

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร การวิจัยได้ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน ซึ่งคำนวณจากร้อยละ 25 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในแขวงรองเมือง และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากบ้านเลขที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่แบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ จำนวน 30

ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กระทำโดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเภสัชกรรม และการพยาบาล รวม 10 ท่าน หลังจากนั้นได้หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach) และหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ ด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Formular 20) กับกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุ

จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพได้ .86
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้ .77 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาได้ .77

ภายหลังเก็บข้อมูลได้หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง
ประชากรทั้งหมดจำนวน 143 คน ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะ
สุขภาพได้ .86 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุได้ .71 ความรู้เกี่ยวกับ
การใช้ยาได้ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์
กลุ่มตัวอย่างประชากรแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ด้วยตนเอง ระยะเวลา
เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2540

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺
ได้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุวิเคราะห์โดยการแจกแจง
ความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
วิเคราะห์โดยหาค่าไค- สแควร์ (Chi - Square)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับ
พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประชากรในการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น
ร้อยละ 62.9 จำนวนผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.5
รองลงมาร้อยละ 29.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 65-69 ปี และพบว่า สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มี

สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.4 รองลงมาได้แก่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก คิดเป็นร้อยละ 39.9 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.3 ผู้สูงอายุ ประเมินว่ารายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 44.1 รองลงมามีเหลือเก็บ ร้อยละ 42.7 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 95.8

2. จากผลการวิจัย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแขวงรวงเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ที่พฤติกรรมการใช้จ่ายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.6 ที่เหลือ มีพฤติกรรมการใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.4 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านมีข้อค้นพบดังนี้

2.1 พฤติกรรมการใช้จ่ายด้านการบริโภคยา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.59 รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมการใช้จ่ายด้านการแสวงหาญา และด้านการเก็บรักษาญา คิดเป็นค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.56 และ 2.55 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อในแต่ละด้านมีข้อค้นพบดังนี้

2.1.1 ด้านการแสวงหาญา พบว่า ไม่เคยขอญาจากเพื่อนหรือ เพื่อนบ้านมาใช้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ไม่ซื้อญาจากหลาย ๆ แหล่งเพื่อใช้ในการรักษา โรคชนิดเดียว ไม่ซื้อญาตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือญาติ ไม่ซื้อญามาใช้เองโดยไม่มี อาการเจ็บป่วย และซื้อญาโดยไม่เอาตัวอย่างยาที่มีอยู่ไปให้ผู้ขายดู มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.90, 2.86, 2.80, 2.60 และ 2.57 ส่วนพฤติกรรมเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเมื่อซื้อญามาใช้ การไม่ซื้อญาชุดจากร้านขายญามาใช้ และไม่ซื้อยารับประทานเองจากร้านขายของชำ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.15, 2.32 และ 2.42 ตามลำดับ

2.1.2 ด้านการเก็บรักษาญา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ต่ำที่สุด เกี่ยวกับการวางยาไว้ทั่วไปโดยไม่มีตู้เก็บ คิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.62 ส่วนคะแนน พฤติกรรมเกี่ยวกับการไม่เก็บยาที่เม็ดยามีรอยแตกหรือสีลอกไว้ใช้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.96 รองลงมา ได้แก่ ไม่เก็บยาไว้ในที่มีแสงแดด และไม่เก็บยาที่ไม่ซื้อญาไว้ใช้ มีค่าเฉลี่ย 2.93

2.1.3 ด้านการบริโภคยา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม ต่ำที่สุดในเรื่อง ไม่เคยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.02 รองลงมา ได้แก่ ไม่หยุดใช้ยาก่อนครบกำหนดเมื่ออาการดีขึ้น ไปรับยาเพิ่มภายหลังจากที่ยาหมด ไม่ลิ้มรับประทานยา ใช้ยาทุกครั้งตามคำแนะนำของแพทย์ และใช้ยาทุกชนิดที่ได้รับจน ครบถ้วน มีค่าเฉลี่ย 2.09, 2.13, 2.20, 2.48 และ 2.49 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการ บริโภคยาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ไม่เลือกรับประทานเฉพาะยาที่รับประทานง่าย และ ไม่รับประทานยาที่เก็บไว้นาน มีค่าเฉลี่ย 2.99 และ 2.97 ตามลำดับ

2.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาจำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีข้อค้นพบดังนี้

2.2.1 ด้านการแสวงหายา พบว่า พฤติกรรมการใช้ยามาใช้เองโดยไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา พบในกลุ่มที่มีความรู้ในระดับประถมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 46.9 และ 52.6 ตามลำดับ ซึ่ยอมรับประทานเองจากร้านขายของชำ พบในกลุ่มความรู้ระดับประถมศึกษา และมีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุด ร้อยละ 65.3 และ 57.4 ซึ่ยารุดจากร้านขายยา พบในกลุ่มระดับประถมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวเพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 61.9 ตามลำดับ การใช้ยามาใช้โดยไม่มีอาการเจ็บป่วย พบมากในกลุ่มความรู้ระดับประถมศึกษาและมีรายได้เฉลี่ยต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.3 และ 13.1

2.2.2 ด้านการเก็บรักษา ยา พบว่า พฤติกรรมการวางยาไว้ทั่วไปโดยไม่มีตู้เก็บยา พบในกลุ่มที่มีความรู้ระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 72.7 และ 73.7 ตามลำดับ) เก็บยาแก้อักเสบที่เหลือไว้ใน การเจ็บป่วยครั้งต่อไปพบในกลุ่มระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 9.1 และ 15.8 ตามลำดับ

2.2.3 ด้านการบริโภคยา พบว่า พฤติกรรมการไม่ไปรับยาเพิ่มภายหลังที่ยาหมด พบในกลุ่มที่มีความรู้ระดับประถมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.7 และ 36.8 ตามลำดับ หยุดใช้ยาก่อนครบกำหนดเมื่ออาการดีขึ้น พบในกลุ่มระดับมัธยมศึกษา และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 42.1 ตามลำดับ เคยใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง พบในกลุ่มระดับประถมศึกษา และมีรายได้ไม่เพียงพอมากที่สุด (ร้อยละ 22.4 และ 31.6 ตามลำดับ) และพฤติกรรมการลืมรับประทานยาพบในกลุ่มระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 77.0 ตามลำดับ

3. จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.6 ที่เหลือ ร้อยละ 15.4 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายด้าน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.39 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.60 รองลงมาคือ ด้านจิตใจและด้านสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.28 และ 3.15 ตามลำดับ

3.1 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า ตัวแปรรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 และตัวแปรสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพของตัวเองไม่เลวลงกว่าแต่ก่อน มีค่าเท่ากับ 3.10

3.1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ญาติมิตรหรือบุตรหลานมักมาปรับทุกข์หรือขอคำปรึกษามีเท่ากับ 2.43

3.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคม พบว่า การไปทำบุญที่วัด หรือเข้าโบสถ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61

4. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.1 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ ความรู้ต่ำกว่า .50 ในเรื่องเกี่ยวกับหลังจากใช้ยาเห็นทวารหนักควรนอนพักอย่างน้อย 15 นาที ($\bar{X} = .17$) ยาน้ำ 1 ช้อนโต๊ะ มีจำนวนเท่ากับ 2 ช้อนกินข้าว ($\bar{X} = .22$) ยาแก้ไอควรรับประทานจนหมดถึงแม้จะไม่มีอาการ ($\bar{X} = .29$) ยาผงที่บรรจุใน แคปซูลแก้ไอควรรับประทานนำมาโรยแผลแก้ไอไม่ได้ ($\bar{X} = .34$) ยาเม็ดลดกรด ในกระเพาะอาหารชนิดเม็ดต้องเคี้ยวก่อนกลืน ($\bar{X} = .39$) และวันหมดอายุของยาจะ ปรากฏอยู่ที่ฉลากข้างกล่องบรรจุยา ($\bar{X} = .44$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้ข้อค้นพบดังนี้

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ตัวแปรรายได้ของครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการใช้ยาด้านการแสวงหาและด้านการบริโภคยา ส่วนในด้านการเก็บ รักษา ยา พบว่า ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ใช้ยาของผู้สูงอายุ ทั้งโดยส่วนรวมและรายด้าน คือ ด้านการแสวงหา การเก็บรักษา ยาและการบริโภคยา ($r = .1193, .1136, .1743$ และ $-.0039$ ตามลำดับ) เมื่อ พิจารณาความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้าน กับพฤติกรรมการใช้ยาทั้งโดย ส่วนรวมและรายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคม มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมด้านการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ($r = .1617$) แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2107$)

6. ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ตัวแปรรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้ยา จากผลการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยเฉลี่ยเมื่อมีการแบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี ได้แก่ ช่วงคะแนนการปฏิบัติอยู่ระหว่าง 71-90 คะแนน พฤติกรรมการใช้ยาอยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ 51-70 คะแนน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.6) มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี และไม่พบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับที่ไม่ดี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มูเลอร์ (Mohler, 1995 อ้างถึงใน อิศนีย์สิงห์ลกะ, 2524 : 17) ซึ่งพบว่าจะมีการใช้ยาไม่ตามสั่งเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ข้อผิดพลาดนั้นจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยลงด้วย ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่ มีบุตรหลานคอยดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาสามารถที่จะปรึกษามุคคละในครอบครัวได้ หรือบุคคลในครอบครัวจะมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1991 อ้างถึง สมจิต หนูเจริญกุล, 2538 : 51) ได้กล่าวว่า ระบบครอบครัวสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยประเมินคุณภาพในการดูแลตนเองหรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และยิ่งหากมีเครือญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความรู้ด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข ย่อมจะได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง ซึ่งจากการ

ศึกษาของ อัครนิย สิงหลกะ (2524) พบว่า การที่ผู้ป่วยมีญาติหรือคนคอยกระตุ้นแนะนำหรือให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ตามสั่งได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนหรือไม่ได้รับคำแนะนำจากผู้ใด และการศึกษาของ เบอร์กเลอร์ (Bergler cited in Pilsuk, 1979 : 94 อ้างถึงใน สุภวรินทร์ หันกิตติกุล , 2539 : 64) พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรมและผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย และนอกจากนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.8) ที่ทำให้มีการใช้ยาเป็นประจำ ซึ่งอาจมีผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยานั้นมีความผิดพลาดลดลง

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นรายข้อ พบว่า

1.1 ด้านการแสวงหายา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยขอยาจากคนอื่นมาใช้เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ไม่ซื้อยาจากหลาย ๆ แหล่งเพื่อใช้ในการรักษาโรคชนิดเดียว ไม่ซื้อยาตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านหรือญาติ แต่พบว่าพฤติกรรมที่ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาเมื่อซื้อยามาใช้ และซื้อยารับประทานเองจากร้านขายของชำ มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 53.8 และ 57.3 และพบในกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้หรือสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การเดินทางไปมาไม่สะดวก ทำให้ไม่สามารถที่จะไปใช้บริการจากสถานบริการทางสาธารณสุขได้ จึงมีพฤติกรรมการซื้อยาจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำซึ่งสะดวกกว่า ประกอบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรไทยนั้นมีมาแต่โบราณกาล ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุอาจได้รับการปลูกฝังความเชื่อมาنان รวมทั้งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่งเสริมธุรกิจค้าขายอย่างเสรี จึงอาจส่งผลให้ประชาชนมีค่านิยมของการดูแลสุขภาพตนเองในยามเจ็บป่วยด้วยการบริโภคยา โดยถือว่ายาคือสิ่งที่จะช่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย จึงมีพฤติกรรมการซื้อยามาบริโภคเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลำดี ใจดี และคณะ (2519) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องการใช้ยาของประชาชน โดยศึกษาที่อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า ประชาชนไปใช้บริการจากร้านขายยาในชุมชนมากถึง ร้อยละ 80.5 และพบว่า มิได้รับคำแนะนำและเหตุผลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาถึงร้อยละ 82.4 ทั้งนี้ได้รายงานว่สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการใช้ยาไม่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากการใช้ยาอย่างเสรี จากการศึกษาของพิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลายที่สุด ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร ลักษณะการใช้ยารักษาตนเองอาจสืบทอดมาจากการปลูกฝังให้คนไทยในสมัยก่อนนิยมรักษาตนเองโดยการใช้ยา โดยเน้นการจัดยารักษาอาการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย ๆ เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นไข้ ฯลฯ ในลักษณะของยาบรรจสำเร็จเป็นกั๊กหรือ

ท้อ การปลูกฝังการใช้ยาดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุให้คนไทยนิยมใช้ยารักษาตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย และเป็นปัญหาของยาชุดต่างๆ ติดตามมาในปัจจุบัน ในทางการแพทย์หรือในแง่บุคคลากรทางสาธารณสุขถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่สมควรอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ซึ่งจะมีผลทางเภสัชจลนศาสตร์

การซื้อยาจากร้านขายของชำ หรือร้านขายยาที่ผู้ขายยาไม่มีความรู้หรือไม่ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา อาจเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้มาก ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2526) ได้กล่าวว่า ประชาชนไทยส่วนใหญ่ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อประสบภาวะเจ็บป่วยและบริโภคยาเกินความจำเป็น และคณะกรรมการอาหารและยา (2524) ได้ศึกษาพบว่า ประชาชนเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการจากร้านขายยาทั่วไปถึงร้อยละ 60 จากการศึกษาของ ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2523) พบว่า แหล่งข้อมูลที่ให้คำแนะนำที่ทำให้เกิดการใช้ยาไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ การโฆษณา (ร้อยละ 57.89) และรองลงมาคือ ผู้ขายยา (ร้อยละ 57.55) นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนซื้อยาโดยไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาถึงร้อยละ 88.89 และกลุ่มตัวอย่างที่ซื้อยามาจากร้านขายของชำ ทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 67.31 นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับสภาพปัญหาในประเทศไทย (พียดา เกียรติยิ่งอังสุลี และ วิทยา กุลสมบุรณ์, 2537) ในปัจจุบันซึ่งผู้ป่วยสามารถหาซื้อยาใช้ตัวเองตามท้องตลาด นั้นแสดงว่า ยังมีการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสมอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.2 ด้านการเก็บรักษายา พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ยังเป็นปัญหาเกี่ยวกับการวางยาไว้ทั่วไปโดยไม่มีตู้เก็บยา มีการปฏิบัติเป็นประจำถึงร้อยละ 59.4 ทั้งนี้ อาจจะมีการวางยาไว้ในที่สะดวก สามารถจะหยิบได้ง่าย โดยจะมีการวางไม่เป็นที่ เช่น วางไว้บนโต๊ะ ใส่ไว้ในตะกร้า รวมกันหลาย ๆ ชนิด ใส่ถุงพลาสติกแขวนไว้ตามผนังบ้าน ซึ่งการเก็บยาในลักษณะนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสับสน และเสี่ยงต่อการหยิบใช้ยาผิดได้ เพราะมียารวมกันหลาย ๆ ชนิด นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากการที่ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ (ร้อยละ 36.8) จึงไม่เห็นความสำคัญหรือไม่สามารถซื้อตู้ยาเพื่อเก็บยาเฉพาะ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533) ที่พบว่า มีการเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 65 และ อภิฤดี เหมะจุทา (2540) ก็ได้กล่าวถึงปัญหาการใช้ยาดด้วยตนเองของผู้ป่วย พบว่า มีปัญหาในเรื่องการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสม

1.3 ด้านการบริโภคยา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อได้รับยาจะไม่รับประทานเฉพาะยาที่รับประทานง่าย (ร้อยละ 98.6) ไม่รับประทานยาที่เก็บไว้นาน เพราะความเสียดาย (ร้อยละ 97.2) และเมื่อต้องใช้ยาบ่อยในแต่ละวันไม่น่ายมารับประทานในเวลาเดียวกัน (ร้อยละ 91.6) ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

เหมาะสม และสำหรับในส่วนของการใช้ยามากกว่าที่กำหนด (Overdose) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.3-93.0) ไม่เคยปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยาเกินขนาดที่กำหนด การใช้ยามากครั้งกว่าที่กำหนด การใช้ยานานวันกว่าที่กำหนดให้ใช้ ส่วนการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนด (Underdose) พบว่า ยังมีปัญหาในเรื่องหยุดใช้ยาก่อนครบกำหนดเมื่ออาการดีขึ้น มีการปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 25.9 และไม่ไปรับยาเพิ่มภายหลังที่ยาหมด มีการปฏิบัติประจำร้อยละ 32.5 ลืมรับประทานยาเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 74.8 และมีการใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่งร้อยละ 21.0 แสดงให้เห็นว่าในส่วนของการใช้ยามากกว่าที่กำหนด จะไม่ค่อยเป็นปัญหามากนัก แต่ในส่วนของการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนดยังคงเป็นปัญหาอยู่ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าวถือว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้สูงอายุ ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียจากการใช้ยาน้อยกว่าที่กำหนดได้ เช่น ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ได้ผล ไม่มีประโยชน์ ไม่ประหยัด และไม่ปลอดภัย (วิทยาลัยการสาธารณสุข, 2536) จากการทำให้อายุต้องเสียค่ายาโดยไม่ได้รับประโยชน์จากยาเต็มที่ และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนได้ พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลดังกล่าว อาจเกิดเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายให้เข้าถึงแบบแผนการรักษาเรื่องการใช้ยา ประกอบกับผู้สูงอายุที่ทำพฤติกรรมนี้ส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จึงอาจทำให้ไม่สามารถไปใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขได้ จึงไปใช้บริการร้านขายยาที่มีราคาถูกกว่าแทน หรือเกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จนทำให้หยุดใช้ยาเองโดยไม่ได้กลับไปพบแพทย์อีก หรือไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งได้มีการสรุปท่าทีและความคิดบางอย่างของผู้สูงอายุในการใช้ยาด้วยตนเอง และการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (แมดเคน, 1973 และ สติมสัน, 1974 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) ได้แก่ ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเอง เพราะอาการของโรคบรรเทาขึ้น เกิดอาการข้างเคียงจากยา อิทธิพลของญาติและเพื่อนที่มีผลทำให้ไม่ไปรับยาตามแผนการรักษา ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจึงควรจะได้รับแก้ไขต่อไป

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉลี่ยมีคะแนนความรู้ 11.44 จากคะแนนเต็ม 20 และเมื่อมีการแบ่งเกณฑ์คะแนนเป็น 3 ระดับโดยระดับความรู้ต่ำได้แก่ช่วง 0-11 คะแนน (คิดเป็นคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) ระดับความรู้ปานกลางได้แก่ช่วง 12-15 คะแนน (คิดเป็นคะแนนร้อยละ 60-79) ระดับความรู้สูง ได้แก่ ช่วง 16-20 คะแนน (คิดเป็นคะแนนสูงกว่าร้อยละ 79) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.45 มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมา มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 44.06 จะเห็นว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษาวรรณ

(2536) ที่พบว่า คะแนนความรู้ในการใช้ยาของผู้ป่วยนอก เป็นร้อยละ 49.82 จัดอยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวรรณ จันทรสวัสดิ์ (2528) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธัญบุรี ส่วนใหญ่ร้อยละ 69 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง การที่คะแนนความรู้เฉลี่ยในการวิจัยครั้งนี้ต่ำ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.9) และเมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาก็พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจริง ดังที่ กรุงไกร เจนพาณิชย์ (2521 : 56-60) ได้ทำการศึกษาแล้วพบว่า การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษต่ำ ทำให้การติดต่อกับแพทย์มีน้อย เพราะพูด ฟัง อ่าน คำแนะนำไม่เข้าใจ บางรายไม่กล้าถามกลัวถูกหาว่าโง่ หรือด้วยความเกรงใจ จึงทำให้ไม่ได้รับทราบข้อมูล

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อ ของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องในข้อนั้นน้อย ได้แก่ หลังจากใช้ยาเห็นบวมหรือหน้าบวม ควรนอนพักอย่างน้อย 15 นาที ยาน้ำ 1 ข้อนโต๊ะมีจำนวนเท่ากับ 2 ข้อนกินข้าว ยาแก้ไอเสบเมื่อไม่มีอาการควรหยุดใช้ยา ยาผงที่บรรจุในแคปซูลแก้ไอเสบชนิดรับประทานนำมาโรยแผลแก้ไอเสบได้ ยาลดกรดในกระเพาะอาหารชนิดเม็ดกลืนเลยโดยไม่ต้องเคี้ยว วันหมดอายุของยาจะปรากฏอยู่ที่ฉลากข้างกล่องบรรจุยา และยาหยอดตาถ้าใช้ไม่หมดควรให้ผู้ใกล้ชิดใช้เมื่อเกิดอาการเดียวกัน

จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่ตอบไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ค่อนข้างจะเป็นเฉพาะเรื่อง ดังนั้นจึงเป็นข้อสังเกตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการที่จะให้คำแนะนำหรือความรู้ ควรจะให้ความสำคัญกับการใช้ยาที่เป็นยาเฉพาะอย่างเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความรู้ในเรื่องการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก็ค่อนข้างต่ำ จึงควรให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มมากขึ้นในเรื่องดังกล่าว

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

สมมติฐานที่ 1 เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 เพศของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า เพศของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษารากร (2536 : 92) ซึ่งพบว่าเพศไม่ใช่ปัจจัยที่กำหนด

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัศณีย์ สิงหทะว (2524: 41) พบว่าเพศชายมีการใช้ยาไม่ตามสั่งไม่แตกต่างจากเพศหญิง การศึกษาของ ปรีดา ดีสุวรรณ (2533 : 41) พบว่า เพศกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าการเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง การศึกษาของอำนาจพร ทิวศ์ษา (2524 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ทำการศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาของ ประชาชน แล้วพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการ ใช้ยาเลย

ทั้งนี้อธิบายได้ว่าพฤติกรรมเจ็บป่วยนี้ เป็นการปฏิบัติในการ แสวงหาหนทางที่จะขจัดความผิดปกติของร่างกาย อันได้แก่ การรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง การเข้าถึงระบบการบริการสาธารณสุข เป็นต้น โดยลักษณะนี้ทั้งชายและหญิง ต่างต้องการมีชีวิตอยู่ทุกคน จึงต้องขวนขวายหาทางที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตน มีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตรอดอยู่ได้ เมื่อเจ็บป่วยจึงพยายามหาวิธีบำบัดอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ หรือมีการดูแลสุขภาพตนเองเหมือนกัน ดังนั้นจึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาตัวแปรเพศกับพฤติกรรมด้านการเก็บรักษา ยา (ตารางที่ 18) พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ความเป็น เพศหญิงหรือชายมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเก็บรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เพศถือเป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการ กับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการกระทำกิจกรรม ต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม เช่น เพศหญิงจะมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแล บำรุง ดูแลบุคคลในครอบครัว ส่วนเพศชายได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำครอบครัว จากความ แตกต่างกันในบทบาทและลักษณะเฉพาะเพศ ซึ่งสังคมได้กำหนดบทบาท (Norm) ไว้ สำหรับเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเพศหญิงและเพศชาย ข้อกำหนดเหล่านี้เป็นเสมือนขีดจำกัด หรือเป็นเหตุส่งเสริมให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมแตกต่างกัน หมายรวมถึงการมี พฤติกรรมเก็บรักษาที่แตกต่างกันด้วย

สมมติฐานที่ 2 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 อายุของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า อายุของผู้สูง อายุที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของจารุวรรณ ขันดีสุวรรณ (2528 : 41) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533 : 41) พบว่า อายุ
กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า อายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง
การศึกษาของ อิศนีย์ สิงหลกะ (2524 : 114) พบว่า ไม่พบความแตกต่างในการใช้ยา
ไม่ตามสั่ง เมื่ออายุแตกต่างกันนั้นคือผู้สูงอายุทุกคนสามารถเกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา
ไม่ตามสั่งได้พอ ๆ กัน การศึกษาของ ปราณี เหมวิมล (2530) ไม่พบความแตกต่างอย่าง
มีนัยสำคัญในพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องในช่วงอายุต่างๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความ
แตกต่างของช่วงอายุมีน้อยเพราะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน จึงอาจทำให้พฤติกรรมการใช้ยา
ไม่แตกต่างกัน และอาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวใหญ่มีคนอยู่รวมกันในครอบครัว
ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัวก็จะคอยดูแลหรือกระตุ้นเตือน ให้มีการปฏิบัติใน
การใช้ยาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยต้นหรือผู้สูงอายุตอนปลายก็ตาม

แต่ผลวิจัยในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย
พิทักษวารากร (2536 : 93) ที่พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาล
วชิรพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มสูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่า
ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 20-60 ปี โดยอธิบายว่าผู้สูงอายุมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพ
มากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม
หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว และผลการวิจัยยังขัดแย้งกับการศึกษาใน
ต่างประเทศ เช่น การศึกษาของบอยด์ (Boyd, 1974 อ้างถึงใน อิศนีย์ สิงหลกะ, 2524 :
17) พบว่า กลุ่มอายุ 45-64 ปี จะมีความเข้าใจต่อการใช้ยามากที่สุด มีข้อผิดพลาดใน
การใช้น้อยที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 45-64 ปี จะมีความระมัดระวังเกี่ยวกับ
สุขภาพมากขึ้น ขณะที่ละลดกิจกรรมอื่น ๆ ลง และข้อผิดพลาดในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นใน
อายุ 65 ปีขึ้นไป และการศึกษาของเบคเกอร์ (Backer, 1974 อ้างถึงใน เยาวดี
สุวรรณาคะ, 2532 : 72) ที่พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษามักจะพบในผู้ป่วยที่อายุ
มาก ๆ ทั้งนี้เป็นเพราะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความยุ่งยากใน
การปฏิบัติตามคำสั่งได้อย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่ผลการวิจัยมีความขัดแย้งกันกับการวิจัย
ต่างประเทศ น่าจะเนื่องมาจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและค่านิยม คนไทยมีค่านิยมใน
เรื่องความกตัญญูต่อกัน และลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวใหญ่ มีคน
คอยดูแล จึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างไปโดยเฉพาะต่างประเทศมักเป็นครอบครัวเดี่ยว
ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพัง โอกาสที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ผิดพลาด อันเนื่องมาจากสภาพ
ร่างกายที่เสื่อมถอยจึงมีมากกว่า

สมมติฐานที่ 3 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำเนินการเอาใจใส่ต่อสุขภาพอนามัยของตนอย่างจริงจัง จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกับผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และระดับประถมศึกษา (คิดเป็นร้อยละ 90.2) มีส่วนน้อยที่มีการศึกษาในระดับมัธยมและสูงกว่ามัธยมศึกษา (คิดเป็นร้อยละ 9.8) ซึ่งอาจจะมีผลทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน และนอกจากนี้อาจเกิดได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะมีความตระหนักถึงความสำคัญที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำเนินการอาจตอบแบบสอบถามด้วยความเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์ และกลัวถูกหาว่าโง่ (กรุงไกร เจนพานิชย์, 2521) ดังนั้นคำตอบที่ได้จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีการศึกษาดำเนินการอยู่ในระดับดีใกล้เคียงกับผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสนีร์ สิงหลกะ (2524) และ ปิยะวรรณ จันทรสวัสดิ์ (2538) ซึ่งพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง จะมีการใช้ยาตามสั่งดีกว่าศึกษาดำเนินการ แต่ก็พบว่าผลการวิจัยที่ได้ขัดแย้งกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศหลายการศึกษา (พิสมัย พิทักษาวรากร, 2536 ; ปรีดา ดีสุวรรณ, 2533 ; พิมลเพราเพริศภิรมย์, 2533 ; เยาวดี สุวรรณนาคะ, 2532 ; Boyd, 1974 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536 ; Warren J., 1985) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาและอัตราการมารับการรักษาแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 4 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่าง จะมีพฤติกรรมในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ เช่น ซวอดซ์ และคณะ (Schwartz et al., อ้างถึงใน ปิยะวรรณ จันทรสวัสดิ์, 2538) พบว่า คนโสดและคนที่มีการอภิเษกสมรสจะใช้ยามีน้อยกว่าคนที่หม้ายหรือแยกกันอยู่ การพบความสัมพันธ์เช่นนี้ เนลสัน (Nelson อ้างถึงใน อภิฤดี เหมะจุฑา, 2537) อธิบายว่า เพราะเมื่อผู้ป่วยมีการอภิเษกสมรส ถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะพยายามรักษาสุขภาพของตน เพราะตนต้องเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่นหรือบุคคลในครอบครัว

คอยห่วงใย ตักเตือนเรื่องสุขภาพ และการใช้ยา ทำให้ความสามารถในการใช้ยาตามสั่งดีขึ้น แต่ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษวารากร (2536) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาไม่แตกต่างกัน โดยได้อธิบายว่า เป็นเพราะลักษณะครอบครัวไทยที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีการยอมรับนับถือญาติพี่น้อง ทำให้ครอบครัวอบอุ่น มีพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือกันโดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิต และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด จะได้รับความเห็นอกเห็นใจ มีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือและคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างผิดกับสังคมตะวันตก ที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นเมื่อครอบครัวหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิต และการอยู่เป็นโสด จึงเป็นสิ่งที่กระทบต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก

สมมติฐานที่ 5 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5 รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน การศึกษาของมูเลอร์ (Mohler, 1955 อ้างถึงใน อัสนีร์ สิงหลกะ, 2524 : 18) พบว่า ส่วนใหญ่ของอัตราการใช้ยาไม่ตามสั่งจะอยู่ในกลุ่มของประชากรที่มีสภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำกว่า สอดคล้องกับ วิลลิตส์ และ ไครเดอร์ (Wellits and Crider, 1968 : 174 อ้างถึงใน พิสมัย พิทักษวารากร, 2536 : 98) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้ก็เนื่องจากการมีแหล่งประโยชน์ที่ดีสามารถแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่า และเพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161-162 อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535 : 29) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดี การศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 164) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง

จากการศึกษาของ พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 77) พบว่า อัตราการมารับการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ป่วย การที่องค์ประกอบทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะรวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยส่วนใหญ่ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ย่อมมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พิทักษวารากร (2536 : 97) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่มีรายได้ดีกว่า มีพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่

มีรายได้ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเศรษฐกิจเป็นตัวสำคัญในการกำหนดวิถีทางการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มักจะไม่สามารถจัดหาสิ่งทีเื้อ่อำนวยต่อสุขภาพได้ดีเท่ากับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

สมมติฐานที่ 6 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 6 การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาโดยตรง แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยถือว่าพฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างหนึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริอร พัวศิริ (2533 : ข) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539 : ค) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยบ่อย ๆ และมีโรคประจำตัว (คิดเป็นร้อยละ 95.8) แต่การเจ็บป่วยนั้นไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรและการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและปานกลางมีความต้องการที่จะยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเหมือน ๆ กัน ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาจึงไม่แตกต่างกัน ดังที่ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 87 อ้างถึงใน สุภาวรินทร์ หัตถิกิตกุล, 2539 : 63) กล่าวว่า ความถี่ของความเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และ ไฮเจวีและเบิร์นาร์ด (Ahijevy and Bernhard, 1994 : 88 อ้างถึงใน สุภาวรินทร์ หัตถิกิตกุล, 2539) พบว่า หญิงที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสูงกว่า เนื่องจากว่าปัญหาสุขภาพอาจจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้านกับ พฤติกรรมการใช้ยารายด้าน พบว่า การรับรู้สุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมด้านการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมที่แตกต่างกัน จะทำให้พฤติกรรมด้านการเก็บ รักษาแยกต่างหาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายดี (ตารางที่ 13) และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (ตารางที่ 1) ทำให้มีแหล่งประโยชน์ในการที่ จะเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดี และไม่มี ความกังวลใจ จึงส่งผลต่อ การมีพฤติกรรมด้านการเก็บรักษาที่เหมาะสม

3.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

สมมติฐานที่ 7 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 7 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell (1974 อ้างถึงใน จารูวรรณ ขันติสุวรรณ, 2528) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญกับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณาคะ (2532) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปรีดา ศีสุวรรณ และคณะ (2533) ศึกษาพบว่า ความรู้ เรื่องยามีความสัมพันธ์กับความเหมาะสมของพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ แต่การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ งามทรัพย์ เทชะบำรุง และ วิมล คำสวัสดิ์ (2528) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่าอาจเป็นเพราะช่องว่างระหว่าง ความรู้กับการปฏิบัติมักจะอยู่ห่างกันเสมอ ดังที่ สุชาติ โสมประยูร (2525: 48-49 อ้างถึงใน งามทรัพย์ เทชะบำรุง, 2538) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ในเรื่องสุขภาพมิใช่ เครื่องรับประกันว่า ผู้ที่มีความรู้แล้วจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องถึงงามเสมอไป อาจปฏิบัติไป ตามพฤติกรรมที่เคยทำจนประสบผลสำเร็จมาแล้ว และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2522: 75) ได้ให้ข้อคิดที่ว่า ความรู้อย่างเดียวไม่ได้เป็นข้อยืนยันที่ว่าบุคคลจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้ เสมอไป ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม อันได้แก่ ครอบครัวกลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการปลูกฝัง

ความเชื่อและค่านิยมที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้ ดังที่ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ฟิชบายน์ และไอร์เซนต์ (Fishbein and Ajzen อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2526) กล่าวว่า ความเชื่อและทัศนคติจะมีผลต่อการตั้งใจกระทำพฤติกรรม ดังนั้นความเชื่อทางด้านสุขภาพ จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเก็บรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมการเก็บรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน และปรับปรุงบริการด้านการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการจัดบริการให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านการใช้ยา (Drug Counseling) ต่อไป ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งขึ้น แต่มีความรู้ในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งขัดแย้งกันนั้น ทำให้หน้าที่จะได้มีการสืบค้นหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุต่อไป อาจทำได้ทั้งวิธีสืบค้นโดยตรง เช่น การวัดระดับยาในเลือดหรือในปัสสาวะ หรือสืบค้นโดยอ้อม เช่น การสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ การนับเม็ดยาที่เหลืออยู่ หรือศึกษาเจาะลึกเฉพาะในกลุ่มที่กำลังใช้ยาเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้น โดยเฉพาะหากสามารถจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในด้านการสืบหาความผิดพลาดเนื่องจากการใช้ยาได้ ก็จะทำให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลด้านการใช้ยา เพื่อนำไปวางแผนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

2. ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี แต่ก็พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาบางเรื่องของผู้สูงอายุยังมีปัญหาในการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม อันจะทำให้เสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเหล่านั้น โดยอาจจัดตั้งหน่วยบริการให้คำแนะนำปรึกษาด้านการใช้ยารึ้น ซึ่งจะทำให้ได้หน่วยบริการที่มีความเหมาะสมตามความต้องการของผู้สูง

อายุ เช่น การเตรียมเนื้อหาในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุมีปัญหา และสิ่งที่จะขาดไม่ได้คือบุคลากรทางสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารเข้าใจผู้สูงอายุ รวมทั้งสร้างความเชื่อถือจนผู้สูงอายุคล้อยตามคำแนะนำที่ได้รับ

3. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผลการวิจัยพบว่า มีความรู้เรื่องยาน้อย จึงควรให้ความสำคัญมากขึ้น และจากผลการวิจัยยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขควรเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ อาจเป็นการให้สุขศึกษารายกลุ่มหรือรายบุคคล กรณีการสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มนั้น ควรใช้วิธีให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อจะได้ทราบว่าผู้สูงอายุยังไม่รู้หรือไม่เข้าใจในเรื่องใดเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำเนื้อหาความรู้ในส่วนผู้สูงอายุยังไม่รู้หรือไม่เข้าใจ มาเน้นย้ำให้เกิดความรู้ความเข้าใจได้ ส่วนการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล อาจทำได้โดยจัดส่งผู้สูงอายุเข้ารับบริการในหน่วยบริการให้คำแนะนำปรึกษาด้านการใช้ยา เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

4. ในสถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ ศูนย์บริการสุขภาพ ควรจะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุเขตเมืองให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมกำหนดยาของร้านขายยา เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการซื้อยาจากร้านขายยา ร้านขายของชำ และไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนให้คำแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาอย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการเข้าไปสังเกตและสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับประทานยาที่มีลักษณะคล้ายกัน เป็นยาในกลุ่มเดียวกัน หรือเป็นโรคเดียวกัน ซึ่งจะต้องมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยาใกล้เคียงกัน การสร้างเครื่องมือในการวิจัยจะได้เครื่องมือที่มีรายละเอียดเฉพาะโรคได้มากกว่า อันจะเป็นผลให้ได้รับทราบปัญหา และการใช้ยาที่ผิดพลาดหรือไม่สมเหตุสมผลได้