



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น มนุษย์ก็พยายามค้นหาวิธีบำบัดรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ อาทิ การบำบัดรักษาด้วยวิธีใช้ยา ยานอกจากจะใช้บำบัดรักษาอาการแล้วยังช่วยป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย ดังนั้นในการตัดสินใจเลือกใช้ยาต้องมีความถูกต้องและรอบคอบ มิฉะนั้นแล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิตได้ หรือไม่ก็ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองโดยไม่จำเป็นจากการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ยาจึงเปรียบเสมือนดาบสองคม คือ มีทั้งคุณและโทษ

ประเทศไทยมีการใช้ยาอย่างแพร่หลายและกว้างขวาง ดังที่องค์การอนามัยโลกได้จัดทำบัญชียาหลักไว้ 270 ชนิด ซึ่งถือว่าเพียงพอในการรักษาโรคเป็นส่วนใหญ่ แต่ในประเทศไทยเรามียาที่ขึ้นทะเบียนอยู่ถึง 18,000 ตำรับ และมูลค่าการใช้ยาในปี พ.ศ. 2535 สูงถึง 60,000,000,000 บาท (หกหมื่นล้านบาท) เป็นจำนวนเงินที่สูงถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (วิทยาลัยการสาธารณสุข, 2536 : 3) ดังนั้นคนไทยจึงมียาให้เลือกมากมายเกินความจำเป็น มีการใช้จ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือยและไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก และยังมีอัตราการใช้จ่ายยาเพิ่มขึ้นเพียงใด อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาก็ย่อมมีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว อันตรายที่เกิดขึ้นนั้นมีจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใช้ยาไม่ถูกขนาด ระยะเวลาการใช้ยาอาจสั้นหรือยาวไป การใช้ยาหลายขนานโดยไม่จำเป็น ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ การแพ้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การติดยา การดื้อยา และเกิดอาการพิษจากยา มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 6 ขนานขึ้นไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาถึงร้อยละ 57 ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาเพียงขนานเดียวเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเพียงร้อยละ 10 (Williamson and chopin, 1979 อ้างถึงใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2527 : 154)

ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี จากการประมาณการของสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้ให้ตัวเลขผู้สูงอายุไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2000 (พ.ศ. 2543) จะมีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 590 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.6 ของประชากรทั้งหมด (Dawson DA., 1987 อ้างถึงใน มนัส วุฒิวรรณ, 2539 : 14) ใน

ประเทศไทยคาดว่าจะมีจำนวนถึง 4.8 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7.4 ของประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 และอายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดตามเพศในปี พ.ศ. 2543 เพศชายจะมีอายุเฉลี่ย 68.35 ปี เพศหญิงจะมีอายุเฉลี่ย 72.80 ปี (สถิติสาธารณสุข, 2536) และจากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี 2538 พบว่า ประชากรของประเทศไทย 59.45 ล้านคน มีคนสูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 4.34 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 7.3 (จงกล เทียงคาร์ท, 2539 อ้างถึงใน นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, 2539) จากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการรักษาผู้สูงอายุมีมากมาย เพราะปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ ด้วยเหตุผลที่ว่า การเจ็บป่วยจะมีลักษณะเกี่ยวข้องกับกระบวนการของความชราซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติไปในทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นทั้งโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของเซลล์เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่างๆ ผิดปกติไป หรือมีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา เช่น ตามัวมองเมื่อยตาไม่ชัดเจน หูตึง ความจำเสื่อม หลงลืม การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ เป็นต้น (โสภิต ธรรมอารี, 2529 ; นันทนา พฤกษ์มวงษ์, 2534)

นอกจากนี้การเจ็บป่วยในคนสูงอายุจะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าในวัยอื่น ๆ การเกิดโรคบางอย่างในคนสูงอายุจะแตกต่างกับคนในวัยอื่น ๆ และบางโรคก็เป็นลักษณะเฉพาะของคนสูงอายุ ลักษณะการเจ็บป่วยจะเป็นแบบเรื้อรัง เจ็บป่วยหลาย ๆ โรคร่วมกัน หรือเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งเบสดีน (Besdine R.W., 1981 ; 39-62 อ้างถึงใน โสภิต ธรรมอารี, 2529 : 273) ได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพว่า เกิดได้ทุกระบบของร่างกายที่พบเสมอ ๆ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเผาผลาญที่ผิดปกติ โรคเกี่ยวกับข้อ มะเร็ง ต้อกระจก ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภูมิคุ้มกันบกพร่องและการติดเชื้อ คอริติ และคณะ (Corti Mc. et al., 1994 อ้างถึงใน มนัส วุฒิวรรณ, 1996 : 14) ได้รายงานถึงโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมี 7 โรค คือ โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับปอด โรคเกี่ยวกับทางเดินปัสสาวะ โรคจิต โรคเกี่ยวกับสมองเป็นอัมพาต และยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 58 มีโรคประจำตัวร้อยละ 64.4 มีปัญหาสุขภาพ ลามี่ และคิทเทิล (Lamy and Kittle, 1971 : 123 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2530 : 453) ทำวิจัยพบว่า ร้อยละ 86 ของกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดความพิการ เมื่อเทียบกับคนอายุ 25-44 ปี ซึ่งมีความพิการเพียงร้อยละ 3 วิธีการรักษาและช่วยบรรเทาอาการต่างๆ ของโรค คือ การช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุมีการช้ยาประจำ ถึงร้อยละ 77 (Hale ; Marks & Stewart, 1979 : 374) วอลสเทน และคณะ (Wallsten et al., 1994 : 359) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจทำให้มีการช้ยาถึงร้อยละ 31

จากปัญหาด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้จ่ายมากขึ้นหรือบอຍขึ้น ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีกรรวบรวมสถิติมูลค่ากรรักษาในผู้สูงอายุ แต่ในสหรัฐอเมริกากรลุ่มผู้สูงอายุเป็นกรลุ่มที่ได้รับความนิยมกรรักษามากที่สุดถึงร้อยละ 25 ของยาทั้งหมดที่มีกรสั่งจ่ายให้ผู้ป่วย คิดเป็นมูลค่ากว่า 15 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (โสภิต ธรรมอารี, 2529 : 272) สตีวอร์ด และคูเปอร์ (Stewart, R.B., and Cooper, J.B., 1994 : 449-461) ได้รายงานเกี่ยวกับการใช้จ่ายในผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุจะมีการใช้จ่ายมากกว่าวัยอื่น ๆ และจะมีการใช้ต่อเนื่องไปจนถึงอายุ 80 ปี ลินและลิน (Lin, S.H., Lin, M.S., 1993 : 66-69) ได้ศึกษาถึงปัญหาที่เกิดจากการใช้จ่ายที่เป็นสาเหตุให้ต้องรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำนวน 2,695 คน พบว่า สาเหตุที่เกิดจากการใช้จ่ายมีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งพบในผู้สูงอายุมากกว่ากรลุ่มอื่น และกรลุ่มยาที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับกรรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ กรลุ่มยาแก้ปวดที่ไม่มีส่วนประกอบของสเตียรอยด์ ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาสมุนไพร กรลุ่มยาสเตียรอยด์ และยารักษาความดันโลหิตสูง ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ได้แก่ เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ผิวหนังเป็นผื่น น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะคอร์ติซอลในเลือดสูงและตับอักเสบ

ดังนั้นการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญมากและมีโอกาสเกิดอันตรายจากการใช้จ่ายมาก เพราะโดยทั่วไปยาที่ใช้รักษาโรคซึ่งมีจำหน่ายอยู่ในท้องตลาดไม่ใช่ยาที่ปรุงหรือเตรียมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ฉะนั้นการออกฤทธิ์และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของยาภายในร่างกายผู้สูงอายุย่อมแตกต่างกับที่ใช้ในวัยอื่น และโดยเฉพาะถ้าพฤติกรรมกรใช้นั้นไม่ถูกต้อง ขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่าย ประกอบกับผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ ภาวะสุขภาพไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้บริการด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการใช้จ่ายในการรักษาตนเอง เช่น การซื้อยารักษาตนเอง ซึ่งปัจจุบันพบว่า คนไทยใช้จ่ายไม่ถูกต้องหลายอย่าง เช่น ใช้ด้วยความเข้าใจผิด ใช้พร่ำเพรื่อเกินความจำเป็น ใช้ไม่ถูกต้องโรค ใช้โดยไม่ทราบว่าเป็นยาอะไรแน่ เช่น การใช้จ่ายชุด (จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี, 2526) ทำให้เป็นโรคที่เกิดจากพิษของยา เพราะยาทุกชนิดมีฤทธิ์ข้างเคียง และฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ถ้าใช้ยาโดยไม่มีความรู้เกี่ยวกับยา จะทำให้ได้รับพิษภัยของยา และอาจทำให้เกิดโรคอื่นเพิ่มขึ้น (Mauclin, R.K., 1976 อ้างถึงใน ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ, 2536 : 2)

การมีพฤติกรรมซื้อยามารับประทานเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้น จะก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้จ่ายไม่ถูกต้อง การใช้จ่ายเกินขนาด การใช้จ่ายที่ไม่มีคุณภาพ นอกจากนี้ร้านขายยาที่ขาดความรับผิดชอบ เห็นแก่ได้ โดยจ่ายยาที่แรงเกินความจำเป็นเนื่องจากขายได้ราคาสูงกว่า โดยไม่คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรค อีกทั้งร้านขายยาส่วนใหญ่ไม่มีเภสัชกรประจำตลอดเวลา คนจ่ายยาขาดความรู้ ซึ่งพบว่าประชาชนได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากร้านขายยาเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น (กรลุ่มศึกษาปัญหาฯ, 2526 : 10) และจากการศึกษา

พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มเภสัชกรชุมชน (2531) พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 46.6 พฤติกรรมดังกล่าวมีพฤติกรรมที่เกิดจากการซื้อยา รับประทานเองและพฤติกรรมที่เกิดหลังจากได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยบุคลากรทาง สาธารณสุขแล้ว ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยบุคลากรทางสาธารณสุข น่าจะมี พฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้อง แต่จากการศึกษาของ อัครณีย์ สิงหลกะ (2524) พบว่า ผู้ป่วย ที่ได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยบุคลากรทางสาธารณสุขไม่ใช้ยาตามคำสั่งถึงร้อยละ 37.25 นับเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูงอันจะนำมาซึ่งอันตรายและการเสียชีวิต เนื่องจากพิษและอาการ ไม่พึงประสงค์จากยาได้ องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุ สมผลในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 19-22 มกราคม 2536 เรื่อง “Developing Learning Materials on Rational use of Drugs for Medical and Nursing School” (World Health Organization, 1993) จากนั้นได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการอีก 2 ครั้ง คือ “Workshop on the Introduction of the Concept Rational Use of Drugs in the Medical Curriculum” (วิทยาลัยการสาธารณสุข, 2536) ระหว่างวันที่ 7-9 ธันวาคม 2536 และ “Workshop on Rational Use of Drugs in Nursing” (คณะพยาบาลศาสตร์, 2538) ระหว่างวันที่ 28-29 พฤศจิกายน 2538 ในการจัดประชุมดังกล่าวได้มีข้อเสนอแนะให้แก่ฝ่ายพยาบาลทั้งด้านการ ศึกษาและด้านบริหารการพยาบาล ในด้านการบริหารการพยาบาลนั้นได้เสนอให้พยาบาลมี บทบาทในการช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น ร่วมเป็นกรรมการในการ พิจารณาการสั่งยาเพื่อการรักษาและหรือปรับขนาดการรักษาด้วยยา จัดการสัมมนาเพื่อให้ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาแก่บุคลากรทางการพยาบาล และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัย เกี่ยวกับการใช้ยาต่าง ๆ

จากการสำรวจของสำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย (2539) พบว่า กรุงเทพมหานครเป็นเมืองใหญ่ที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดของประเทศ ประมาณ 5.6 ล้านคน และคณะกรรมการอาหารและยา (2536) ศึกษาพบว่า ในส่วนของการใช้ยาเพื่อ บำบัดและป้องกันความเจ็บป่วยนั้น มีร้านขายยาที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกระทรวงสาธารณสุขใน กรุงเทพมหานคร จำนวน 5,483 ร้าน จากจำนวนร้านขายยาที่มีอยู่ทั่วประเทศ 24,163 ร้าน โดยกลุ่มศึกษาปัญหาการใช้ยา (2526 : 5) ศึกษาพบว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มี การบริโภคยาที่สูงถึง 30 ชนิด จากรายการที่บริโภคกันมาก 56 ชนิด คิดเป็นมูลค่ามากกว่า ร้อยละ 50 ของการบริโภคยาทั่วประเทศ จึงแสดงว่าประชาชนยังมีการบริโภคยาที่สูง และยัง นิยมใช้ยาตามร้านขายยาทั่วไปเพื่อบำบัดและป้องกันอาการเจ็บป่วย นั่นคือ ไม่ได้ใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผลเท่าที่ควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ ยาของผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยได้ใช้ชุมชนแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร เป็นกรณีศึกษา ซึ่งผู้วิจัยและคณะได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น (ดูจากภาคผนวก ง) และได้ มีการวางแผนงานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง ทั้งนี้เพื่อเป็นการ

สนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยมีความสนใจว่าผู้สูงอายุในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครนี้ มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยานั้น ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้คาดว่า สามารถเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองและชุมชนที่มีลักษณะเมืองที่ใกล้เคียงกัน เพื่อดำเนินงานให้บริการผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรณรงค์ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผู้สูงอายุเขตเมือง โดยทำการศึกษาในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้สูงอายุแขวงรองเมืองมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

เพศ ถือเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 1985 : 42 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535 : 37) ดังนั้นเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างจะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ บอยด์ (Boyd, 1974 อ้างถึงใน อัครณีย์ สิงหลกะ, 2524) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการใช้ยาไม่ตามสั่งอันเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และสถานะทางสังคม และ จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528)

ได้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมปัจจัยหลายประการว่า ปัจจัยด้านสังคม สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามจากการวิจัยของ พรพิมล ตักดิ์สูง (2534) เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาชุดของชาวบ้าน โดยได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาชุดของประชาชน จำนวน 707 คนวัยเรียน ซึ่งประชาชนส่วนมากอายุระหว่าง 30-39 ปี พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาชุด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72) และส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว จบการศึกษาภาคบังคับคือประถมปีที่ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะทั่วไปค่อนข้างคล้ายคลึงกัน จึงอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้ยาชุดที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533 : 41) ศึกษาพบว่า เพศกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าการเป็นเพศชายหรือหญิงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง

อายุ อายุจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอายุมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการใช้ยาก็เช่นเดียวกัน บุคคลที่สูงวัยมักจะมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น อาจเนื่องมาจากความชรา หลงลืม หรือเลิกเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนแล้ว จึงพบข้อผิดพลาดในการใช้ยาเพิ่มขึ้นในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป (Boyd, 1974 อ้างถึงใน อัครณีย์ สิงหลกะ, 2524 : 17) จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และ พิสมัย พิทักษาวรากร (2536 : 93) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุอื่น ๆ แต่ ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533 : 42) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคืออายุไม่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยารักษาตนเอง

จากรายงานวิจัยต่างๆ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีความผิดพลาดจากการใช้ยา มากที่สุด แต่ยังคงมีความคลุมเครือในเรื่องความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยจึง ต้องการทำการศึกษาดังต่อไปนี้

ระดับการศึกษา แม้ว่าการศึกษาจะไม่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการ ดูแลตนเองโดยตรง แต่การศึกษาก็เป็นปัจจัยที่แสดงถึงพื้นฐานของบุคคลที่มีความสามารถในการอ่าน รวมทั้งการเรียนรู้และประมวลความคิดในเรื่องต่าง ๆ แม้ว่าจะไม่ใช่การเรียนรู้ในเรื่อง ของการใช้ยา แต่บุคคลที่มีการศึกษามากจะมีความสามารถในการเรียนรู้หรือมีโอกาสที่จะ แสวงหาความรู้และเข้าถึงข่าวสารได้มากกว่า ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความ เข้าใจต่อการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่มี ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Boyd, 1974 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536 : 23) นอกจากการศึกษาของต่างประเทศแล้ว การศึกษาในประเทศของนักวิจัยหลาย ๆ คน ก็มีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและอัตรา การมารับการรักษา คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีอัตราการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (พิมล เพราพิริศภิมย์, 2533 : 76 ; เยาวดี สุวรรณนะคะ, 2532) แต่มีเพียงบางรายงานเท่านั้นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Francis และคณะ อ้างถึงใน จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528 : 45)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษานั้นยังมีรายงานการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงเลือกระดับการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่งสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

สถานภาพสมรส ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม คำแนะนำและความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ แบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536 : 30) ได้รายงานไว้ว่าการเป็นโสดจะเป็นเหตุต่อการ ไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่อยู่กับภรรยาเนื่องจากครอบครัวจะเป็น แรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังที่ บังอรวัฒน์ สุขตระกูล (2532) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมชนแออัดและชุมชนไม่แออัด พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสจะมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันและกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยจะต้องคอยดูแล ช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน นอกจากนี้มีการศึกษาของหลายท่าน (Feldman, 1982 : 1-12; Eraker, et al., 1984 : 285-288; Backer, 1985 : 539-555 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536 : 30) เน้นให้เห็นว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลที่เขายึดถือ ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับ

การศึกษาของแคปแลน (Caplan, 1976 : 6) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยก และยังพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยจะสูงมากขึ้นถ้าคู่สมรสให้ความสนใจเอาใจใส่

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในเรื่องการให้ความสนใจดูแลสุขภาพ สถานภาพสมรสจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการใช้ยาของผู้สูงอายุด้วย

รายได้ของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ภัทรา จุลวรรณ (2529) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533 : 48) ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมมากที่สุด ส่วนกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท จะมีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมกว่า

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองนี้เป็นรากฐานที่จะผลักดันให้เกิดแนวทางการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ สุขภาพที่ทรุดโทรม ความรู้สึกสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะและบทบาททางสังคม ย่อมเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งบอกถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย หากความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปในทางเสื่อมมากขึ้นเท่าใด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของการเกิดโรคย่อมมีมากขึ้นเท่านั้น ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงสถานการณ์เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ จึงมีความต้องการที่จะมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุเหล่านี้ย่อมมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของตน ทิชซู (Tissure, 1972 : 93 อ้างถึงใน สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539 : 50) ได้กล่าวว่า การรับรู้ถึงความเจ็บปวด ความรู้สึก “แก่” ความวิตกกังวลและความรู้สึกถึงความเสื่อมของสุขภาพจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ และดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 119) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี (ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร, 2534 : 122 ; Speak et al., 1989 : 93-100 ; Speak, 1987 : 25-30 อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 : 48)

จากรายงานการศึกษาและการวิจัยดังกล่าว จึงมีความเห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาคด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง มีรายงานการศึกษาที่แสดงว่า หากได้พัฒนาความรู้เรื่องยาให้แก่ประชาชน จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องมากขึ้น (Stilt, R.P. and C.E. Trinca, Smith D.L. อ้างถึงใน ปราณี เหมวิมล, 2530 : 18 : 25) นอกจากนี้ปรีดา ดีสุวรรณ และคณะ (2533 : 49) ได้ศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องยาน้อยหรือปานกลาง จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีความรู้เท่าไร้ แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจะสูงขึ้น (ร้อยละ 73.33) ในขณะที่ผู้ที่มีความรู้เรื่องยาคดี จะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสูง (ร้อยละ 79.41) วิมล คำสวัสดิ์ และคณะ (2537 : ข) ได้รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนในชุมชนที่มีการดำเนินงานสาธารณสุขชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนงามทรัพย์ เทศะบำรุง และวิมล คำสวัสดิ์ (2538 : 21-22) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำต้องแก้ไข 2 เรื่อง คือ การรับประทานยาก่อนอาหารที่ถูกต้อง และการรับประทานยาหลังอาหารที่ถูกต้อง และยังพบว่าความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในแขวงรองเมือง กรุงเทพมหานคร
3. เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์
4. สามารถสนทนาและให้ข้อมูลได้
5. มีประสบการณ์การใช้ยาด้วยตัวเอง

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการใช้ยา
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
4. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันออกไป ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว

1.1 **อายุ** หมายถึง อายุเต็มปีของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นช่วงอายุ คือ 60-64 ปี 65-69 ปี 70-74 ปี 75-79 ปี 80 ปีขึ้นไป

1.2 **ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาหลังสุดของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้ ระดับ 1 ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ระดับ 2 ระดับประถมศึกษา ระดับ 3 ระดับมัธยมศึกษา ระดับ 4 สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา

1.3 **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกได้เป็น โสด คู่ หม้าย หย่า แยก

1.4 **รายได้** หมายถึง รายได้รวมของครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยประเมินจากจำนวนเงินที่เป็นรายรับต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ แบ่งเป็นเพียงพอ ไม่เพียงพอ เหลือใช้

2. **การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ในช่วงเวลาปัจจุบันหรือขณะเก็บข้อมูล โดยอาศัยแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานด้านภาวะสุขภาพ อันได้แก่ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย ตลอดจนความเครียด ด้านอารมณ์ สังคม ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ รวมทั้งแนวความคิดเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม

3. **ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา** หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสำคัญในการใช้ยา โดยอาศัยหลักการใช้ยาที่ถูกต้อง 5 อย่าง เป็นกรอบในการวัด ได้แก่ ใช้ยาถูกโรค ใช้ยาถูกเวลา ใช้ยาถูกวิธี ใช้ยาถูกขนาด ใช้ยาถูกบุคคล รวมถึงการแพ้ยา และยาเสื่อมสภาพ

4. **พฤติกรรมการใช้ยา** หมายถึง การปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติเกี่ยวกับการแสวงหายา การเก็บรักษา ยา และการบริโภคยาของผู้สูงอายุ เพื่อนำบัติน้ำยาที่เป็นอยู่ หรือเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งวัดโดยการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระลึกถึงเหตุการณ์ที่เคยปฏิบัติหรือกำลังปฏิบัติอยู่

4.1 **การแสวงหายา** หมายถึง วิธีการที่ผู้สูงอายุได้มาซึ่งยา แหล่งหรือสถานที่ใด ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับยา รวมถึงคำแนะนำที่ได้รับและวัตถุประสงค์ในการซื้อยา

4.2 **การเก็บรักษา** หมายถึง สถานที่และวิธีการเก็บรักษา ยาไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้หรือไม่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

4.3 การบริโภคยา หมายถึง การปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ โดยอาศัยหลักการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล เป็นกรอบในการวัด ได้แก่ การใช้ยามากเกินไป ปริมาณยาที่ใช้ไม่เต็มประสิทธิภาพ (ใช้ยาน้อยเกินไป) ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน ใช้ยาโดยไม่จำเป็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษา จะเป็นข้อมูลและแนวทาง เพื่อให้ผู้บริหารการพยาบาลใช้ประโยชน์ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีการใช้ยาอย่างถูกต้องสมเหตุสมผล ซึ่งจะช่วยลดความแออัดของการรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข อันเนื่องมาจากอันตรายที่เกิดจากการใช้ยา
2. คาดว่าผลการศึกษา จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในการจัดบริการรักษาพยาบาลและจัดตั้งหน่วยบริการให้คำปรึกษาเรื่องยาสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
3. ผลการศึกษาที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุแขวงรองเมืองและชุมชนที่มีลักษณะเมืองที่ใกล้เคียงกัน