ได้ศึกษาถึงวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองเพศชายและหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน โดยปกติทั้งเพศชายและหญิง มีโอกาสเท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสารและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เท่ากัน ทำให้ประชาชนทั้งชายและหญิงมีการรับรู้ไปในทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวิศ สุเย็นทรเมธี (2527 : 51) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเยียวยาของผู้ป่วย พบว่าไม่มีความแตกต่าง

ดังนั้นยังไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ทั้งเพศชายและหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน

และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ทั้งชายและหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งเจตคติที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เพศทำให้เกิดความแตกต่างทางเสรีภาพในบุคคลซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วย และบทบาทของเพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทที่รับผิดชอบ ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ดูแล จึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (เพ็ญศรี เกิดนาค. 2537 : 117, อ้างอิงมาจาก นัยนา พิพัฒน์วิชา. 2535) และ นพพร พาณิชสุข (2528 : 94) ได้กล่าวว่า เพศหญิงมีแนวโน้มด้านความละเอียดอ่อน รอบคอบ และความสนใจในเรื่อง

เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ชาย ซึ่งผู้ป่วยชายเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในบางครั้งไม่ค่อยสนใจสุขภาพของตนเอง นอกจากอาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรง หรือเห็นผลอันตรายที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษามอง อัศณีย์-สิงหลกะ (2524 : 17) ได้ศึกษาการใช้จ่ายไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยหญิงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยชาย และผู้ป่วยหญิงจะเป็นฝ่ายที่ได้รับคำแนะนำด้วยคำพูดจากแพทย์และเภสัชกรมากกว่าผู้ป่วยชาย นอกจากนี้จากการศึกษาของ เจษฎา ณ ระนอง (2533 : 120) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้จ่ายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดพัทลุง พบว่านักเรียนชายกับนักเรียนหญิง มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้จ่ายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้จ่ายดีกว่านักเรียนชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ได้ศึกษาถึงสรีรวิทยาในการป้องกันโรคติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมืองที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดต่อแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดต่อดีกว่าเพศชาย

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุชาย

3.2 อายุ จากการศึกษาค้นคว้าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4, 5 และ 6 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง และอาจเนื่องจากความขรา ความหลงลืมหรือการเลิกละเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแล และสุขภาพตนเองมากขึ้น (อัศณีย์ สิงหลกะ. 2524 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1995) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สุขภาพเกี่ยวกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่อยู่ใน

กลุ่มสูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอายุอื่น ๆ และจากการศึกษาของ ทิพวัลย์ ชาวสาอางค์ (2535 : 60) ได้ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจ รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนชีวิต ต่างกัน เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแบบแผนชีวิต วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ของความอ่อนแอ ทางกาย และความฉับไวของสมอง โรคต่าง ๆ ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เริ่มเข้าคุกคามร่างกาย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ 61 ปีขึ้นไปจะยังมีความเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ สเตนเบอร์ก (Stenberg. 1978 : 86 - 92) ได้ศึกษาถึงเหตุผลการใช้ยานของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยเกิด ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มาก มักเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการ ศึกษาของ มูเลอร์ (อัศณี สิงหลกะ. 2524 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) พบว่า จะมีการใช้ยาไม่ตามสั่งเพิ่มมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ข้อผิดพลาดจะเพิ่มมากขึ้น ในผู้ที่อายุ 65 ปี และมากกว่านั้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ตากสิน ที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า

3.3 ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดย ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7, 8, และ 9 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติ ที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 186) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) ได้ศึกษาถึงลีลา ชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชากรเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชากร เขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่อง

โรคไม่ติดต่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 88) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า การที่เป็นเช่นนี้ โรเจอร์ (เบญจพร แก้วมีศรี. 2535 : 88 ; อ้างอิงมาจาก Roger. 1969) กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถที่จะเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งการแสวงหาความรู้นั้นจะมีโอกาสกระทำได้ทั้งการอ่านด้วยตนเอง และได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นหรือผู้มีประสบการณ์ด้านนั้น ๆ ซึ่งต่างกับผู้มีการศึกษาต่ำโดยเฉพาะผู้อ่านหนังสือไม่ออก ย่อมต้องใช้เวลานานในการศึกษาหาความรู้ และต้องใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างลองผิดลองถูก ทั้งยังต้องพึ่งผู้อื่นในการอ่านหนังสือ ซึ่งบางครั้งเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมาก หรือเกิดความผิดพลาดได้ พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 79 - 80) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษานในระดับต่ำ มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษานในระดับสูง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิทยา ภาสุนันท์ (2527 : 88) ได้ศึกษาความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองความร่วมมือ โดยการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่าผู้มีการศึกษาต่ำ ยังเลิกล้มการค้นหาคำรู้ หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามีอาการยากต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากไม่มีลักษณะความรู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอและขาดความเข้าใจในประโยชน์และจุดมุ่งหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติอย่างแท้จริง และสเตินเบิร์ก (Steinberg. 1978 : 86 - 92) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงเหตุผลในการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเกิดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้มากมักเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรุงไกร เจนพาณิชย์ (2521 : 59 - 60) ได้ทำการศึกษาเรื่องบทบาทแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การไม่ได้รับการศึกษาหรือการมีการศึกษาต่ำกว่าของผู้ป่วยทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อย เพราะพูด ฟัง หรืออ่านคำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามถึงการปฏิบัติตัว กลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

3.4 สถานภาพการสมรส จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 และ 11 โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (อยู่รวมกัน) และสถานภาพการสมรสโสด มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติ เกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (แยกกันอยู่) และสถานภาพการสมรสหม้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่จากผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรสคู่ (แยกกันอยู่) และสถานภาพการสมรสหม้ายจะขาดคู่ครอง ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา ท้อแท้และสิ้นหวัง ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โอเร็ม (Orem, 1985 : 91 - 120) ได้กล่าวว่าสภาพการสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียคู่ชีวิตจะมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมานาน การสูญเสียนี้ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ : 2527 : 67 - 68 ; อ้างอิงมาจาก Orem, 1985 : 91 - 120) และสอดคล้องกับคำกล่าวของ เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 80) ได้กล่าวว่าสถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสคู่ และสถานภาพการสมรสหม้าย มีการร่วมกิจกรรมแตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรสจะมีคู่คิด คู่ปรึกษา สามารถไปร่วมกิจกรรมได้ มีการปะทะสังสรรค์กันดีมาก มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน ในสถานภาพการสมรสหม้าย ซึ่งเกิดจากการสูญเสียคู่สมรส ทำให้คู่สมรสซึมเศร้า นอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534 : 50 - 52) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

ความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน จากตาราง 20 พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดีทุก ๆ สถานภาพการสมรส ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตอนต้น คือช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสนใจสุขภาพตนเอง และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ และในปัจจุบันนี้ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน ได้ร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาว โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ดำเนินงานและจัดทำโครงการเกี่ยวกับพัฒนาบริการผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย การรักษาพยาบาล การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและหลักการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นต้น (กองวิชาการสำนักการแพทย์. 2535 : 38 - 40) และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย ที่เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ได้มีการเผยแพร่ความรู้ และข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยาที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์ตลอดเวลา ซึ่งเสนอทั้งงานรูปวิชาการ สารคดี และความบันเทิงต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

3.5 อาชีพ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุอาชีพอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาชีพของผู้สูงอายุมักมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีการกำหนดระดับการศึกษาในการเข้าทำงานหรือประกอบอาชีพ มีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน ร่วมอาชีพได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นพูดคุยถึงปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะปัญหาเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่สูงอายุกำลังประสบอยู่ และให้ความสนใจอย่างมาก เช่น การดูแลสุขภาพเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณอายุ ปัญหาการใช้ยาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เป็นต้น และได้มีการนำเอาความรู้และประสบการณ์ที่ตนได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น แต่สำหรับผู้ที่ไม่มีอาชีพ อาชีพเกษตรกรกรรม รับจ้าง ค้าขายหรือธุรกิจ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ โอกาสพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นมีน้อย ความสนใจในเรื่องสุขภาพมีน้อยด้วย เพราะต้องทวงหาเลี้ยงชีพ ซึ่ง จาโรลวิก และเพาเวอร์ (ทิวัลย์ ขาวสาอังกค์. 2535 : 163 ; อ้างอิงมาจาก Jallowice and Power 1981 : 10 - 15) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเช่นกัน เช่นอาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 96) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอาชีพอื่น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยพบว่าอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่ากลุ่มอาชีพรับจ้าง นักเรียนหรือนักศึกษา ไม่มีอาชีพ

ค้าขาย และเกษตรกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี กัณหรัตนชัย (2530 : 16) ได้ศึกษาถึงการใช้จ่ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนวัฒนานคร พบว่าผู้ป่วยที่ใช้จ่าย มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ถึงร้อยละ 82.1 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง ซึ่งพบร้อยละ 9.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ประถมณีวิวัฒน์ (2532 : 58) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่ากลุ่มอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจและเอกชน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงกว่าอาชีพทนาย ทหาร รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 91) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยที่มาบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้มารับบริการที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขายและลูกจ้าง เอกชน/ส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน โดยมีผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาชีพอื่น ๆ

3.6 ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16, 17 และ 18 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจเป็น สิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพ เป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ หรือมีรายได้น้อย จึงไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองมากนัก ส่วนใหญ่มุ่งแต่การทำงานหาเลี้ยงชีพเพื่อความอยู่รอดของตนไปวันหนึ่ง ๆ เท่านั้น (พวงรัตน์ กุณฑาศ และคนอื่น ๆ. 2525 : 7 - 11) นอกจากนี้ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถที่จะเลือกใช้บริการต่าง ๆ ที่ทันสมัย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วีดีโอ หนังสือพิมพ์ และวารสารต่าง ๆ ที่หน่วยงาน

ทางด้านบริการสาธารณสุขจัดไว้บริการ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี เกตุนาถ (2537 : 120) ได้ศึกษาสรีรวิทยาในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชน เขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ สูงกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า และปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชน เขตเมือง ที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป ต่ำกว่าประชาชนเขตเมืองที่มีรายได้ต่ำกว่า และจากการศึกษาของ วิลลิตส์ และไครเดอร์ (ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์. 2535 : 16 ; อ้างอิง มาจาก Wellits and Crider. 1968 : 174) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและมีฐานะทาง เศรษฐกิจดี ประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ อาจเกี่ยวข้องกับ การมีแหล่งประโยชน์ที่ดี สามารถแสวงหาอาหาร และแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 90) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้มารับบริการที่มี รายได้สูงมีพฤติกรรม การเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า และจากการศึกษาของ วัฒน เพราเพริศภรณ์ (2533 : 79 - 80) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้มีอัตรา ไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้พอใช้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ พิสมัย พิทักษ์วารการ (2536 : 97) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ ใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มี รายได้สูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ มูลเลอร์ (อัศฉิย์ สิงหละ. 2524 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Mohler. 1955) พบว่า ส่วนใหญ่อัตราการใช้อายามไม่ตามสั่ง จะอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ

จะพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อ ป่วยระยะต้น ๆ แล้ว ยังนิยมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์เมื่อป่วยหนักจนทำ งานไม่ได้ ซึ่งเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดวิถีทางการดำเนินชีวิต และ พฤติกรรมของบุคคล ครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มักจะไม่สามารถจัดหาสิ่งที่เอื้ออำนวย

ต่อสุขภาพได้เท่ากับครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐิกิจดี (สุภาพ ชาติเพชร. 2531: 59 ; อ้างอิงมาจาก เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. 2533 : 11 - 13)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีรายได้สูงกว่า มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

3.7 สถานภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19 และ 20 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลสุขภาพตนเองก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีผู้อื่นเป็นผู้ดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่เข้าการศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่นช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง และมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ความสามารถในการดูแลตนเองและความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน ซึ่ง ครุณี ขุนทะวัต (2533 : 1) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมเริ่มแรกที่มีมนุษย์ปฏิบัติทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเป็นการสนองความต้องการของตนเอง ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ความต้องการของตนเอง จึงสามารถสนองความต้องการของตนเองได้ดีกว่าผู้อื่น และโรงพยาบาลตากสิน เป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร ทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และวารสารต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่น้อยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง สามารถรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้มาก และโรงพยาบาลตากสินได้ดำเนินงานตามนโยบายของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงได้ดำเนินงานและจัดทำโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาบริการผู้สูงอายุ อันประกอบด้วยการรักษาพยาบาล การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร โดยดำเนินงานและจัดตั้งหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ 2 รูปแบบคือ จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการร่วมสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็น

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม และอีกรูปแบบหนึ่งคือการบำบัดรักษาผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครอบคลุมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ (กองวิชาการสำนักงานการแพทย์. 2535 : 38 - 40) จากการดำเนินงานและการจัดทำโครงการดังกล่าว ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรม เข้าใจสภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น สามารถสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกว่าบุคคลอื่น ๆ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษาถูกต้องกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีผู้อื่นเป็นผู้ดูแล

และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 21 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกันจากตาราง 34 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับดี ทุก ๆ สถานภาพของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตอนต้น คือ ช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ และผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีบุตร และตนเอง เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าตนเอง และบุตร เป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเข้าใจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีตนเอง และบุตรเป็นผู้ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสารมวลชนที่ทันสมัยเหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุมีมากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ได้มีการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ใช้น้ำยาแตกต่างกัน

3.8 กลุ่มอาการของโรค จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 22 และ 23 ที่ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาแตกต่างกันตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน และป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จากตาราง 38 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุตอนต้นคือช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี สามารถรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี และมีความสนใจสุขภาพของตนเองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ (เพ็ญศรี เกิดนาค. 2537 : 118 - 119) และโรงพยาบาลตากสิน เป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารและสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และวารสารสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียง สามารถรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้อย่างทั่วถึง และโรงพยาบาลตากสินได้ดำเนินงานตามนโยบายของสำนักแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงได้ดำเนินงาน และจัดทำโครงการเกี่ยวกับการพัฒนาบริการผู้สูงอายุ อันประกอบด้วยการรักษาพยาบาล การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ประชาชนทั้งในเขตและนอกเขตกรุงเทพมหานคร และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ในการร่วมสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้งภาวะปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย (กองวิชาการสำนักการแพทย์. 2535 : 38 - 40) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้น้ำยาอยู่ในระดับดี และไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลันและป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน

และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา แตกต่างกับผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 24 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะมารับบริการตรวจรักษา และรับยาเป็นระยะ ๆ มักจะได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาจากแพทย์เภสัชกรและพยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาก็สามารถซักถามได้ทันที จึงมีโอกาสดูแลเรียนรู้วิธีการใช้ยา และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ยาที่เข้าในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มักเป็นยาที่ซื้ออยู่เป็นประจำ เช่น ยาก่อนอาหาร เป็นยาลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ยาแก้ปวดข้อในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ยาลดความดันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยาเหล่านี้มักเป็นยาที่ผู้ป่วยใช้ด้วยความเคยชิน และผ่านการแนะนำมาหลายครั้ง ผู้ป่วยจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากกว่ายาที่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลันใช้ ซึ่งเป็นยาใหม่สำหรับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับ (จิตสมัย จิตกษาวรากร. 2536 : 100) และการมารับยาเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ เช่น วิดีโอ โทรทัศน์ เสียงตามสาย ที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้สำหรับประชาชนที่มารับบริการ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับความรู้ เกิดความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน ที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก หรือ นาน ๆ มารับบริการตรวจรักษาสักครั้งหนึ่ง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสินที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีหน่วยให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องการใช้อาหารแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและรับยาเรียบร้อยแล้ว โดยเภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร หรือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โดยการอธิบายรายละเอียดในการใช้อาหารแต่ละชนิด แต่ละประเภทของยาที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุได้มีโอกาสดูถามได้

2. ควรมีการสอนสุขภาพ เรื่องการใช้อาหารแก่ผู้ป่วยสูงอายุ โดยจัดเป็นกลุ่มคลินิก เช่น คลินิกผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน คลินิกผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คลินิกผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดและหัวใจ ฯลฯ เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีร่างกายเสียเปรียบกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น สายตาพร่ามัว หูตึง การรับรู้ค่อนข้างช้า หลงลืมได้ง่าย ดังนั้นจึงควรแยกสอนสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุออกจากกลุ่มผู้ป่วยวัยอื่น ๆ สื่อที่ใช้ในการสอนสุขภาพควรเป็นรูปธรรมชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากสลับซับซ้อน เป็นต้น

3. ควรสนับสนุนให้มีคลินิกผู้ป่วยสูงอายุตามโรงพยาบาลให้แพร่หลายทั่วทั้งประเทศ ทั้งระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครอบคลุมทั่วถึง และประสิทธิภาพ โดยจัดบริการตรวจรักษาให้สะดวกรวดเร็ว มีช่องทางลดขั้นตอนการรักษาและจ่ายยา

4. ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึง เพื่อให้เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการร่วมสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ และการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้อาหารในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอันตรายสูงจากการใช้อาหาร เช่น หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางการให้สุขภาพเกี่ยวกับการใช้อาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ควรจะมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คลินิกโรคข้อเสื่อม ฯลฯ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละคลินิก เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละคลินิก และนำมาเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละคลินิก

3. ควรจะมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน

4. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการสอนและสื่อการสอนที่เหมาะสมในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ

5. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กัทพล ศรีวัฒนกุล. คู่มือการรื้อยาฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทเมดาร์ท จำกัด, 2532.
- _____. คู่มือยาประชาชนฉบับสมบูรณ์สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัทเมดาร์ท จำกัด, 2534.
- กล้าหาญ กังคะพิลาส. ทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการรื้อยาแก้ปวดลดไข้รับประทานเอง
ใน ต.ขอนแก่น อ.โคกสำโรง จ.ลพบุรี. ภาคนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- กลุ่มศึกษาปัญหา. "ความรู้เรื่องยา : หลักการรื้อยา," หมอชาวบ้าน. 7(78) : 34 - 36 ;
ตุลาคม 2532.
- กลุ่มเภสัชกรชุมชน. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการรื้อยาของประชาชนกับการบริหาร
เภสัชกรรมชุมชน. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2532.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. 2523.
- กรุงไกร เจนพาณิชย์. "บทบาทของแพทย์และเภสัชกรที่มีต่อความร่วมมือของผู้ป่วย,"
เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการครั้งที่ 4 ด้านเภสัชกรรมคลินิก. กรุงเทพฯ :
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- เขมิกา ยามะรัก. ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญ กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.บ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
2527. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการอาหารและยา, สำนักงาน. รายงานการวิจัยและสำรวจข้อมูลเรื่องสภาวะ
การรื้อยาของประชาชน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข. 2534.
- _____. ข้อมูลสถิติอาหารและยา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

- จรัส บุญยธรรมา. "ความรู้เรื่องยาตีแต่ไท, "หมอชาวบ้าน. 14 (167) : 17 - 24;
พฤศจิกายน 2535.
- จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี. ความรู้พื้นฐานเรื่องยา. เชียงใหม่ : คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- จริยวัตร คมพัตต์ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่องระบาควิทยาการไชยาระจับบวดและ
ลคชของผูประกอบอาชีพเก็บจกรยานสามล้อ ในจังหวัดนครราชสีมา. ม.ป.ท.,
2527.
- เจษฎา ณ ระนอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการไชยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
ในจังหวัดพัทลุง. ปริณณานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.
- จาเรียง ฐรมะสุวรรณ. "ผู้สูงอายุนั่งคมไทย," ในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์
ครั้งที่ 2 เรื่อง การพยาบาลความก้าวหน้าในการศึกษาการวิจัยและการปฏิบัติ.
กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ัชชาวลย์ ประภาลัย. การสำรวจการไชยชุดของประชาชนใน อ.ศรีขรภูมิ จ.สุรินทร์
วิทยานิพนธ์ วทม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ฐเพ็ญ วิบูลสันติ และคนอื่น ๆ. ยาลคชแกบวดที่ขายดีในร้านขายยาในจังหวัดเชียงใหม่.
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2526.
- ฐศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการไชยสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุนที่มารับบริการตรวจรักษานแผนกตรวจ
โรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารชิบตี. ปริณณานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ธนวรรณ อัมสมบุญณ์. "การประเมินผลงานสุชศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์
อย่างเป็นระบบ," วารสารสุชศึกษา. 8(29) : 24 - 26 ; เมษายน - พฤษภาคม
2528.
- _____. "การสอนสุชศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ," ข่าวสุชศึกษา. 4(2) :
38 - 43; เมษายน - กันยายน 2532.

- นภาพร ชัยวรรณ. รายงานวิจัย แนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคมและสุขภาพของ ผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2528.
- นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง กับความร่วมมือโดยการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- บรรลุ ศิริพานิช (บรรณาธิการ). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เกษมสุวรรณ, 2528.
- นุตร ประดิษฐ์วณิช. คนไทยหนุทดลองยา 53 ล้าน. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, ม.ป.ป.
- เบญจวิสี สุเอียนทรเมธี. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจการถูกตริตราที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย มหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปรินฎานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ประดิษฐ์ หุตางกูร. "ปริมาณการบริโภคยาและลำดับประเภทยาที่บริโภคมาก," ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง ปัญหาการไร้ยาของชุมชน. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, 2532.
- ประชา เอมอมร. "ข่าวสารสาธารณสุข," สารสนเทศ. 4(12) : 300/1422 ; ธันวาคม 2533.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์. 2532.
- ประสพ รัตนกร. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ : คณะกรรมการวิสามัญ สวัสดิการผู้สูงอายุและพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2534.

- ปราณี เหมวิล. การศึกษาความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเลิศสิน ระหว่างปี 2528 - 2529. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ : สำนักงานทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- พัชรา กาญจนรัมย์. รายงานการวิจัยเรื่องการใช้ยาแก้ไข้แก้ปวดในเกษตรกรไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.
- พิสมัย พิทักษาวรากร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- พินล เพราเพริศภิรมย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ. "โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ," ใน เอกสารฝึกอบรมระยะสั้น เรื่องโรคในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- พรชัย ปาจารย์วงศ์. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาตามการรับรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนรัฐบาลกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- พอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2535.
- มุกดา ตฤณานนท์. " ضمรมเน็ลโรลชีส," แพทยศาสตร์. 5(2) : 69 - 74 ; กุมภาพันธ์, 2529.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2530.

- วัชร คุณานันต์ชัยเดช. ประสิทธิผลของสื่อการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนใน
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
อัคราณา.
- วาสนา ประณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ
ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
2532. อัคราณา.
- วิชาการสำนักการแพทย์, กอง. รายงานประจำปีสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ : กองวิชาการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2535.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. วัยทอง. กรุงเทพฯ : สยามบรรณาการพิมพ์, 2535.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : กองการวิจัยสำนักงาน
คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, 2530.
- วิวัฒน์ วรภัย. "แนวทางในการดำเนินงานเพื่อสัมฤทธิ์ผลต่อการแก้ปัญหาการใช้นาทาง
ที่ผิด (Drug Abuse) ของผู้บริโภค," ใน เอกสารทางวิชาการ. กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2530.
- สถิติสาธารณสุข, กอง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงานสำนักงานกฤษฎีกา. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย.
ม.ป.ท. 2534.
- สารภี สีประเสริฐ. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้นาแก้ปวดในประชากรวัยแรงงาน,"
วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2(3) : 85 - 89 ; กันยายน - ธันวาคม 2531.
- สุรกุล เชนอบรม. วิทยาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- สุภาณี กาญจนจารี. "การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ," ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1.
สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. หน้า 238. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
วี.เจ.พรินตริง, 2535.

เสาวณี วิจิตวาทී. ความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุที่พำนักในครอบครัวแบบขยาย ในเขตพัฒนาท.

วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

ไสสศ รักกุศล และธนารัตน์ รักกุศล. พระราชบัญญัติยาฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ :

ไพศาลการพิมพ์, 2527.

สาส์ จาคี และ คนอื่น ๆ . "การใช้ยาของชุมชน," วารสารสุขภาพ. 3(1) : 15 - 24 ;

มกราคม 2522.

สมพร อินแก้ว. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.

สมพันธ์ หิญชีระนันท์. "แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ, "ใน เอกสารประชุมวิชาการ
การพยาบาลศาสตร ครั้งที่ 4 เรื่องการพยาบาลทางศัลยกรรมในผู้สูงอายุ.

หน้า 1 - 10. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

อนุตรา สงเคราะห์. รายงานพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในเขตชุมชน. กรุงเทพฯ :

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2535.

อนงนารถ ขาญเชิงคำ. การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับยาของผู้ที่
สามล้อรับจ้างใน อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

อารีย์ บุณณะตระกูล. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก. ปริญญาโท

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

อานวยพร ทิวศ์ษา. การศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชน
ในเขตตำบลพระบาทวังตวง อ.แม่พริก จ.ลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

อรรพรรณ ไหววัฒนา. การทบทวนลักษณะการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ ภ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2524. อัดสำเนา.

อัศนีย์ สิงหละ การใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์. ภ.ม. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

- Anderson, H. Newton's Geriatric Nursing. Saint Louis : The C.V. Prossby Company, 1971.
- Badura, B. "Life - style and Health : Some Remarks on different Viewpoints," Social Science Medicine. 19 : 341 - 347 ; 1984.
- Best, John W. Research in Education. Fourth Edifion. New Delhi : V.K. Batrd at Pearl offset Press, 1983.
- Birren, James E. and Jeyne V. Renner. Handbook of the Psychological of Aqing. New York : Van Nostrand Peihold Company, 1977.
- Bloom, S.Benjamin. Toxonomy of Education Objective. Hand Book I : Cognitive Domain. New York : David Mc.Kay Company, Inc., 1975.
- Chubb, J.M. and H.W. Winship. "The Pharmacist's Role in Preventing Medication Errors Made by Cardiao and Hyperlipoproteinemic Out patients," Drug Intell Clin Pharm. 8 : 430 - 436 ; May, 1974.
- Dezelsky, Thomas L. and others. "A - Ten Year Analysis of Non - Medical Drug Use Behavior at Five American University," The Journal of School Health. 6(3) : 51 - 55 ; January, 1981.
- Jackson, Joseph Dennis. "An Investigation of Prescribed and Nonprescrped Medicine Use Behavior Within the Family Context," Dissertation Abstracts International. 2790 - B ; January, 1982.
- Jalso, Shirley B., Murjane M. Burns and Jerry M. Rivers. "Nutrition Beliefs snd parctices," Journal of the American Dietetic Association. 47 : 263 - 268 ; 1965.
- Jalowice A. and M.J. Power. "Stress and coping in hypertensive and Emergency room patients," Nursing Research. 30 : 10 - 15. ; 1981.
- Levy, M.R., M.Dignan and J.Shirreffs. Life and Health. 4th ed. New York : Random House, Inc., 1984.

- Madden E.E. "Evaluation of Outpatient Pharmacy Patient Counseling,"
J. Am Pharm Assoc NS. 13(8) : 433 - 437 ; November, 1973.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3 ed. New York : McGraw -
 Hill Book Company, 1985.
- Orem D. and S. Taylor. "Orems : General Theory of Nursing in
 P. Winstead Fry (Ed)," Case studies in Nursing Theory.
 National League for Nursing, 1986.
- Rehder, T.L. and Other. "Improving Medication Compliance by
 Counselling and Special Prescription Container,"
Am J. Hosp Pharm. 37 : 379 - 385 ; 1980.
- Richard K. Means. "Some Thoughts on Curriculum Development,"
International Journal of Health Education. 12(4) : 159 ;
 June, 1969.
- Shultz, C.M.S. "Lifestyle Assessment : A Tool for Practice,"
Nursing Clinics of North America. 19 : 271 - 281; June , 1984.
- Sister, Mary, Jeanne Hain and Shu - Pi chen. "Health Need of the
 Elderly," Nursing Research. 25 : 433 - 435 ; November -
 December, 1976.
- Snitt, R.P. and C.E. Princa "Effect of audio - visual and written
 instruction on drug knowledge, understanding and compliance,"
Pharm Memage. 151(3) : 134 - 142 ; May, 1979.
- Steinberg, S.K. "A Rational Approach to the Use of drug in the
 Elderly," Con Pharm J. 111 : 86 - 92 ; February, 1978.
- Thomas, Clayton L. Taber's. Cyclopedic Medical Dictionary. 14 th ed.
 Edition," Singapore : Asian Economy Deition Press, 1983.
- Turner, Jeffrey S. and Donald B. Helms. Lifespan Development.
 New York : CBS College Publishing, 1983.

- Wiley, J.A. and P.C. Comacho. "Life - Style and Future Health :
Evience from the Alameda County Study," Preventive Medicine.
9 : 1 - 27 ; January, 1980.
- Willits, F.K. and D.M. Crider, "Health Rating and life Satisfaction
in the later Middle year," Journal of Gerontology. 43 :
172 - 176 ; September, 1988.
- Willson, J.T. "Compliance with Instruction in the Evaluation of
Therapeutic Efficacy," Clinic dediat. 12 : 33 - 340 ; January,
1973.
- Yamane, Toro. Statistics : and Introductory Analysis. 2nd ed.
New york : Haper and Row, 1967.

ကမ္ဘာတစ်ဝှမ်း

ภาคผนวก ก.
(หนังสือขอความอนุเคราะห์)

ครุฑ

ที่ ทม 1007/1759 (สำเนา) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110
21 มีนาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสาส์ พิกุลทอง เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.สุจินต์ ปริชามารถ ประธาน

รศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับการ
ใช้ยาในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2538 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดทำให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้ มีดังนี้

1. พศ. วินัส บัณฑิตพงษ์
2. น.พ. สมพงษ์ วงศ์ปัญญาถาวร
3. น.พ. สมบุญ เศรษฐมท
4. อ. พิสมัย พิทักษาวรากร
5. คุณนันทวัน จาตุรันต์วิชัย

ภาคผนวก ข.

(แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ)

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลตากสิน

แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ตอน ซึ่งประกอบด้วย

- ตอนที่ 1 รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
- ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา
- ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา
- ตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา
- ตอนที่ 5 การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยา

คำชี้แจงงานแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา โดยขอให้ท่านตอบตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุง และพัฒนาการให้ความรู้และการบริการในการให้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสาส์ พิฤลทอง)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

แบบสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. สถานภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เพศ
 - () ชาย
 - () หญิง
2. อายุของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - () 60 – 69 ปี
 - () 70 – 79 ปี
 - () 80 ปีขึ้นไป
3. ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - () ไม่ได้เรียนหรือไม่สำเร็จระดับประถมศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () สูงกว่ามัธยมศึกษา (ระบุ)
4. สถานภาพการสมรสของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - () โสด
 - () คู่ (อยู่ร่วมกัน)
 - () คู่ (แยกกันอยู่)
 - () หม้าย
5. อาชีพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 - () รับจ้าง
 - () เกษตรกรรม
 - () ค้าขายหรือธุรกิจ
 - () ข้าราชการบำนาญ

6. รายได้ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
- () ไม่มีรายได้
 - () ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน
 - () 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน
 - () สูงกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
7. สถานภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
- () ตนเอง
 - () บุตร
 - () คู่ครอง
 - () ญาติ
 - () คนอื่น ๆ (ระบุ)
8. การเจ็บป่วยในครั้งนี้นำท่านไปรับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่
- () ได้รับความรักษาจาก
 - () ไม่ได้รับความรักษา
9. ความถี่ของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้
- () ครั้งแรก
 - () 2 - 3 ครั้งต่อเดือน
 - () 2 - 3 เดือนต่อครั้ง
 - () มากกว่า 3 เดือนต่อครั้ง
10. ท่านมีโรคประจำตัว
- () มีโรค (ระบุ)
 - () ไม่มี
11. ท่านมียาที่ต้องรับประทานติดต่อกันเกิน 3 สัปดาห์
- () มี ได้แก่ ยารักษาโรค
 - () ไม่มี
12. อาการเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านรับประทานยาก่อนมาโรงพยาบาลหรือไม่
- () รับประทานนาน.....วัน
 - () ไม่ได้รับประทาน

13. ท่านมาพบแพทย์ตามนัด

- () มาทุกครั้ง
- () มาเป็นบางครั้ง
- () ไม่มา

14. ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจโรคหรือไม่

- () ไม่เคย
- () เคย ได้รับจากกลุ่มงาน (ระบุ)

15. การมารับบริการครั้งนี้ท่านมารับการตรวจโรคจากกลุ่มงานใด

- () อายุรกรรม
- () ศัลยกรรม
- () ศัลยกรรมกระดูก
- () จักษุวิทยา
- () วัสดุ ศอ นาสิก
- () ทันตกรรม

16. ท่านทราบวิธีการใช้ยาส่วนใหญ่มาจากใคร

- () แพทย์
- () เภสัชกร
- () พยาบาล
- () ร้านขายยา
- () ฉลากยา
- () วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

แบบสัมภาษณ์ความรู้

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย x ทับอักษรที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. ยานข้อใดจัดเป็นยาสามัญประจำบ้าน
 - ก. ยาปฏิชีวนะ
 - ข. ยาแก้ปวด - ลดไข้
 - ค. ยาลดความดันโลหิต
 - ง. ยารักษาโรคเบาหวาน
2. ยาประเภทใดไม่ควรนำมาใช้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย
 - ก. ยาชุด
 - ข. ยาสมุนไพร
 - ค. ยาแผนโบราณ
 - ง. ยาสามัญประจำบ้าน
3. หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง ควรใช้ยาตามลักษณะในข้อใด
 - ก. ตามความเคยชิน
 - ข. ตามที่ฉลากยาแนะนำ
 - ค. ตามที่เคยใช้ในครั้งก่อน
 - ง. เพิ่มหรือลดขนาดของยาเองตามอาการของโรค
4. คำว่า Exp.date ในฉลากยามีความหมายตรงกับข้อใด
 - ก. วันที่ผลิตยา
 - ข. วันหมดอายุของยา
 - ค. วันที่นำยาออกจากหน่วย
 - ง. วันที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตยา

5. ลักษณะยาในข้อใด ไม่ควรนำมาใช้
 - ก. เม็ดยาแตกหัก
 - ข. แคปซูลโป่งพอง
 - ค. ยาน้ำมีตะกอนและสีผิดไปจากเดิม
 - ง. ถูกทุกข้อ
6. เราสามารถหลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้ยาโดยวิธีใด
 - ก. ใช้ยาคำโฆษณาสรรพคุณยาที่น่าเชื่อถือ
 - ข. ใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร
 - ค. ใช้ยาตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านและผู้ใกล้ชิด
 - ง. ใช้ยาตามความเคยชินและประสบการณ์ในการเจ็บป่วยครั้งก่อน ๆ
7. การผสมยาผง เช่น ผงเกลือแร่ ให้เป็นยาน้ำควรปฏิบัติอย่างไร
 - ก. ผสมกับน้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว
 - ข. ผสมกับสุราเพื่อทำให้ฤทธิ์ยาแรงขึ้น
 - ค. ผสมกับน้ำร้อนเพื่อให้ยาละลายเข้ากันได้ดี
 - ง. รับประทานในลักษณะผงแห้งแล้วดื่มน้ำตามมาก ๆ
8. ยาก่อนอาหาร ควรรับประทานเวลาใด
 - ก. ก่อนรับประทานอาหาร 10 - 15 นาที
 - ข. ก่อนรับประทานอาหาร 30 - 60 นาที
 - ค. ก่อนรับประทานอาหารนานเท่าไรก็ได้
 - ง. รับประทานยาแล้วรับประทานอาหารทันที
9. ยาหลังอาหาร ควรรับประทานเวลาใด
 - ก. รับประทานหลังอาหารทันที
 - ข. รับประทานหลังอาหาร 15 - 30 นาที
 - ค. รับประทานหลังอาหาร 1 - 2 ชั่วโมง
 - ง. รับประทานหลังอาหารเวลาใดก็ได้

10. ยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร เช่น ยาแก้ปวดบางชนิดควรรับประทานเวลาใด
- รับประทานก่อนนอน
 - รับประทานหลังอาหารทันที
 - รับประทานก่อนอาหาร 1 - 2 ชั่วโมง
 - รับประทานหลังอาหาร 1 - 2 ชั่วโมง
11. ยาระบาย ควรรับประทานเวลาใดเหมาะสมที่สุด
- ตื่นนอนตอนเช้า
 - รับประทานก่อนอาหาร
 - รับประทานหลังอาหาร
 - ก่อนนอนในตอนกลางคืน
12. การรับประทานยาแก้ปวด - ลดไข้ ควรปฏิบัติอย่างไร
- ดื่มน้ำตามมาก ๆ
 - ควรรับประทานตอนท้องว่างเท่านั้น
 - รับประทานพร้อมสุราเพื่อให้ยาออกฤทธิ์แรงมากขึ้น
 - รับประทานบ่อย ๆ ได้ตามต้องการ เมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้
13. ถ้าท่านลืมรับประทานยาในเมื่อที่ผ่านมา ท่านควรรับประทานยาเมื่อต่อไปอย่างไร
- รับประทานยาในเมื่อต่อไปเพิ่มเป็น 2 เท่า
 - หยุดรับประทานยาทันที แล้วรีบไปปรึกษาแพทย์
 - รับประทานยาในเมื่อต่อไปตามขนาดและเวลาปกติ
 - รับประทานยาทันทีที่นึกได้ และรับประทานเมื่อต่อไป โดยมีระยะห่าง 4 ชั่วโมง
14. เมื่อรับประทานยาปฏิชีวนะได้นาน 2 - 3 วัน แล้วอาการของโรคหมดไป ควรปฏิบัติอย่างไร
- รับประทานยาที่ได้รับมาจนหมด
 - เก็บยาที่เหลือไว้ใช้ในการเจ็บป่วยครั้งต่อไป
 - งดยาไว้ก่อน ถ้ามีอาการจึงรับประทานยานั้นต่อ
 - แบ่งยาให้ผู้ใกล้ชิด เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเช่นเดียวกัน

15. ยาสำหรับทาภายนอก มีวิธีใช้อย่างไร
- ก. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่แห้งสะอาด
 - ข. ทายาชั้นป้อย ๆ เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็ว
 - ค. ทายาหนา ๆ บนผิวหนังเพื่อใช้ยาอยู่บนผิวหนังได้นาน ๆ
 - ง. ทายาบาง ๆ บนผิวหนังที่เปียกชื้นเพื่อให้ยาดูดซึมได้เร็ว
16. การใช้ยาหยอดตา เมื่อหายเจ็บป่วยแล้วควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. ใช้ยาต่อไปเรื่อย ๆ จนหมดขวด
 - ข. ถ้าใช้หมด ทั้งยาที่เหลือไป
 - ค. แบ่งให้ผู้ใกล้ชิดใช้ เมื่อมีอาการเหมือนกัน
 - ง. ปิดฝาขวดให้สนิทเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไปแต่ไม่เกิน 1 เดือน
17. การใช้ยาหยอดหู ควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. หยอดป้อย ๆ ได้ตามต้องการ
 - ข. หยอดให้มียาค้างอยู่ในหูตลอดเวลา
 - ค. นอนตะแคงให้ยาค้างในหูนาน 5 นาที
 - ง. หลังหยอด ใช้ไม้พันสำลีเช็ดยาออกให้หมด
18. เมื่อท่านสงสัยว่าเกิดอาการแพ้ยา ท่านควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. หยุดยาทันทีแล้วรีบไปพบแพทย์
 - ข. ทดลองใช้ยาในขนาดเดิมต่ออีก 1 วัน
 - ค. ลดขนาดของยาลงครึ่งหนึ่งทานมื่อต่อไป
 - ง. ทิ้งยาทั้งหมดไปเสีย แล้วไปพบแพทย์คนใหม่

แบบสัมภาษณ์วัดเจตคติ

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการวิจัย

คำชี้แจง ในแบบสัมภาษณ์จะมีข้อความพิจารณาความรู้สึก ความคิดเห็นของ

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ว่าตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดให้และเลือกโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วย คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

ไม่แน่ใจ คือ เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

ไม่เห็นด้วย คือ เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ยาที่มีคุณนั้่นดี และมีโทษมหั้่นดี.....	.....	.....	.....
2.	ยาที่รักษารโรคได้ผลดี ต้องเป็นยาที่มีราคาแพง...	.....	.....	.....
3.	การใช้ยาตามคำรณษณาชวนเชื่อ อาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้.....	.....	.....	.....
4.	ยาที่ซื้อตามคา้บออกเล่าจากผู้อื่นจะไม่มีอันตรายต่อสุขภาพเพราะได้ผ่านการทดลองใช้มาแล้ว.....	.....	.....	.....
5.	การซื้อยาตามตัวอย่างอาจทำให้ได้รับยาผิด มีอันตรายต่อสุขภาพ.....	.....	.....	.....
6.	ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนจะมีคุณภาพดีกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลรัฐบาล.....	.....	.....	.....
7.	ยาชุดเป็นยารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.....	.....	.....	.....

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
8.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยคล้าย ๆ กัน หลาย ๆ คน สามารถช่วยกันไว้ได้.....	.....	.....	.....
9.	การรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับการดื่มสุรา จะทำให้ยาออกฤทธิ์เร็วและแรงขึ้น.....	.....	.....	.....
10.	ยาแก้ปวดชนิดของ เป็นยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพ..	.....	.....	.....
11.	ยาบิซิวัน เป็นยาแก้ปวด - ลดไข้ชนิดหนึ่ง....	.....	.....	.....
12.	การรับประทานยาภายนอก ควรทายาหนา ๆ จะได้ผล การรักษาดีกว่าการทายาเพียงบาง ๆ .....	.....	.....	.....
13.	การรับประทานยาเม็ดวิตามินมีประโยชน์มากกว่า การรับประทานอาหารโดยตรง.....	.....	.....	.....
14.	ยาต้องเหล้าเป็นยาประเภทหนึ่งสำหรับ บำรุงร่างกาย.....	.....	.....	.....
15.	ยาฉีดมีประสิทธิภาพในการรักษาดีกว่า ยารับประทาน.....	.....	.....	.....
16.	ถ้าอาการป่วยไม่ทุเลาลง ควรเพิ่มขนาดยาในการ รับประทานให้มากขึ้น.....	.....	.....	.....
17.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง ควรหยุดยาบิซิวัน ที่รับประทานและเก็บยาไว้สำหรับการเจ็บป่วย ครั้งต่อไป.....	.....	.....	.....
18.	โรคทุกโรคต้องรักษาด้วยยาเท่านั้นจึงจะหาย เป็นปกติได้.....	.....	.....	.....

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ

ตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านปฏิบัติจริง แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก

การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอทุกวัน หรือทำทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ คือ ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.	ท่านมักซื้อยารับประทานเองตามคำโฆษณา สรรพคุณยาที่ตรงกับอาการเจ็บป่วยของท่าน...	.....	.....	.....
2.	ท่านนำตัวอย่างเม็ดยาไปซื้อที่ร้านขายยามา รับประทานเอง.....	.....	.....	.....
3.	ท่านซื้อยาชุดจากร้านขายยามาใช้เมื่อเกิด อาการเจ็บป่วย.....	.....	.....	.....
4.	ท่านซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเองเมื่อเกิด อาการเจ็บป่วย.....	.....	.....	.....
5.	เมื่อท่านเริ่มมีอาการเจ็บป่วยท่านจะไปปรึกษา แพทย์ก่อนนำชียาทุกครั้ง.....	.....	.....	.....
6.	ท่านมักแบ่งยาของท่านให้แก่ผู้อื่นเมื่อมีอาการ เจ็บป่วยใกล้เคียงกัน.....	.....	.....	.....

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
7.	ท่านมักใช้ยานขนาดใหญ่ที่มากกว่าแพทย์สั่งเพื่อให้อาการป่วยหายเร็วขึ้น.....	.....	.....	.....
8.	ท่านรับประทานยาน้ำจากขวดยาโดยตรง.....	.....	.....	.....
9.	ท่านรับประทานยานอนหลับ เมื่อเกิดความรู้สึกกังวลหรือเกิดความเครียด.....	.....	.....	.....
10.	ท่านมักใช้น้ำร้อนผสมยาผงให้เป็นยาน้ำ.....	.....	.....	.....
11.	ท่านรับประทานยากับน้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว.....	.....	.....	.....
12.	ท่านมักใช้ยาหยอดตาพร้อมกับผู้อื่นในบ้าน.....	.....	.....	.....
13.	ท่านมักลืมรับประทานยาเป็นประจำ.....	.....	.....	.....
14.	ท่านเก็บยาปฏิชีวนะไว้รับประทานเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยอีกครั้งต่อไป.....	.....	.....	.....
15.	ท่านมักเก็บยาทั้งหมดอายุทิ้ง ป้องกันการนำมาใช้อีก.....	.....	.....	.....
16.	เมื่อมีข้อหาเรื่องการรับยา ท่านมักปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร.....	.....	.....	.....

ตอนที่ 5 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษา

1. ปัจจุบันท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการรักษาในเรื่องใดบ้าง อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าโรงพยาบาลควรมีหน่วยให้คำปรึกษาในเรื่องยาหรือไม่เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค.

(ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจํานนแบบสัมพัทธ์)

ตาราง 39 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกด้านความรู้เกี่ยวกับการราชาธิบาย

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.80	0.26
2	0.60	0.53
3	0.70	0.35
4	0.46	0.26
5	0.46	0.53
6	0.80	0.40
7	0.53	0.53
8	0.63	0.28
9	0.30	0.60
10	0.70	0.25
11	0.63	0.30
12	0.63	0.40
13	0.70	0.30
14	0.60	0.26
15	0.30	0.33
16	0.73	0.26
17	0.66	0.26
18	0.46	0.46

ตาราง 40 ค่าอำนาจจํานนในด้านเจตคติเกี่ยวกับการรําช้ยา

ข้อ	ค่าอำนาจจํานน
1	4.35
2	3.60
3	3.41
4	2.30
5	3.63
6	2.10
7	2.29
8	4.68
9	2.83
10	2.20
11	2.07
12	2.29
13	3.23
14	4.69
15	3.41
16	3.72
17	3.63
18	2.01

ตาราง 41 ค่าอำนาจจําแนกในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษา

ข้อ	ค่าอำนาจจําแนก
1	3.80
2	2.23
3	2.28
4	2.11
5	4.28
6	2.50
7	4.00
8	2.06
9	1.89
10	3.28
11	2.47
12	2.73
13	2.21
14	2.16
15	2.06
16	3.93

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสาลี ชื่อสกุล พิกุลทอง

เกิดวันที่ 25 เดือนสิงหาคม พุทธศักราช 2508

สถานที่เกิด กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 31 หมู่ 1 ตำบลมหาสวัสดิ์ กิ่งอำเภอพุทธมณฑล

จังหวัดนครปฐม 73170

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลตากสิน ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา เขตคลองสาน

กรุงเทพมหานคร 10600

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2527 มัธยมศึกษา โรงเรียนพระปฐมวิทยาลัย

พ.ศ. 2531 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ. 2538 การศึกษามหาบัณฑิต (สูงศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน

บทคัดย่อ
ของ
สาส์น พิภพทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2539

การศึกษาค้นคว้านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและ เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการ ใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ตาม ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพ ของผู้ดูแล และกลุ่มอาการของโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 400 คน เป็นชาย 179 คนเป็นหญิง 221 คน กลุ่ม ตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มแบบสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่า ที (t - test) และสถิติค่า เอฟ (F - test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายในระดับปานกลาง และพฤติกรรมสุขภาพด้าน เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายในระดับดี
2. ผู้ป่วยสูงอายุชายและหญิงที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้จ่ายไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรม สุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยสูงอายุหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่ายถูกต้องมากกว่าผู้ป่วย สูงอายุชาย
3. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้จ่ายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้จ่าย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ใช้จ่ายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

8. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่มีสถานภาพของผู้ดูแลต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

9. ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน ที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการของโรคต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเฉียบพลัน

HEALTH BEHAVIORS CONCERNING DRUGS USING OF THE ELDERLY PATIENTS
AT OUT PATIENT DEPARTMENT OF TAKSIN HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SALEE PIGUNTHONG

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1996

The objective of this study were to determine and to compare health behaviors concerning drugs used of the elderly patients at out patient department of Taksin Hospital with the following variable : sex, age, education level, marriage status, occupation, income, family health care status and symptom of disease.

The sample in this study were 400 of the elderly patients at Taksin Hospital. There were 179 males and 221 female obtained from propotional stratified sampling. The instrument for collecting the data were the strural interview consisting of the health behaviors concerning drugs made by the researcher. The data were analyzed by t - test, One - way Analysis of Variance and Newman - keuls Method

The results were as follows.

1. Knowledge of health behaviors concerning drugs used of the elderly patients was medium level. Attitude and practice of health behaviors concerning drugs used elderly patients were high level.
2. There was no significant difference in knowledge and attitude of health behaviors concerning drugs used between male and female but there was significant differecne in practice of heath behaviors concerning drugs used between male and female at the .05 level.
3. There were significant differences in knowledge, attitude and practice of health behaviors concerning drugs used on age at the .01 level.
4. There were significant differences in knowledge, attitude and of health behaviors concerning drugs used on the education level at the .01 level.

5. There were significant differences in knowledge, attitude of health behaviors concerning drugs used on marriage status at the .01 and .05 level but there was no significant difference in practice of health behaviors concerning drugs used on marriage status.

6. There were significant differences in knowledge, attitude and practice of health behaviors concerning drugs used on occupation at the .01 level

7. There were significant differences in knowledge, attitude and practice of health behaviors concerning drugs used on income at the .01 level.

8. There were significant differences in knowledge and attitude of health behaviors concerning drugs used on family health care status at the .01 level but there was no significant difference in practice of health behaviors concerning drugs used on family health care status.

9. There was no significant difference in knowledge and attitude of health behaviors concerning drugs used on chronic disease and acute disease but there was significant difference in practice of health behaviors concerning drugs used on chronic and acute disease at the .05 level.