

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสารกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอสาระเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 - 2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 2.2 ปัจจัยพื้นฐานในการดูแลตนเอง
 - 2.3 ลักษณะของการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา
 - 3.1 การแสวงหายา
 - 3.2 การเก็บรักษายา
 - 3.3 การบริโภคยา
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 4.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมตามความหมายของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ ดังนั้นพฤติกรรมจึงเป็นกิจกรรมหรือสิ่งที่มนุษย์กระทำซึ่งเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 55) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคล ที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (มัลลิกา มัติโก, 2534 : 18) ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวม ความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป แต่มุ่งเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย การที่บุคคลจะเกิดโรคหรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนเช่นเดียวกัน

นอกจากคำว่าพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยแล้ว นักวิจัยทางการพยาบาลได้ใช้คำว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมแบบแผนชีวิต (Life Style Behavior) (Macdonal and others อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ซึ่งหมายรวมถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การช้ยา การดื่มสุรา การรับประทานแคลเซียมและโซเดียมในอาหาร และในเอกสารขององค์การอนามัยโลกเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (WHO ISEARO, 1983 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ก็ใช้คำว่าพฤติกรรมแบบแผนชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงมีความหมายกว้าง

1.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536 : 94) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1.2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครึ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถ

นอกจากนี้แฮริสและกลูเตน (Harris and Gluten, 1979 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมภาษณ์, 2539) ได้นิยามความหมายครอบคลุมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันโรคจึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากโรคต่าง ๆ

1.2.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การเพิกเฉยหรือการหลบหนีจากสังคม แมคคาไนค (Mechanic, 1978 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมภาษณ์, 2539) กล่าวว่า พฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำและตัดสินใจ ที่จะหาแหล่งคำปรึกษา ซึ่งจะเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม

1.2.3 พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคหรือทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การรับประทานยาตามคำสั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมีมาก

พฤติกรรมในการใช้ยานั้น เป็นพฤติกรรมในด้านการปฏิบัติ ซึ่งพฤติกรรมในด้านความรู้จะเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และพฤติกรรมในการใช้ยาในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพ ก็คือ พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลที่มีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 173-185) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1.3.1 องค์ประกอบด้านจิตวิทยาที่จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะ ความต้องการ การจูงใจ ความสามารถ ความรู้ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล เช่น ถ้าผู้เรียนไม่มีความต้องการจะเรียนหรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ ที่ส่งออกไป การปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก็จะไม่เปลี่ยนแปลงหรือบุคคลที่มีภาวะแตกต่างกัน ย่อมจะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันไป พฤติกรรมในการใช้ยาก็เช่นเดียวกัน หากบุคคลขาดความรู้และความสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเองแล้ว เมื่อเจ็บป่วยและได้รับยามาใช้ในการบำบัดรักษาโรค หากละเลยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือข้อห้ามต่าง ๆ อาการที่ป่วยอยู่ก็จะไม่หาย และอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ นอกจากนี้

การขาดความรู้ในเรื่องการไต่ถามก็จะเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้มีการปฏิบัติในการไต่ถามที่ไม่ถูกต้อง

1.3.2 องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม และวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญในการปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป และผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องการแพทย์หรือสาธารณสุข ย่อมจะมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการไต่ถามมากกว่าบุคคลอื่น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีครองชีวิต วิถีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก

1.3.3 องค์ประกอบทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก เช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัด จากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อจะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่สำหรับในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ จากการศึกษาของ พิมล เพราพิริศภิรมย์ (2533 : 77) พบว่า อัตราการมารับการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับรายได้ของผู้ป่วย การที่องค์ประกอบทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะรวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่มีอยู่ โดยส่วนใหญ่ประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ย่อมมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้สะดวกกว่าผู้ที่มีฐานะยากจน ที่จะต้องใช้บริการจากร้านขายยา เนื่องจากความจำเป็นในหลาย ๆ ด้าน เช่น ความสะดวกรวดเร็ว อัตราค่าบริการ รวมถึงราคายาซึ่งการใช้บริการจากร้านขายยา จะประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า

เจมส์และคณะ (Jame et al., 1974 อ้างถึงใน จารุวรรณ ขันติสุวรรณ, 2528) ศึกษาพบว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี คือ กลุ่มของผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำ และ อารี ปุณณะตระกูล (2533) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตรต่ำกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจพบว่า มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าจะมีความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ออสเตอร์ไวส์และคณะ (Osterweis et al., 1979 อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2530: 136) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีการไต่ถามด้วยตนเองสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า ซึ่งหากจำแนกตามระดับรายได้แล้วพบว่า ประชาชนรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง จะซื้อยาจากร้านขายยาในเปอร์เซ็นต์ที่สูงถึง

ร้อยละ 80 และ 55 ตามลำดับ (คณะเภสัชศาสตร์, 2528 อ้างถึงใน ลำลี ใจดี, 2530 : 24) และผู้ที่เสี่ยงต่อการบริโภคยาผิดหรือไม่จำเป็นหรือเกินขนาด มักเป็นกลุ่มของผู้ที่มีรายได้น้อยและกลุ่มแรงงานของประเทศ (สมคิด แก้วสนธิ, 2526 : 3)

1.3.4 องค์ประกอบด้านการศึกษา ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงขึ้น ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือ ี้อ่อนแอต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้หรือเรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้และ ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง อัศณีย์ สิงหลกะ (2524) ได้ทำการศึกษาพบว่า พวกที่มีการ ศึกษาสูงกว่าจะมีความเข้าใจต่อการใช้ยามากกว่าพวกที่มีการศึกษาดำ และ พิสมัย พิทักษาวรรณ (2536 : 89) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม สุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำกว่า ลาทีโอเลส (Latiolais อ้างถึงใน จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528 : 45) ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

1.3.5 องค์ประกอบทางด้านการเมืองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชน เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการ รักษาพยาบาล กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง สถานบริการและบุคลากร สาธารณสุขของภาครัฐยังมีปริมาณไม่ครอบคลุมทั่วถึงประชากร ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่มี ฐานะยากจนต้องหันไปพึ่งบริการของภาคเอกชนที่เป็นร้านขายยา เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่ำกว่า ประกอบกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องยาของประเทศไทย จะเห็นได้ว่ายังมีความหละหลวม อยู่หลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นปริมาณยาที่มีจำหน่ายในท้องตลาดมากเกินไป ทำให้มีการ บริโภคยาเกินจำเป็น การกระจายยาในประเทศไทยส่วนใหญ่กระจายผ่านทางภาคเอกชน โดยผ่านทางร้านขายยาทุกประเภท ไม่มีมาตรการใด ๆ มาควบคุมคุณภาพร้านขายยา ทั้งผู้ให้ บริการยา คุณภาพของยา แม้แต่ราคาในการจำหน่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนที่จำเป็น ต้องใช้บริการจากแหล่งยาเหล่านี้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงเกินความจำเป็น แล้วยังเสี่ยงต่อ อันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องด้วย

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งนั้น และทำให้มีผลต่อ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุด้วย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล บุคคลที่มีความรู้

ความสนใจต่อสุขภาพของตนเอง ย่อมจะปฏิบัติตามหลักในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากกว่า ผู้ที่ไม่มีความรู้ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบทั้ง 5 ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีเพียงองค์ประกอบด้านการเมืองเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล น้อยที่สุด ซึ่งหมายความว่าพฤติกรรมในการใช้ยานั้นจะถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่สุด เพราะแม้ว่านโยบายในเรื่องเกี่ยวกับการใช้ยาของประเทศจะหละหลวม แต่ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และให้ความสนใจในการใช้ยาที่ถูกต้องแล้ว ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องลดลงได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของ แต่ละบุคคล แต่ละวัย การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่ม (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 22-23)

เลวิน (Levin L.S. 1986 อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : 15) ได้ นิยามการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่โดยตัวเอง และเพื่อตนเองในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสืบค้นหาโรค และการรักษาในระดับสาธารณสุขขั้นต้น (Primary Care Level) ของระบบบริการสาธารณสุข

ดังนั้นการดูแลตนเอง จึงเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาจึงถือว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

2.2 ปัจจัยพื้นฐานในการดูแลตนเอง

ในการดูแลตนเองนั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relation) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานต่อไปนี้ร่วมด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 51)

2.2.1 อายุ อายุมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นจะเพิ่มขึ้น เพราะวัยนี้ความสามารถในการดูแลตนเองและสติปัญญาจะเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมในการใช้ยา ก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุมักจะไม่มีความหลงลืมหรือไม่ใส่ใจในตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา (Blackwell, 1973 : 249)

2.2.2 เพศ เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อดึงดูดซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่และสวัสดิภาพ (Orem, 1985 อ้างถึงใน กุลชลิ ภูมิรินทร์, 2535 : 26) และเพศเป็นปัจจัยที่บ่งถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว ตลอดจนทัศนคติต่อการเจ็บป่วย โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศชาย (Anderson and Noris, 1972 อ้างถึงใน สุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534 : 35)

2.2.3 ระบบครอบครัว สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.2.4 สภาพที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะผู้ป่วยที่มีที่อยู่อาศัยต่างกัน จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลินให้ตนเองที่อาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนแออัด ควรปรับวิธีการฉีดยาตนเองอย่างไรให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ซึ่งวิธีการอาจจะแตกต่างไปจากผู้ป่วยที่มีฐานะดี อาศัยอยู่ในบ้านที่มีเครื่องอำนวยความสะดวกในการฉีดยาให้ตนเองอย่างพร้อมมูล

2.2.5 แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำอยู่เป็นประจำ หมายรวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ภาระกิจต่างๆ อันได้แก่ การประกอบอาชีพ ผู้ที่ประกอบอาชีพไม่เป็นหลักแหล่ง มีการเดินทางเสมอ ทำงานไม่เป็นเวลาย่อมจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับตนเองให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีอาชีพ

2.2.6 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย ตลอดจนความเครียด ภาวะด้านอารมณ์ และสังคม ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ

2.2.7 ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้

2.2.8 แหล่งประโยชน์ หมายถึง ลักษณะการรับบริการของผู้ป่วย เช่น การเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งรายได้ซึ่งเป็นสิ่ง queื้อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีรายได้น้อยจะเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสาธารณสุขต่างๆ ผู้ที่มีรายได้น้อยการจะรับประทานยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ย่อมมีโอกาสน้อยเมื่อยาหมด หรือเมื่อรู้สึกว่าการเริ่มจะหายแล้วก็อาจจะหยุดยา โดยการตัดสินใจจากความรู้สึกของตนเอง หรืออาจจะไม่กลับไปรักษาซ้ำเนื่องจากไม่มีเงินเพียงพอ

2.2.9 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยประสบมาในอดีต ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การหย่าร้าง จะเกิดความรู้สึกหมดกำลังใจ สูญสิ้นความหวังจนไม่สามารถจะรู้สึกตัดสินใจและดูแลตนเองได้

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา เป็นตัวแปรในการศึกษา

2.3 ลักษณะของการดูแลตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองนั้น เป็นการปฏิบัติในส่วนของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ (มัลลิกา มัติโก, 2530 : 11-13) คือ

2.3.1 การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มี 2 ลักษณะ คือ

2.3.1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย

2.3.1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่ป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย

2.3.2 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) มีองค์ประกอบ 4 ระดับ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) 2) การดูแลสุขภาพของครอบครัว (Family Care) 3) การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extend Social Network) และ 4) การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid หรือ Self Help Group) นอกจากนี้สามารถจำแนก

รูปแบบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 : 16-17) ดังนี้

2.3.2.1 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือการกระทำไปล่วงหน้าก่อนการแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ ซึ่งรวมบริการรักษาแบบสามัญชนมาก ๆ ที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ตลอดจนชุมชนเป็นผู้จัดหาขึ้น กิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบนี้ มีดังนี้

1) ปฏิกริยาตอบสนองแบบไม่รักษา (No Action) หรือ รออาการ (Wait and See) อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของการประเมินอาการโดยสามัญชน

2) การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (Non Medication Self-treatment) พฤติกรรมอาจปรากฏในรูปการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารพิเศษ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ต่าง ๆ

3) การใช้ยารักษาตนเอง (Self-medication) เป็นรูปแบบพฤติกรรมการรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตพบได้ง่ายที่สุด

2.3.2.2 กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในขบวนการรักษา เพิ่มเติมบริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ เช่น การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.3.2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง ที่ทำไปโดยมีเจตนาเปลี่ยนแปลงปรับแก้บริการ หรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ เห็นได้ในกรณีที่มีผู้ป่วยซึ่งเป็นฝ่ายกระทำ (Activated Patients) เมื่อเผชิญกับการบริการรักษา หรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยเชื่อว่าไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยสามารถหันไปหาทางเลือกการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบต่าง ๆ โดยอาจพยายามอธิบายเพื่อชี้ให้ผู้ให้บริการเห็นถึงข้อบกพร่องนั้น ๆ หรือกระทั่งเสนอแนะถึงมาตรการรักษาที่ผู้ป่วยเห็นว่าจะได้ผลมากกว่า หรือผู้ป่วยอาจตัดสินใจปรับการดูแลสุขภาพเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของเขาเอง เช่น เปลี่ยนเวลาและจำนวนยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน เลิกการรักษาหรือใช้วิธีการรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่งที่เรียกว่า การรักษาหลายวิธี (Multiple Treatment Action)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาในแง่การดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้ตระหนักว่าตนเองมีความเจ็บป่วย และมีการประเมินเกี่ยวกับอาการ โดยการตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ที่จะตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นหรือเพื่อบำรุงสุขภาพ เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคลแล้วมีการปฏิบัติในรูปแบบที่มีการทดแทนบริการแบบวิชาชีพ โดยการกระทำไปล่วงหน้าก่อนการแสวงหาบริการแบบวิชาชีพด้วยการใช้ยารักษาตนเอง (Self-medication) และการดูแล

สุขภาพตนเองที่กระทำไปโดยมีเจตนาตัดแปลงปรับแก้บริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ โดยถ้าผู้สูงอายุเห็นว่าการรักษาไม่เพียงพอต่อการแก้ไขอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายของตน ก็ จะตัดแปลงการรักษาให้สอดคล้องกับความเชื่อของตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงหรือการ ไม่กระทำตามคำแนะนำนั้น เป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากจะไม่ได้ผลในการรักษาและ ยังอาจทำให้เกิดอันตรายได้อีกด้วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา

การใช้ยามีความจำเป็นสำหรับทุกกลุ่มอายุ แต่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ที่เห็นชัดเจน คือ สมอ อวัยวะรับสัมผัสและระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะพบว่าความคิดอ่านช้าลง นอนหลับยาก ความจำเสื่อม ตามัวมองไม่ชัด หูตึงหรือหูหนวก สภาพร่างกายเสื่อมลง เกิดการเจ็บป่วยง่าย สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้ยามากขึ้นหรือบ่อยขึ้นกว่าเมื่อยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว อาจจะใช้ยาเองหรือโดยการสั่งยาของแพทย์ ทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้มากใน ขนาดยาและเวลาที่ใช้ยา ความจำที่เสื่อมลง ทำให้ไม่แน่ใจว่าตนได้กินยาแล้วหรือยัง อาจกิน เข้าไปอีกและก่อให้เกิดผลร้ายจากยา บางคนมีลักษณะความแม่นยำ ทำให้ยาที่ตรวจหกลั่น จำนวนยาที่ได้รับไม่ครบ บางคนก็ไม่สามารถเปิดขวดยาได้ ดังนั้นการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุจึง เห็นได้ว่ามีข้อจำกัดในหลายๆ ด้าน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาค้นคว้าอย่างยิ่ง

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาในเรื่องการปฏิบัติ เกี่ยวกับการแสวงหายา การเก็บรักษายา และการบริโภคยาของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาบอกการ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่ หรือเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

3.1 การแสวงหายา

โดยทั่วไปมีการกล่าวขานกันอย่างกว้างขวางว่า คนไทยนั้นส่วนใหญ่ซื้อยา รับประทานเองเมื่อประสบภาวะความเจ็บป่วย ทำให้เกิดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยามากมาย ซึ่งการซื้อยารับประทานเอง ผู้ซื้อจะบอกชื่อยาหรือชนิดของยากับผู้ขายหรือไม่ก็โดยเล่า อาการ แล้วให้ร้านขายยาจัดให้ตามความเหมาะสมและกำลังซื้อ คณะกรรมการอาหารและยา, (2524 : บทคัดย่อ) ได้ทำการวิจัยและสำรวจทั่วประเทศถึงพฤติกรรมทางเลือกใช้ สถานบริการเมื่อตนเองหรือครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้บริการ รักษาตนเอง โดยการพึ่งร้านขายยาทั่วไปถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 23 ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด และก่อให้เกิด อันตรายได้เนื่องจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2526 : 3) กล่าวถึงพฤติกรรมการใช้จ่ายของประชาชนว่า คนไทยนั้นส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเองเมื่อประสบภาวะความเจ็บป่วยและบริโภคยาเกินความจำเป็น และปัญหาการใช้จ่ายเกินความจำเป็นดำรงอยู่อย่างรุนแรงในเขตเมืองโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมากกว่าในชนบท และ สำลี ใจดี (2519 : 2) ได้ทำการสำรวจการใช้จ่ายของชุมชน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า ร้อยละ 94 ของชาวชนบทใช้สถานบริการเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่หมายถึงร้านขายยา (79.9 %) เป็นแหล่งการรักษาอันดับแรก ดังนั้นเมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องซื้อยาใช้เอง จะต้องมีความระมัดระวังและต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายที่ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยในการใช้จ่ายสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงประการแรกคือ ควรซื้อยาจากร้านที่เชื่อถือได้ เจ้าของร้านเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับยา สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ นั่นคือควรซื้อยาจากร้านที่มีเภสัชกรประจำร้าน จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2536) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ควรคำนึงในการซื้อยาพอสรุปได้ดังนี้

3.1.1 การเลือกซื้อยาสามัญประจำบ้านขององค์การเภสัชกรรม (หรือที่เรียกว่ายาตำราหลวง) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่มีอันตรายน้อยที่สุด (เมื่อใช้ถูกต้องตามขนาดและวิธีใช้ที่ระบุไว้) จะเป็นการช่วยให้รอดพ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงหรือฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาได้อย่างมาก

3.1.2 การเลือกซื้อยาควรใช้ชื่อตัวยาสำคัญเป็นหลัก เพราะยาดัวเดียวกันบริษัทต่าง ๆ ผลิตมาแล้วตั้งชื่อการค้าต่าง ๆ มากมาย การเลือกซื้อยาโดยเจาะจงเฉพาะยาชื่อนั้น ๆ อาจทำให้ต้องเสียเวลาและเสียเงินในการเดินทางไปหาซื้อจนกว่าจะได้ยาที่มีชื่อการค้าที่ต้องการมากเกินจำเป็น แม้จะมีความจริงว่ายาของบริษัทที่ต่างกัน อาจให้ผลในการรักษาไม่เหมือนกัน แต่ยาที่ทุกคนจำเป็นต้องเลือกซื้อใช้เองเมื่อมีอาการไม่สบายเล็กๆ น้อย ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ ยาแก้หวัด ถ้าเลือกตัวยาสำคัญเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นยาจากบริษัทใด จะไม่ทำให้ผลการรักษาต่างกันจนเห็นได้ชัดเจน

3.1.3 ชื่อตัวยาสำคัญ หมายถึง ชื่อสารที่มีฤทธิ์ในการรักษา ซึ่งมักจะเป็นชื่อทางเคมี คงรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากในการจดจำ จึงนิยมจำชื่อการค้ามากกว่า แต่โดยความเป็นจริงแล้วเราไม่จำเป็นต้องรู้จักหรือจดจำชื่อยาทั้งหลายที่มีขายในท้องตลาด แต่เลือกจดจำเฉพาะชื่อยาที่ไม่มีอันตรายมาก สามารถใช้ได้เองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้หวัด ยาแก้ท้องเดิน เป็นต้น และถ้าเป็นโรคที่ต้องใช้ยารักษาโดยเฉพาะ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน วัณโรค ฯลฯ ก็ควรจะขอคำแนะนำจากแพทย์ หรือถ้ามีความจำเป็นต้องซื้อยาใช้เองในกรณียังไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ ก็ควรขอคำแนะนำจากเภสัชกร

3.1.4 ไม่ควรซื้อยาโดยนำเอาตัวอย่างยาที่มีอยู่ไปให้ผู้ขายดู เพราะบริษัทยาที่ผลิตยาดัวเดียวกันมีมากมาย แต่ละบริษัทต่างก็ผลิตยาของตนให้มีลักษณะ ขนาดและสีตามใจชอบ ทำให้มียาจำนวนมากที่เป็นยาดัวเดียวกันมีลักษณะขนาดและสีต่างกัน และใน

ทำนองเดียวกันยาต่างชนิดกันก็อาจมีสี ลักษณะ และขนาดเหมือนกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาแคปซูล บริษัทผลิตแคปซูลให้มีสีต่าง ๆ กันออกมา แล้วบริษัทยาก็ไปเลือกซื้อแคปซูล แล้วใส่ยาที่ต้องการลงไป จึงพบว่าแคปซูลชนิดเดียวกันสีเหมือนกัน ขนาดเท่ากัน บรรจุยาได้มากมายต่างชนิดกันไป ด้วยเหตุนี้การซื้อยาจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้จักชื่อยาหรือ อย่างน้อยจะต้องรู้ว่ายานั้นแก้อะไร

3.1.5 ไม่ควรซื้อยาตามคำบอกเล่า ทั้งนี้เนื่องจากมีโรคเป็นจำนวนมาก ที่มีสาเหตุต่างกัน แต่มีอาการแสดงออกบางอย่างเหมือนกัน

3.1.6 ทุกครั้งที่ซื้อยาควรสอบถามฤทธิ์ข้างเคียง ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งวิธีการแก้ไขและสิ่งอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยานั้น เพื่อจะได้ปฏิบัติได้ถูกต้อง ไม่ตกใจ หรือต้องวิตกกังวล เพราะไม่ทราบมาก่อน เช่น การรับประทานยาบางชนิด อาจทำให้เกิดอาการท้องเดิน วิธีแก้ไขคือ ถ้าอาการมากก็ให้หยุดยา ถ้าท้องเดินเพียงเล็กน้อยก็ควรรับประทานต่อไป เพราะยาบางอย่างอาจทำให้ท้องเดินได้บ้างเล็กน้อยในบางคนและเมื่อรับประทานต่อไปร่างกายจะปรับตัวเองทำให้อาการหาย แต่ในคนที่มีอาการท้องเดินมาก ถ้าไม่หยุดยาร่างกายอาจเสียน้ำมากเกินไป อาจทำให้เกิดอาการไม่สบายมากจนถึงขีดอันตรายได้

3.1.7 การซื้อยาไม่ควรเลือกซื้อยาชุด เพราะยาที่ร้านขายยาส่วนใหญ่จัดขายเป็นชุดหรือยาชุดที่มีผู้จัดไปฝากขายตามร้านขายของชำ หรือร้านกาแฟในหมู่บ้าน ไม่มี การแนะนำหรือบอกให้ทราบว่ายาแต่ละเม็ดเป็นยาอะไร แก้อะไรบ้าง บางชุดผู้จัดอาจมีความรู้ ในการจัด จัดได้ถูกต้องสมเหตุสมผลและถูกต้องตามหลักการใช้ยา แต่ยาชุดส่วนใหญ่จัดขึ้น เพียงเพื่อให้ในแต่ละชุดมียามากกว่าสองเม็ดขึ้นไปเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงผลเสียของยาที่ นำมารวมจัดไว้เป็นชุด ซึ่งมีมากมายหลายประการ

3.2 การเก็บรักษา

การเก็บรักษา หมายถึง การเก็บรักษาที่นำมาใช้ในการส่งเสริม สุขภาพและรักษาโรค เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาและไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ ถ้ามีการ เก็บรักษาถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษา โดยเฉพาะในผู้สูง อายุมักจะมีพฤติกรรมในการเก็บรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สูงอายุมักจะเก็บสะสมยาที่ ได้จากการรักษาครั้งก่อน ๆ ไว้เพื่อใช้ใหม่ (Law and Chamber, 1976 อ้างใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2527) จึงควรอธิบายให้เข้าใจว่ายาเก่าที่เกินกำหนดอายุแล้วจะใช้ไม่ได้ และการ ใช้ยาเดิมที่เก็บไว้สำหรับรักษาอาการเจ็บป่วยครั้งต่อไปก็ไม่ถูกต้อง เพราะอาจจะไม่ใช่โรค เดียวกัน ควรที่จะทิ้งยาเก่าหรือทำลายไปเสียดีกว่า

ปัญหาการเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง มียาหลายขนานที่ต้องเก็บภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ เช่น ต้องควบคุมอุณหภูมิ ความชื้น แสงสว่าง การเก็บยาไม่ถูกวิธีจะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพหรือเสียไปเร็วกว่ากำหนด เกิดผลเสียต่อผู้ใช้ เช่น เตตราไซคลิน เก็บไว้นาน ๆ หรือถูกความร้อนและแสงจะเสียเร็ว เปลี่ยนสีจากเหลืองเป็นสีน้ำตาล ถ้ากินจะเกิดอันตรายต่อไต คลื่นไส้ อาเจียน ระคายเคืองกระเพาะมาก ยาปฏิชีวนะมีอายุการใช้งานที่จำกัด ถ้าเก็บไว้นานเกินไปคุณภาพลดลง พิษเพิ่มขึ้น เพราะฤทธิ์ในการทำลายเซลล์ของร่างกายจะเพิ่มขึ้น แอสไพรินถ้าถูกความร้อน แสง ความร้อน จะทำให้เปลี่ยนสภาพเป็นกรดซาลิซิลิกมีฤทธิ์กัดกระเพาะอาหารอย่างรุนแรงเกิดกระเพาะทะลุได้ ดังนั้นการเก็บรักษายาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จรัสพรรณ สงวนเสริมศรี (2526 : 27) และบรรลุ ศิริพานิช (2534 : 97-98) ได้กล่าวถึงข้อที่ควรคำนึงถึงในการเก็บรักษายาพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

3.2.1 ถ้าเป็นยาที่ซื้อเองจากร้านขายยา เป็นยาที่ผู้ขายหยิบมาให้จากขวดใหญ่ ถ้าไม่มีฉลากบอกรายละเอียดต่างๆ ต้องเขียนชื่อยา ขนาดความแรง สรรพคุณของยา และวิธีรับประทานหน้าของที่ใส่ยา พร้อมทั้งจดวันที่ซื้อยาด้วย ทั้งนี้เพื่อจะได้ไม่ต้องเดาหรือคาดคะเนในการหยิบยาใช้ครั้งต่อไป และทราบแน่ชัดว่าเป็นยาที่ซื้อมาเก็บไว้นานเท่าใดแล้ว

3.2.2 ภาชนะที่ใส่ยาเม็ดควรเป็นภาชนะที่ป้องกันความชื้นได้ ปัจจุบันยาที่ได้รับจากร้านขายยา จากคลินิกแพทย์หรือจากโรงพยาบาลมักบรรจุอยู่ในซองพลาสติก ซึ่งมีร่องปากปิดให้สนิทได้ ทุกครั้งที่เปิดของหยิบยามาใช้ควรรูดยกซองให้ปิดเข้าหากันสนิท ถ้าได้รับบรรจุมาในซองกระดาษ ควรใส่ของกระดาษนั้นลงในกล่องพลาสติกสำหรับใส่ยา ซึ่งมีขายอยู่ทั่วไปอีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันมิให้ยาชื้น ยาเม็ดควรเก็บใส่ขวดหรือกล่องปิดฝาให้สนิทอย่าเก็บยาเม็ดหลายอย่างไว้ในขวดหรือกล่องเดียวกัน

3.2.3 ควรมีที่เก็บยาหรือตู้ยาแยกเป็นพิเศษ ควรแยกเก็บยารับประทานและยาสำหรับใช้ภายนอกไว้คนละส่วนของตู้ เพื่อมิให้ปะปนกัน ป้องกันอันตรายอันอาจเกิดจากการหยิบยาผิด

3.2.4 ตู้ยาควรอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อน อับ ชื้น หรือถูกแสงแดดส่องโดยตรง เพราะแสงแดด ความร้อน และความชื้นจะทำให้ยาสลายตัวเร็วขึ้น

3.2.5 ตู้ยาควรอยู่สูงพอสมควร ป้องกันมิให้เด็กหยิบยามาเล่นหรือรับประทานได้เอง เพราะบางครั้งเด็กอาจคิดว่ายาเป็นขนมหรือลูกกวาด ควรมีที่เก็บยาหรือตู้ยาแยกเป็นพิเศษ

3.2.6 ยาเม็ดหรือแคปซูลไม่ควรเก็บไว้ในตู้เย็น เพราะจะทำให้ยาชื้นเสื่อมคุณภาพได้เร็วกว่าที่ควร ต้องเก็บไว้ในที่แห้ง

3.2.7 ยาน้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาปฏิชีวนะที่โรงงานทำเป็นผงใส่ขวดไว้ เมื่อจะใช้ต้องใส่น้ำถึงขีดที่ระบุ เมื่อเติมน้ำแล้วถ้ามีตู้เย็นควรเก็บไว้ในตู้เย็น จะช่วยให้คุณภาพของยาคงทนกว่าอยู่ในที่อากาศร้อนและถ้าใช้ไม่หมดภายใน 7 วัน ต้องทิ้งอย่านำมาใช้อีก

3.2.8 ยาหลายอย่างเสื่อมคุณภาพได้ในเวลาอันจำกัด โดยทั่วไปไม่ควรเก็บยาไว้นานเกิน 1 ปี ควรซื้อยาเป็นครั้งคราวและเก็บยาที่เก่าเกิน 1 ปีทิ้งเสีย เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาเสื่อมคุณภาพ

3.2.9 ยาที่ไม่ทราบแน่ชัดว่ามีอายุเท่าใดแล้ว ถ้ามีสี กลิ่น รส หรือลักษณะเม็ดผิดไปจากเดิม เช่น เป็นรอยแตก สีลอก ขรุขระ ควรถูกทิ้งให้หมด เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพแล้ว การนำมาใช้อีกจะทำให้เกิดโทษได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งยารับประทานจะทำให้ตับ ไต เสียได้

โปรดระลึกไว้เสมอว่า การใช้ยาที่เก็บไว้จนเสื่อมคุณภาพ นอกจากจะไม่ได้ประโยชน์ใด ๆ จากการใช้ยาแล้ว ยังเป็นการฆ่าตัวตายแบบผ่อนส่งวิธีหนึ่งด้วย

3.3 การบริโภทยา

พฤติกรรมการบริโภทยา เป็นการปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งรับประทานและยาใช้ภายนอก เพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วยหรือบำรุงสุขภาพร่างกาย โดยทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการเกิดความผิดพลาดในการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากสภาวะของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน จึงเป็นผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องได้ ลาลิโอเลียส์และเบอร์รี่ (Latiolais and Berry, 1969 อ้างถึงใน อัครณีย์ สิงหลกะ, 2524 : 27) และคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (2527 : 66-68 อ้างถึงใน ธีรรัตน์ พุ่มพวง, 2534 : 16) ได้กล่าวถึงปัญหาและพฤติกรรมในการใช้ยาที่พบบ่อยพอสรุปได้ดังนี้

3.3.1 วิธีการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรักษาจะได้ผลเต็มที่และเกิดพิษของยาน้อยที่สุดเมื่อมีการใช้อย่างถูกวิธี ยาปฏิชีวนะควรรับประทานก่อนอาหารครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง เนื่องจากยาจะถูกดูดซึมได้ดีในขณะที่ท้องว่าง จะทำให้มีผลต่อการรักษาอย่างเต็มที่ แต่ถ้ารับประทานอาหารทันที จะทำให้การดูดซึมของยาลดน้อยลง ก็จะได้รับยาในขนาดที่ต่ำกว่าฤทธิ์ที่จะฆ่าเชื้อได้ หรือยาที่ต้องใช้เทคนิคพิเศษ เช่น ยาตา ยาฟัน ซึ่งถ้าใช้ไม่ถูกวิธีจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ทำให้ได้รับประโยชน์จากยาไม่เต็มที่

3.3.2 ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามแผนการรักษาทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ใช้ยาผิดขนาด ผิดวิธี ผิดเวลา ผิดทาง (Route of Administration) หรือผู้ป่วยบางรายหยุดยาก่อนกำหนด ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมใช้ยาไม่สมเหตุสมผลอย่างหนึ่ง เป็นการใช้น้อยหรือต่ำกว่าที่กำหนดและการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา ซึ่งอาจแยกเป็น

3.2.2.1 การใช้ยามากกว่าที่กำหนด (Overdosage) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องข้อใดข้อหนึ่ง อันได้แก่ การใช้ยาเกินจากขนาดที่กำหนด ใช้ยามากครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ใน 1 วัน ยาที่สั่งให้ใช้เมื่อจำเป็นในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ ยาชนิดเดียวกันแต่ในภาชนะบรรจุที่แตกต่างกัน ใช้นานเกินกว่าที่กำหนด ยาที่แพทย์สั่งให้หยุดใช้

3.2.2.2 การใช้น้อยกว่าที่กำหนด (Underdosage) ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องข้อใดข้อหนึ่ง อันได้แก่ ใช้น้อยกว่าขนาดที่กำหนดไว้ในใบสั่งยา ลืมใช้ยา ใช้น้อยครั้งกว่าที่กำหนดให้ใช้ภายใน 1 วัน เว้นการใช้ยาที่เขียนว่าใช้เมื่อจำเป็นในเวลาที่ไม่จำเป็นต้องใช้ หยุดยาก่อนกำหนด ไม่ได้ใช้นั้นเลย ไม่ไปรับยาเพิ่มหลังยาหมด

3.2.2.3 การรับประทานยาไม่ครบจำนวน มักพบว่าหลังอาการดีขึ้นแล้ว ก็หยุดรับประทานยาเนื่องจากความไม่รู้ ความเคยชินที่ผิด ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมาเป็นการใช้ยาเพื่อรักษาอาการ แต่ไม่ได้ขจัดสาเหตุของโรคให้หมดไป นับเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดอันตรายที่รุนแรงได้ เช่น การรับประทานยาปฏิชีวนะไม่ครบ 5-7 วัน อาจทำให้เชื้อเกิดการดื้อยาได้

3.2.2.4 การใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม จังหวะท่าของการใช้ยาแต่ละครั้งไม่เหมาะสม รับประทานยาที่ส่งเกี่ยวข้องกับมื้ออาหารไม่ถูกต้อง

3.2.2.5 การใช้ยาผิดวิถีทาง (Route of Administration) หรือผิดเทคนิคของการบริหารยา

3.2.2.6 การใช้ยาผิดวัตถุประสงค์หรือผิดประเภท

3.2.2.7 การใช้ยาซึ่งเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ

3.2.2.8 การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง

3.3.3 การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction) อาจเกิดจากยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือเกิดจากยาที่รับประทานร่วมกับอาหารหรือเครื่องดื่ม

3.3.4 ปัญหาอาการข้างเคียงของยา (Side Effect) ผู้ป่วยไม่เข้าใจผลข้างเคียงบางอย่างของยา ทำให้เกิดความเข้าใจผิดคิดว่าเป็นอาการแพ้ยา จึงหยุดยาเองทำให้การรักษาไม่ได้ผล

จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ใช้ยาเอง คือ ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ไม่มีประโยชน์ ไม่ประหยัดและไม่ปลอดภัย หรือเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากยา

ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งผลเสียจากการไม่ใช้ยาตามสั่งนั้น ได้แก่ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร โดยเมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์อีกครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น แพทย์จะเพิ่มขนาดยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงจากผลข้างเคียงหรือผลจากยานั้น ทำให้โรคเกิดต้านยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ การที่ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือพิษจากยาได้ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะกรณีป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งผลตามมาก็คือ อาจเกิดความพิการขึ้นได้ และทำให้ต้องเสียค่ายาโดยไม่ได้รับประโยชน์จากยาเต็มที่

นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการใช้ยาสิ้นเปลือง โดยอาจไม่เกิดประโยชน์ หากผู้ป่วยไม่หายหรือเกิดพิษจากยา ก็อาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการสิ้นเปลืองทั้งเศรษฐกิจส่วนตัว ครอบครัว และรวมไปถึงประเทศชาติซึ่งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น พบว่ารายจ่ายค่ายาและเวชภัณฑ์ของไทยในปี พ.ศ. 2535 มีมูลค่าเท่ากับ 60,000,000,000 ล้านบาท (หกหมื่นล้านบาท) หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ของรายจ่ายสาธารณสุขรวม (วิทยาลัยการสาธารณสุข, 2536) ส่วนเรื่องของรายจ่ายนี้ อาจเกิดเพราะความสามารถใช้ยาตามสั่งของผู้ป่วยก็เป็นไปได้ จึงนับว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคยาที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุดังกล่าว อาจทำให้เกิดผลเสียและอันตรายอย่างยิ่งต่อชีวิต

จากการศึกษาเอกสารสรุปการประชุมสัมมนา Workshop on the Introduction of the Concept of Rational Use of Drugs in the Medical Curriculum 7-9 ธันวาคม 2536 (2536 : 12-14) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล พอสรุปได้ว่า ในการรักษาผู้ป่วยควรถือหลักการใช้ยาที่เหมาะสมที่สุดด้วยปริมาณที่ถูกต้อง และภายในระยะเวลาที่สมควร ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพยา ความปลอดภัย ความเชื่อถือได้ ราคา และความเหมาะสม และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงการใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผล ได้แก่ การใช้ยาโดยไม่จำเป็น การใช้ยามากเกินไป ปริมาณยาที่ใช้ไม่เต็มประสิทธิภาพมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน วินิจฉัยโรคถูกแต่ใช้ยาไม่ถูกกับโรค วินิจฉัยโรคผิดทำให้ใช้ยามิด

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าหน้าที่เราจะตัดสินใจว่าอะไรคือการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational) อะไรคือการใช้ยาไม่สมเหตุสมผล (Irrational) นั้นเป็นสิ่งที่ตัดสินใจยาก เพราะท่าเกณฑ์ที่จะพิจารณาว่าการใช้ยานั้นมีความสมเหตุสมผลหรือไม่ คงต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยมาประกอบกัน ทั้งผู้ประกอบโรคศิลปะและผู้บริโภค เพราะผู้บริโภคจะได้รับยามาใช้ได้ 2 วิธี คือ ผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และการตัดสินใจเลือกซื้อยาเอง ดังนั้นในแง่การใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้บริโภคนั้น จึงพอจะสรุปได้ว่า เป็นการใช้ยามากเกินไป ฟุ่มเฟือยเกินจำเป็น การใช้ยาน้อยเกินไปหรือมีการใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน ใช้ยาไม่ถูกกับโรค การใช้ยาที่ไม่สมเหตุสมผลในแง่ของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นั้น ได้แก่ วินิจฉัยโรคถูกแต่ใช้ยามิด หรือวินิจฉัยโรคผิดทำให้ใช้ยามิด ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในแง่ของผู้บริโภค คือ ผู้สูงอายุ

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา

สำลี ใจดี และคณะ (2519) ได้วิจัยเรื่องการใช้จ่ายของประชาชนโดยศึกษาที่อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี พบว่า ประชาชนไปใช้บริการจากร้านขายยาในชุมชนมากถึงร้อยละ 80.5 ซึ่งมีรูปแบบ 2 อย่าง คือ ไปปรึกษาอาการที่ร้านร้อยละ 74.4 บอกชื่อยาหรือผู้ป่วยวินิจฉัยโรคเองร้อยละ 25.6 ทั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีได้รับคำแนะนำและเหตุผลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้จ่ายถึงร้อยละ 82.4 ยาที่เคยใช้มากที่สุดคือ ยาแก้ปวด-ลดไข้ (97.4 %) เป็นที่น่าสังเกตว่ายาที่ได้รับจากสถานบริการของรัฐมักใช้ไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด มีการเก็บส่วนหนึ่งไว้เป็นตัวอย่างเพื่อซื้อมาใช้เอง งานวิจัยนี้ได้รายงานสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการใช้จ่ายผิด การติดยา การดื้อยา เนื่องจากการใช้จ่ายอย่างเสรี และพบว่า การรับประทานยาของประชาชนส่วนใหญ่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เช่น ยาที่ต้องรับประทาน “ก่อนอาหาร” รับประทานไม่ถูกต้องร้อยละ 92 ยาที่ต้องรับประทาน “พร้อมอาหาร” มีการรับประทานไม่ถูกต้องร้อยละ 69 ยาลดกรดชนิดเม็ดที่ต้องรับประทานระหว่างมื้อ คือ หลังอาหาร 2 ชั่วโมง มีการใช้โดยไม่คำนึงถึงเวลาที่ต้องรับประทานเวลาใด และรับประทานโดยลืมเคี้ยวร้อยละ 65 และ 45.9 ตามลำดับ สำหรับยาน้ำมีการตวงยาโดยภาชนะที่ผิดมาตรฐาน ทำให้ได้รับยาเกินขนาดหรือน้อยกว่าขนาดที่จะได้ผลในการรักษา ส่วนยาเหน็บซึ่งแม้จะมีผู้ใช้น้อยแต่การใช้ก็ยังมีผิดเทคนิคร้อยละ 46.8

อัศฉนิย์ สิงหลกะ (2524) ได้ศึกษาการใช้จ่ายไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลของราชการหรือรัฐวิสาหกิจและศูนย์บริการสาธารณสุข รวม 12 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง 515 คน พบอัตราการใช้ยาไม่ตามสั่งเฉลี่ยร้อยละ 40.16 โดยพบข้อผิดพลาดในการใช้ยาบ่อย ๆ คือ การใช้ยามิฉะนั้น ใช้ภาชนะตวงยาที่ไม่ได้มาตรฐาน การใช้ยามิฉะนั้น ผิดเวลา การลืมกินยา การหยุดกินยาเอง การใช้ยาไม่หมดแล้วเก็บไว้ใช้อีก การเก็บยาไม่ถูกต้องเหมาะสม การเอายาของตนเองไปให้ผู้อื่นใช้ จึงสรุปได้ว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมในการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

ชนิดา พงศ์สงวนสิน และคณะ (2529) อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ (2527 : 548) ได้สำรวจเกี่ยวกับการรักษาโรคติดเชื้อด้วยตนเองของประชาชน จำนวน 400 คน ในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเลือกวิธีรักษา ความรู้ และความสนใจในการรักษาโรคติดเชื้อ 10 อาการโรค พบว่าในการเลือกวิธีการรักษา ประชากรในระดับการศึกษาประถมศึกษาและผู้ไม่รู้หนังสือเลือกใช้ร้านขายยาโดยไม่มีเภสัชกรให้คำปรึกษาในอัตราสูงสุดคือ ร้อยละ 44.26 ในขณะที่ประชากรระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปเลือกใช้วิธีนี้น้อยกว่าร้อยละ 20 ทุกระดับการศึกษา แต่เลือกใช้บุคลากรทางการแพทย์มากกว่า โดยไปหาแพทย์ร้อยละ 39.5 และขอคำปรึกษาจากเภสัชกรร้อยละ 15.6 ในส่วนการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพร ประชากรในระดับ

ประถมศึกษามีการใช้มากที่สุดคือร้อยละ 11.72 ส่วนประชากรในระดับการศึกษาสูงกว่าใช้เพียงร้อยละ 6.77 เมื่อเปรียบเทียบจากอาการโรคในทุกระดับการศึกษาพบว่า หัวคื่น้ำมูกใส และโรคติดเชื้อที่ผิวหนังเป็นโรคที่มีผู้ใช้บริการร้านขายยาโดยไม่มีเภสัชกรให้คำปรึกษามากกว่าเป็นอันดับหนึ่ง อาการท้องเสียมีผู้ใช้ยาโดยการบอกชื่อยาเองมากเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนอาการโรคนอกจากนี้ประชากรเลือกการไปพบแพทย์มากกว่า และเมื่อศึกษาการใช้ยาต้านเชื้อจุลินทรีย์ด้วยตนเองในกลุ่มประชากรที่เลือกวิธีซื้อยาเอง ซึ่งมีไม่เกินร้อยละ 17.88 พบว่า มีการรู้จักใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ระหว่างร้อยละ 46.21-65.06 โดยที่ประชากรในระดับประถมศึกษารู้จักใช้ยาปฏิชีวนะน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 46.21 และรับประทานยาปฏิชีวนะครบขนาดในอัตราต่ำสุด คือ ร้อยละ 18.26 เท่านั้น

โกศล ฉันทจริยธรรม และคณะ (2530) อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (2537 : 550) ได้ศึกษาเรื่องการรักษาโรคอุจจาระร่วงด้วยตนเองของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสัมภาษณ์ประชากร 426 คน ที่มาซื้อยาจากร้านขายยาที่เภสัชกรเป็นเจ้าของในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ใช้วิธีบ่งชื่อยาสูงสุดคือ ร้อยละ 48.8 รองลงมาใช้วิธีเล่าอาการและรับการจ่ายยา ชื่อยาตามตัวอย่างที่นำมา และชื่อยาตามใบสั่งแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพและรายได้ของผู้ใช้บริการมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ใช้บริการจากร้านขายยา ผู้ใช้บริการที่ใช้วิธีเล่าอาการและรับการจ่ายยาร้อยละ 82.2 ไม่สนใจถามชื่อยาที่ตนได้รับ ซึ่งพบว่าความสนใจนี้มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและรายได้ของผู้ใช้บริการ กรณีที่ผู้ใช้บริการซื้อยาตามตัวอย่างที่นำมาร้อยละ 48.4 ไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีใช้และระยะเวลาในการใช้ยาเหล่านั้น และร้อยละ 93.6 ไม่มีความรู้ข้อควรระวังและค่าเดือนของยาที่ตนนำมาซื้อ กรณีที่ผู้ใช้บริการบ่งชื่อยาพบว่ามีเพียงร้อยละ 20.7 ที่ไม่ทราบวิธีใช้และระยะเวลาในการใช้ยา ส่วนที่ไม่ทราบ ข้อควรระวังและค่าเดือนของยามีถึงร้อยละ 88.5 กรณีที่ไม่มียาที่ตนต้องการผู้ใช้บริการจะเลือกวิธีหาซื้อยาจากร้านอื่นมากที่สุด รองลงมาคือเปลี่ยนยาตามคำแนะนำของเภสัชกร

รุ่งศรี ปรีชาบริสุทธิ์ และคณะ (2531) ศึกษาการใช้ยารักษาโรคเด็กของประชาชนในกลุ่มชุมชนแออัด 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวจำนวน 283 คน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 59.43 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 78.62 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.80 มีอาชีพแม่บ้าน และร้อยละ 54.98 ไม่สนใจความรู้เกี่ยวกับยา เมื่อดูพฤติกรรมการใช้ยาประชากรส่วนใหญ่ใช้ยาตามคำแนะนำที่เคยได้รับจากร้านขายยา (ร้อยละ 48.76) และมีการใช้ยาตามคำแนะนำต่ำสุด (ร้อยละ 42) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาคือ ระดับการศึกษาและความสนใจความรู้เกี่ยวกับยา ส่วนรายได้และอาชีพไม่มีผล

ปรีดา คีสุวรรณ และสมควร รัตนสะอาด (2533) อ้างใน สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ (2537 : 555) ได้ศึกษาการใช้ยารักษาตนเองของประชาชน โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 280 คน เป็นประชาชนจากชุมชนทุกชุมชนในเขตเทศบาลเมืองแพว อำเภอมือง จังหวัดแพว ซึ่งสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม คือ ความรู้เรื่องยาน้อย และปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา

พรพิมล ศักดิ์สูง (2534) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาชุดของชาวบ้าน จังหวัดเชียงราย จำนวน 707 คน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-39 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพเกษตรกร รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ พฤติกรรมการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะซื้อยารับประทานเอง (ร้อยละ 62.09) ไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 13.44) ไปสถานอนามัย (ร้อยละ 12.45) ร้านขายยา (ร้อยละ 25.74) ร้านขายของชำ (ร้อยละ 17.54) ลักษณะยาที่ซื้อกินเป็นยาชนิดเดียว (ร้อยละ 60.82) ยาหลาย ๆ ชนิด แต่แยกของกัน (ร้อยละ 21.21) ยาหลาย ๆ ชนิดอยู่ในซองเดียวกันมีหลาย ๆ เม็ด (ร้อยละ 7.78) โรคหรืออาการที่ใช้ยาชุดส่วนใหญ่ปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 42.99) วิธีการซื้อยาชุด ส่วนใหญ่บอกอาการ รองลงมาบอกชื่อยาชุด และการได้รับความรู้เกี่ยวกับยาชุดส่วนใหญ่จากเพื่อนบ้าน รองลงมาโทรทัศน์และวิทยุ

พิศมัย พัททษวรากร (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ มีเจตคติในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ โดยคิดเป็นร้อยละ 39.82, 50.07 และ 49.97 ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นผู้มีพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ คือ ร้อยละ 49.92

มอร์ และคณะ (Moir et al., 1980 อ้างถึงใน สุมณา ชมพูทวีป, 1991) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านร้อยละ 28 ไม่ได้รับยาใด ๆ เลย ร้อยละ 57 ได้รับยา 1-3 ชนิด อีกร้อยละ 15 ได้รับยา 4 ชนิด หรือมากกว่า ผู้สูงอายุหญิงจะได้รับยารักษามากกว่าผู้สูงอายุชาย และพบว่าปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยาเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบถึงร้อยละ 10-22 ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของยาที่ใช้หลาย ๆ ชนิดพร้อมกัน และที่สำคัญในผู้สูงอายุ ปฏิกิริยาไวต่อยาจะเพิ่มขึ้น และเกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น

เม และคณะ (May et al., 1982) ได้ศึกษาการใช้จ่ายตามใบสั่งแพทย์และการใช้จ่ายโดยไม่มีใบสั่งแพทย์ในผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 3,192 คน พบว่า 1) จำนวนของการใช้จ่ายเพิ่มขึ้นตามอายุ และผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 3.2 ขนาน 2) เพศหญิงมีการใช้จ่ายมากกว่าเพศชาย เฉลี่ยประมาณ 3.5 : 2.8 ขนาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮลลิงค์ และคณะ (Helling D.K. et al., 1987) ที่พบว่าเพศหญิงมีการใช้จ่ายมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะวิตามินและสารบำรุงต่าง ๆ 3) ระยะเวลาในการใช้จ่ายส่วนใหญ่พบว่า เคยใช้จ่ายเป็นเวลานานกว่า 2 ปี มีส่วนน้อยที่เคยใช้น้อยกว่า 1 ปี 4) ความถี่ของการใช้จ่าย ส่วนใหญ่ใช้ทุกวัน ส่วนน้อยใช้เฉพาะที่ต้องการเท่านั้น 5) ข้อบ่งชี้ในการใช้จ่าย 5 อันดับ คือ เพื่อลดความดันโลหิต แก้ปวด แก้ปวดข้อ ยาถ่าย ยาวิตามินรวม และ 6) การใช้จ่ายที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ที่ใช้มาก ได้แก่ แอสไพริน วิตามินรวม วิตามินอี วิตามินรวม และเกลือแร่ วิตามินซี

เอมเบอตร์ (Ebert, N.J., 1989) ได้รายงานว่ามีผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีประมาณร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค อันได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ โรคข้อเสื่อมตามวัย (Degenerative Joint Disease) โรคระบบภูมิคุ้มกันต้านทาน (Autoimmune Disorders) และโรคติดเชื้อ ทำให้มีการใช้จ่ายหลายขนาน โดยเสียค่าใช้จ่ายด้านยาประมาณร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด

เฮลลิงค์ และคณะ (Helling, D.K., et al., 1987 อ้างถึงใน Stoehr, 1995) ได้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีการใช้จ่ายที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ ซึ่งยาที่ใช้กันบ่อยได้แก่ 1) ยาแก้ปวด เช่น แอสไพริน พาราเซตามอล Ibuprofen 2) วิตามินและแร่ธาตุ 3) ยาระบาย 4) ยาแก้ไอ และยาที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ แอสไพริน และพาราเซตามอล ซึ่งผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีการใช้จ่ายแก้ปวดร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เกือบร้อยละ 30 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาจากการใช้ยาระบาย ซูบาร์ (Subar, A.F., and Block, G., 1990 อ้างถึงใน Stoehr, 1995) พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 จะมีการใช้วิตามิน และสารอาหาร (Dietary Supplements) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการใช้วิตามินมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุผิวขาวจะมีการใช้วิตามินมากกว่าผู้สูงอายุผิวดำ โดยให้เหตุผลว่าเพื่อลดอาการเหนื่อยล้าและรู้สึกตัวร่างกายแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม

ต่อมา สโตร์ (Stoehr, 1995) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) เสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาที่มีใบสั่งแพทย์ ประมาณร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายที่ขายตามท้องตลาด (Over-the counter drug = OTC) มากถึงร้อยละ 37 ของยาที่มีขายในท้องตลาดซึ่งมีมากกว่า 300,000 ชนิด และยังพบว่าผู้สูงอายุประมาณ 9 ใน 10 คน จะมี

การใช้ยาอย่างน้อย 1 ชนิดขึ้นไป สโตรว์ยังได้รายงานว่ามีจำนวนยาที่ผู้สูงอายุใช้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับลักษณะสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท (Rural) มีการใช้ยาที่มีใบสั่งแพทย์ เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.7 และ 2.7 ขนาน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง (Urban) มีการใช้ยาที่มีใบสั่งแพทย์ ประมาณ 4 ถึง 5 ขนาน และใช้ยาที่ไม่มีใบสั่งแพทย์ (Nonprescription Medications) ประมาณ 3 ถึง 4 ขนาน และผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ (Long-term Care) จะมีการใช้ยาไม่ต่ำกว่า 7 ขนานพร้อม ๆ กัน การใช้ยาจะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่การใช้ยาจะลดน้อยลงหลังอายุ 80 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุในวัยนี้จะมีชีวิตจากการเจ็บป่วย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง ดังนั้นปัจจัยที่ทำการการศึกษาซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1.1 เพศ ถือเป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกาย

ในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 1991) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างจะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้พฤติกรรมทั้งสองเพศมีความแตกต่างกัน เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาในชั้นสูง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจึงพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติให้ชีวิตตนปลอดภัย ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะเป็นผู้ตาม การปฏิบัติสิ่งใดขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของผู้นำในครอบครัว และไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในด้านการศึกษานัก เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นคาดว่าคงไม่เป็นอะไรมาก จึงไม่ค่อยสนใจหรือขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร บางรายปล่อยให้การดำเนินของโรครุนแรง จนบางครั้งไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้

จากการศึกษาของบอยด์ (Boyd, 1974 อ้างถึงใน อัครณีย์ สิงหลกะ, 2528) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามสั่ง อันเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญหลายอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และสถานะทางสังคม และได้มีผู้ศึกษาไว้อย่างกว้างขวางครอบคลุมปัจจัยหลายประการว่า ปัจจัยทางด้านสังคม สภาพแวดล้อมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (จารุวรรณ ขันติสุวรรณ, 2528) ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะเศรษฐกิจ และความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย โดยพบว่า เพศหญิงมีความเข้าใจในแผนการรักษา มากกว่าเพศชาย แต่มีแนวโน้มจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งได้ดีกว่าเพศชาย

จากรายงานของแบลคเวล (Blackwell, 1973 อ้างถึงใน จารุวรรณ ขันติสุวรรณ, 2528) กล่าวว่า ผู้ป่วยวัยโรคเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีอัตราการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยเพศชายในช่วงอายุเดียวกัน และจากการศึกษาของ พิศมัย พิทักษาวรากร (2536) พบว่า ผู้ป่วยชายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกับผู้ป่วยหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัครณีย์ สิงหลกะ (2528) ที่ได้ทำการศึกษาก่อนเกี่ยวกับการใช้ยาไม่ตามสั่งของผู้ป่วยนอก พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการใช้ยาไม่ตามสั่งไม่แตกต่างกัน

แต่จากการศึกษาของนิสซิเนน (Nissinen, et al., 1987 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมไม่ดีต่อสุขภาพ และมูทเมเนแคมป์และโปรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988 อ้างใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด และพาแลงค์ (Palank, 1991 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ดังนั้นจากงานวิจัยต่างๆ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเพศมีอิทธิพลต่อความสามารถและการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าเพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา

4.1.2 อายุ จะพบว่ามีสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการมองปัญหา การใช้เหตุผลและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิกวาระสูงขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า แต่จากการวิจัยก็พบทั้งสนับสนุนและขัดแย้งแนวความคิดนี้ ได้แก่

จากการศึกษาของบอยด์ (Boyd, 1974 อ้างถึงใน อัครณีย์ สิงทลกะ, 2524) พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ โอกาสที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ตามแผนการรักษา มีมาก และข้อผิดพลาดในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเพราะมีปัญหาซับซ้อนเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ด้วย และอาจเนื่องจากความชรา หลงลืม หรือความเอาใจใส่ต่อสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย พิทักษ์วารากร (2536) คือผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุอื่น ๆ

จากการศึกษาของ นวลชนิษฐ์ ลิมนนวิสัย (2531 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ และคอ จำนวน 100 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 36 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สุด และผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 51 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้อยที่สุด จากการศึกษาของ ยารชิสกี และมาฮอน (Yarchiski and Mahon, 1989 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง จึงเป็นผลให้ไม่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองเท่าใดนัก และจากการศึกษา (อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์, 2531 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตัน พบว่า อายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

4.1.3 ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเรียม เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ส่วนใหญ่บุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhtenkamp & Sayles, 1986 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535)

จากการศึกษาของลาตีโอลิส (Latiolais, 1969 อ้างถึงใน จารุวรรณ ขันดีสุวรรณ, 2528) พบว่า ระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และ พิศมัย พิทักษ์วารากร (2536) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา

ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

จากการศึกษาของรูธ (Ruth, 1973 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาของ จอนณะจาง เฟ็งอาจ (2533 อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาในการศึกษาเป็นตัวแปรตัวเดียวที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้

จากการศึกษาของ พิสมัย พิทักษารากร (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า คือ ระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ดังนั้นจึงมีความเห็นว่า ระดับศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

4.1.4 รายได้ของครอบครัว การศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีรายได้ เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งจะทำให้มีรายได้สูงขึ้น และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีความรู้ที่น้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535) งานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้ ได้แก่

ผลการศึกษาของ ภัทรา จุลวรรณ (2529 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตรานอนที่คืนและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวันโรคในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 อ้างถึงใน กุลชลี ภูมิรินทร์, 2535) พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง และจากการศึกษาของ พิสมัย พิทักษารากร (2536) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า และผู้ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมี

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาดีกว่ากลุ่มอาชีพรับจ้าง นักเรียน นักศึกษา หรือไม่มีอาชีพค้าขาย และเกษตรกรรม

อรุณศรี มงคลชาติ (2535) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพรของประชากรไทย พบว่า ปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์ต่อแบบแผนการใช้บริการรักษาแผนโบราณ ซึ่งหมายรวมถึงยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรของประชาชน ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ 1) ปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษา รายได้ พบว่า ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะเลือกใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพรมากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า 2) เขตที่อยู่อาศัย ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมืองจะเลือกใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเขตชนบท ส่วนเขตชนบทมักพบการใช้สมุนไพรมากกว่าเขตเมือง 3) ระดับอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกใช้การรักษาด้วยใช้สมุนไพรมากกว่ากลุ่มอื่น 4) ภาคที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง มีการใช้ยาแผนโบราณน้อยกว่าภาคอื่น ๆ ของประเทศ 5) อาชีพ พบว่า กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมเลือกใช้ยาแผนโบราณ มากกว่าอาชีพอื่น ๆ 6) เพศ พบว่า เพศหญิงจะใช้ยาแผนโบราณมากกว่าเพศชาย 7) ลักษณะความรุนแรงของโรค พบว่า ถ้าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้ยาแผนโบราณมากกว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเฉียบพลันและรุนแรง และ 8) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยนานเกินกว่า 3 ปีขึ้นไป จะใช้ยาแผนโบราณมากที่สุด

นอกจากนี้ อรุณศรี มงคลชาติ ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการยาแผนโบราณและยาสมุนไพร เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ระยะทางในการเดินทางไปรักษา การเคยใช้ไม่เคยใช้ยาหรือประสบการณ์การรักษา และความพึงพอใจของการบริการ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความสัมพันธ์กับแบบแผนการใช้ยาแผนโบราณและสมุนไพรทั้งสิ้น แต่จากการศึกษาของ สมใจ ยัมวิไล (2531 อ้างถึงใน อรอนงค์ สัมภาษณ์, 2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่า ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุซึ่งเป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างหนึ่ง ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงน่าจะมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุด้วย

4.1.5 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม คำแนะนำและความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ตามรายงานต่างๆ ที่ แบลคเวลล์ (Blackwell, 1972 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536) พบว่า การเป็นโสดจะเป็นเหตุต่อการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า หรือวิลคอกซ์ (Willcox, 1965 อ้างถึงใน เขียวลักษณ์

อ่ำราไฟ, 2538) พบว่า ผู้ชายโสดที่เป็นโรคประสาท มีอยู่ร้อยละ 42 ที่บกพร่องต่อการใช้ยาตามคำแนะนำ เมื่อเทียบกับพวกที่อยู่กับภรรยาจะไม่ใช้ยาตามคำแนะนำเพียงร้อยละ 35

เบคเกอร์ (Backer, 1985 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536) เน้นให้เห็นว่าความร่วมมือของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลที่เขายึดถือ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟลาวเวอร์ส (Flowers, 1987) ที่พบว่าสถานภาพสมรสจะมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหย่าหรือแยก และยิ่งพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยจะสูงมากขึ้น ถ้าคู่สมรสให้ความสนใจเอาใจใส่

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532) ศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสุขมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งการมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันและกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสอื่น ๆ ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะเกิดความรู้สึกเหงา ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร นั้นย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาด้วย

ชวอตร์ และคณะ (Schwartz และคณะ, อ้างถึงใน ปิยวรรณ จันทรสวัสดิ์, 2538) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโสดจะพบข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่เป็นโสดและผู้ที่มีครอบครัวก็ยังใช้ยามิดน้อยกว่าผู้ที่เป็นหม้ายหรือผู้ที่แยกกันอยู่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีครอบครัวจะพยายามรักษาสุขภาพตนเอง เพราะบุคคลในครอบครัวจะคอยทวงโย ดักเตือน ในเรื่องสุขภาพและการใช้ยา ยิ่งหากเป็นหัวหน้าครอบครัวเองแล้วยิ่งรักษาสุขภาพของตนยิ่งขึ้น เพราะรู้ว่าตนเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่น แต่ก็พบว่าหากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสั่งก็ไม่ดีด้วยเช่นกัน ปิยวรรณ จันทรสวัสดิ์ (2538) ศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องสถานภาพสมรสที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาต่างกัน

ดีน (Dean, 1986 อ้างถึงใน นพวรรณ อัครวัฒน์, 2536) ได้อธิบายถึงแบบแผนของแรงสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายของผู้ป่วยจะส่งผลถึงรูปแบบพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายต่ำ หมายถึง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี มีปัญหาหรือวิกฤตในชีวิตมาก เช่น เป็นหม้าย หย่าร้าง อยู่คนเดียว ไม่มีงานทำ ฐานะยากจน มักจะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง ส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงกว่า จนทำให้จำกัดกิจกรรมในชีวิตหรือมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ การดูแลตนเองลดลง จึงอาจเป็นผลให้พฤติกรรมการปฏิบัติตามคำสั่งในการใช้ยาลดลงด้วย

4.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health Perception)

คิง (King 1984 : 24 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528 : 337) ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

แชพลิน (Chaplin cited in Bunting, 1988 : 169 อ้างถึงใน สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539 : 48) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการวินิจฉัยเพราะหสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน

คำว่าสุขภาพแต่ละคนจะให้ความหมายแตกต่างกันไป องค์การอนามัยโลก (WHO, 1987 อ้างถึงใน สุพรรณิ นันทชัย, 2534 : 19) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 20) กล่าวถึงสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือ คนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้

สปีค และสปีค โควาท เพลเลท (Speak, 1987 : 27 ; Speak, Cowart, Pellet, 1989 : 95 อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 : 47) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป ของเขาเหล่านั้น ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม มีการแปลความหมายโดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึงอะไร แมคโดเวลล์และนิวเวลล์ (McDowell, Newell, 1987 : 14-16) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ โดยแพทย์หรืออาจจะวัดได้จากการประเมินตนเองมีสุขภาพอย่างไร (Subjective Health Measurement) การประเมินสุขภาพตนเองของบุคคลอาจประเมินได้จาก 1) ประเมินจากการรายงานความรู้สึกทั่วไปของความผาสุก 2) จากการรายงานอาการแสดงต่างๆของการเจ็บป่วย และ 3) จากการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ และกล่าวว่าการประเมินสุขภาพ

ด้วยตนเองมีความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้โดยแพทย์เพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพโดยแพทย์ (Ferraro, 1980 : 377-393 อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรรชัย, 2535 : 48) ในผู้สูงอายุไทย อารมณ วุฒิพิฤกษ์ และคณะ (2532 : 47) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ประเมินได้โดยคณะผู้วิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้งานวิจัยต่าง ๆ หลายงาน ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยประเมินจากคำถามเพียง 1-3 คำถาม เช่น ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี เป็นต้น (Frank-Stromborg, et al., 1990 : 1159-1168 ; Pender, et. al., 1990 : 326-332 ; Speak, Cowart, Pellet, 1989 : 93-100 ; Ferraro, 1980 : 377-383 ; Melanson, P.M. and Downe-Wamboldt B., 1987 : 29-34 ; Maddox and Donglass, 1973 : 87-93 ; อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรรชัย, 2535 : 48 ; อารมณ วุฒิพิฤกษ์ และคณะ, 2531 ; นกุล ตะบูนพงศ์ และคณะ, 2538 : 199)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี (ขวัญใจ ต้นติวฒนเสถียร, 2534 : 122) เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 64 อ้างถึงใน สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539 : 50) ได้ให้ความเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยบุคคลที่รู้ว่าตนสุขภาพดี ก็จะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รู้ว่าตนสุขภาพไม่ดี นอกจากนี้ สิริอร พัวศิริ (2534 : 8) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้

4.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัย

สูงอายุ

ในการกำหนดว่าวัยใดถึงจะเข้าสู่สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละสังคม เกณฑ์อันดับแรกที่สังคมกำหนดคือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุวัดด้วยปีปฏิทิน เวลาจึงเป็นเครื่องชี้ตัวหนึ่ง แต่จะจำแนกว่าควรเป็นอายุเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับสังคมนั้น ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้วัยสูงอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนในประเทศอินโดนีเซียกำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่

55 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย บรรลุ ศิริพานิช (2530) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามอายุปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน ให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

ดังนั้นการสูงอายุถือเป็นกระบวนการพัฒนาของชีวิต โดยมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวัย ทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กัน และผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันตามปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสูงอายุนั้น มีทั้งปัจจัยที่ไม่มีชีวิตและปัจจัยที่มีชีวิต รวมทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของคน ทำให้คนเกิดความเครียดและแก่เร็ว

4.2.1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ ได้มีผู้ศึกษาไว้มากมายที่จะนำมาสู่แนวคิดเพื่ออธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแก่ ซึ่งมีหลายทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายความสูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายหรือให้คำตอบว่า “ทำไมจึงต้องเป็นผู้สูงอายุ” เพราะแต่ละทฤษฎีต่างก็จะอธิบายไปในลักษณะเฉพาะของแต่ละสาขาของตน ดังนั้นการที่จะใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการเป็นผู้สูงอายุจึงยังไม่ครอบคลุม เพราะฉะนั้นจึงควรพิจารณาหลาย ๆ ทฤษฎีร่วมกัน จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยของ จรัสวรรณ เทียนประภาส (2536) พิษณุภรณ์ มูลศิลป์ (2536) ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537) พอสรุปได้ว่าทฤษฎีสูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 สาขา คือ

1) สาขาชีววิทยา (Biologic Veivs) ทฤษฎีทางชีววิทยาได้พยายามอธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่มีชีวิตจนถึงตาย ว่ามีกระบวนการที่เป็นไปได้ 3 ทาง คือ ความสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างสังคม และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ซึ่งได้แก่ การเสื่อมของอวัยวะและระบบสำคัญๆภายในร่างกาย เช่น ปอด ไต หัวใจตับ ระบบประสาท และระบบย่อยอาหาร และการสูญเสียความสามารถในการต้านทานโรค เนื่องจากไม่มีใครทราบถึงสาเหตุที่ทำให้คนต้องเข้าสู่วัยสูงอายุ ทางหนึ่งที่ทฤษฎีชีววิทยาได้ทำการศึกษาถึงระดับหน้าที่ทางชีววิทยา พบว่า ในทุกระดับของชีววิทยาตั้งแต่เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบอวัยวะ จะต้องมีการเสื่อมและตายเกิดขึ้น ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย

1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Gene Theory) โดยสรุปกลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายถึงสาเหตุของการเป็นผู้สูงอายุว่า เป็นเพราะนิวเคลียสมีการถ่ายทอด DNA (Deoxyribonucleicacid) ที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม จึงทำให้หน้าที่เปลี่ยนไป

2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายว่าเมื่ออวัยวะมีการใช้งานก็ย่อมมีการเสื่อมถอย โดยปกติเซลล์ของมนุษย์จะมีการสร้างเซลล์ใหม่ได้ถึง 50 ครั้ง แล้วเซลล์นั้นก็ จะตายไป โดยที่ก่อนเซลล์นั้นจะตายความสามารถนี้จะค่อยๆ ลดลงเรื่อย ๆ ในเซลล์ของคน ที่มีอายุสูงขึ้น และ 3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ภูมิคุ้มกันกับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะเป็นตัวควบคุมที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ การที่ภูมิคุ้มกันจะทำหน้าที่ได้นานเพียงใดขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลง สำหรับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อทฤษฎีนี้เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างรังไข่-ต่อมใต้สมอง-สมอง (Ovarian-Pituitary-Brain) เมื่อมีความผิดปกติและตายในที่สุด

2) สาขาจิตวิทยา (Psychologic Views) ทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายว่า การเป็นผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในและระหว่างบุคคล โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง มิใช่ปัจจัยอย่างเดียว ทฤษฎีนี้ได้อาศัยรูปแบบการพัฒนาการของ อีริคสัน (Erikson) โดยที่เขากล่าวว่าการเป็นผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปัจจัยแวดล้อม และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่จะผลักดันให้มีบุคลิกแตกต่างกันไป และมนุษย์มีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต (Life Span) 8 ระยะด้วยกัน ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤตในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใด ก็จะส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือ การเป็นผู้สูงอายุด้วย

3) สาขาสังคมวิทยา (Social Views) ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการกับทฤษฎีทางสังคมมีความสัมพันธ์กันเพราะมนุษย์จะต้องมีการพัฒนาในแต่ละบุคคล และสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อกระบวนการปรับตัว ทฤษฎีทางสังคมแบ่งออกดังนี้ 1) ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการค่อย ๆ ถดถอยออกจากสังคมที่ละน้อย การเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้อาศัยหรือเป็นเพียงที่ปรึกษา ทำให้บทบาททางสังคมลดลง ซึ่งจะเป็นผลดีทั้งสองฝ่ายคือ ได้ให้คนหนุ่มสาวที่มีความรู้ ความสามารถ เข้ามาทำหน้าที่ สำหรับผู้สูงอายุเองก็จะได้เตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น และเมื่อการตายของผู้สูงอายุมาถึง ก็จะไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียศูนย์ 2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ และผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้ โดยไม่ตีตัวออกห่างจากสังคม และ 3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความ

สุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมจะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนก็มีความสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

4.2.2 การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ

จากการที่นักวิชาการได้พยายามนำทฤษฎีต่างๆมาอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความสูงอายุ ทำให้มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ เกิดขึ้นหลายทฤษฎี ทั้งทฤษฎีสาขาชีววิทยา สาขาจิตวิทยา และทางสังคม ซึ่งล้วนแต่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เป็นผู้สูงอายุทั้งสิ้น เมื่อเป็นผู้สูงอายุแล้วจะมีการเปลี่ยนแปลง 3 ด้าน คือ

4.2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงสุดท้ายของชีวิต ที่มีลักษณะการพัฒนาก้าวไปทางตรงกันข้ามกับวัยเด็ก คือ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลง ความเสื่อมจะมีมากขึ้นตามลำดับ และจะเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

1) ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้นผิวหนังจะมีรอยเหี่ยวย่น เนื่องจากมีการสูญเสียไขมันใต้ผิวหนัง ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนังจะเริ่มลดลง ทำให้การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิลดลง ผิวหนังจะมีการดึงตัวลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากเส้นใย (Elastic Fiber) มีปริมาณลดลง ผิวหนังผู้สูงอายุจึงแห้งเป็นเกล็ดลอกหลุดและบวมได้ง่าย ถ้ามีบาดแผลจะทำให้แผลหายช้า เพราะมีเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลดลงด้วย

2) สายตา ผู้สูงอายุจะมีสายตาเลวมอง มีการเปลี่ยนเป็นสายตาวาย การปรับสายตามีช้า ทำให้เวียนศีรษะได้ง่าย หากให้ผู้สูงอายุเข้าห้องมืดทันที กว่าสายตาจะเคยชินกับสภาพความมืดก็นาน และสายตามองแยกสีน้ำเงินกับสีเขียวได้ยาก กว่าสีแดงกับสีเหลือง ทำให้มองสีของเม็ดยาผิดปกติกดและมองไม้ขีด นอกจากนี้เนื้อแก้วตาของผู้สูงอายุจะเป็นฝ้า และค่อย ๆ ทึบเข้า เรียกว่าเป็นต้อกระจก ทำให้มองเห็นภาพจางลง ประสาทตาจะเสื่อมลง เลนซ์จะเป็นสีเหลือง จะสูญเสียความยืดหยุ่น ขนาดของรูม่านตาเล็กลงและมีรูปร่างผิดปกติ

3) หู เนื้อเยื่อของประสาทในหูเสื่อม การได้ยินเสียงจะลดลง เนื่องจากความแข็งตัวของเส้นเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังประสาทการได้ยินลดลง ทำให้หูตึง ต้องพูดเสียงดัง ๆ จึงจะได้ยิน สิ่งที่แปลกไปคือถ้าเสียงต่ำ ๆ จะได้ยินชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง เวลาพูดกระซิบจึงได้ยินดีกว่าเสียงพูดธรรมดา

4) กล้ามเนื้อ เซลล์ก็เสื่อมสลายไป กล้ามเนื้อจะเหี่ยวเล็กลง มีเยื่อพังผืดเกิดขึ้นมาแทน กล้ามเนื้อจึงอ่อนกำลังลงทำให้เชื่องช้า ทำงานหรือออกแรงมากไม่ได้ จะอ่อนเพลียเมื่อยล้าได้เร็ว และการทรงตัวไม่ดี

5) กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกมีความเปราะบาง และหักง่าย โดยเฉพาะผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน จะสูญเสียแคลเซียม ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูก ทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน ทำให้กระดูกส่วนข้อมือหรือหัวของกระดูกต้นขา ตรงข้อต่อที่ตะโพกหักได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการเสื่อมของข้อต่อกระดูกต่าง ๆ โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง ทำให้โครงร่างจะเล็กและสั้นลง โค้งงุ้ม ทำให้เกิดหลังโก่ง กระดูกงอกตามข้อใหญ่ ๆ เกิดข้ออักเสบ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวติดขัดไม่คล่องตัว มีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ เช่น ข้อเท้า

6) ปากและฟัน ฟันจะมีการเปลี่ยนแปลงและหลุดไปเมื่อฟันไม่ดี เนื้อเยื่อในปากก็มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย คือ เยื่อบุในปากจะฝ่อลง ต่อมน้ำลายก็จะมีน้ำลายออกมาน้อย ทำให้ปากแห้ง และการย่อยไม่ดี เนื่องจากปริมาณของไทมลิน (Ptylin) ในน้ำลายก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (Bayless, 1979 อ้างถึงใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2527 : 160) ผลก็คือความสามารถในการดูดซึมของยาจากบริเวณเยื่อเมือกของปากจะลดลง และจากการที่มีน้ำลายออกมาน้อยทำให้น้ำลายไม่ได้ชะล้างไหลผ่านตามซอกฟัน จึงทำให้ฟันผุง่าย (กรมการแพทย์, 2526 : 24)

7) ระบบทางเดินอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อของระบบทางเดินอาหาร และมีการลดการกระตุ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติ การบีบตัวของทางเดินอาหารจะช้าลง ตั้งแต่หลอดอาหารถึงลำไส้ใหญ่ ยาเม็ดที่รับประทานจะผ่านจากปาก ผ่านจากหลอดอาหารไปได้ช้า ๆ เนื่องจากความบกพร่องของการกลืน การหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดของหลอดอาหารส่วนล่าง การขยายตัวของหลอดอาหารช้าลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีผลรบกวนการผ่านของเม็ดยาเข้าสู่กระเพาะอาหาร มีรายงานยาเม็ดอาจค้างอยู่ในหลอดอาหารได้นานถึง 10 นาที (Evans and Roberts, 1976 อ้างถึงใน วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2527 : 161) ดังนั้นผู้สูงอายุรับประทานยาเม็ดหรือแคปซูล ต้องให้ดื่มน้ำให้มากพอ และเม็ดยาหรือแคปซูลจะต้องไม่ใหญ่จนเกินไป จากการบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง ทำให้มีอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดยาวนาน กระเพาะอาหารก็มีการหลั่งน้ำย่อยลดลง ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปได้ช้า การดูดซึมลดลง ทำให้ขาดสารอาหารได้ง่าย และจากการที่ระบบย่อยอาหารไม่ปกติ ประกอบกับการทำกิจกรรมลดลงจึงพบปัญหาการขับถ่ายของผู้สูงอายุ คือ ท้องผูก

8) ระบบประสาท เมื่ออายุมากขึ้นสมองจะมีการลดขนาดและน้ำหนักลง และมีการลดการทำงานของประสาทด้วย การเคลื่อนไหว การตัดสินใจ การตอบสนองที่อยู่ใต้อำนาจจิตใจจะลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อ และข้อเสียไป การทรงตัวจะไม่ดี มีการสั้นตามร่างกาย เป็นเพราะการตอบสนองของประสาทสัมผัสที่ช่วยในการทรงตัว ติดต่อดูสาร และเกี่ยวกับการควบคุมท่าต่าง ๆ ของร่างกายลดลง จึงทำให้ขาดการประสานงานกันในการเคลื่อนไหว เพิ่มการแกว่งและสั่นในผู้สูงอายุ และด้วย

เหตุที่ตัวกระตุ้นที่ส่งไปยังประสาทส่วนกลาง ต้องใช้เวลาในการเดินทาง การแปลผล และการส่งข่าวนานกว่าปกติ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า การเปลี่ยนแปลงท่าทางในทันทีทันใด ก็จะทำให้เกิดการเสียความสมดุลของร่างกายได้ง่าย

9) ระบบหลอดเลือดหัวใจ หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงได้ชัด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการเพิ่มปริมาณของคอลลาเจนและไขมัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หัวใจของผู้สูงอายุทำหน้าที่ได้ลดลง การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้น้อยลง ซึ่งจะมีผลกระทบต่ออวัยวะที่สำคัญ คือ สมอง หัวใจจะเต้นผิดปกติ และความเร็วในการเต้นลดลง ในหลอดเลือดแดงจะมีการจับกลุ่มก้อนของสารต่างๆ เช่น ไขมัน เพลทเลท และธროมบีน ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระตีบแคบลง ความยืดหยุ่นเสียไปหรือบางครั้งเกิดการอุดตัน เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและเสี่ยงต่อหัวใจวาย เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ

10) ระบบหายใจ มีการเสื่อมและฝ่อลีบของเซลล์เยื่อหุ้มและเซลล์เนื้อเยื่อในระบบทางเดินหายใจ การหายใจจะช้าลง การถ่ายเทอากาศจะลดประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนอากาศ เนื้อเยื่อปอดจะขาดความยืดหยุ่น ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีการบวมไดออกไซด์ค้างภายใน ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ต้องหายใจทางปากช่วยทำให้ปากแห้งตามมา นอกจากนี้ยังมีภาวะติดเชื้อง่ายและรุนแรง เช่น เกิดโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง ถุงลมปอดโป่งพอง

11) ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ไตมีหน้าที่เสื่อมไปขับของเสียได้น้อยลง ผู้สูงอายุมักจะถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานมีการเสื่อมสภาพลง ผู้ชายบางรายจะถ่ายปัสสาวะขัดเนื่องจากต่อมลูกหมากโต ในผู้หญิงอาจกลั้นปัสสาวะไม่ได้เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุตามมา

4.2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมคือ ผู้สูงอายุจะรู้สึกหงุดหงิด เป็นทุกข์ เป็นกังวล เมื่อสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยที่จะให้ประกอบกิจวัตรประจำวันหรือแสดงบทบาทดังที่เคยปฏิบัติมาก่อน และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การละเลย การทอดทิ้ง จากลูกหลานและบุคคลใกล้ชิดจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางจิตใจ ด้วยเหตุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางเสื่อมโทรม ทำให้มีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของ

ผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้มีมโนทัศน์ต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงาได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น และพบกับการพลัดพรากจากบุคคลที่รักมากขึ้น เช่น การตายของคู่ครอง เพื่อนสนิท และมองชีวิตในอนาคตไปในทางลบได้ บางคนจะรู้สึกท้อแท้ น้อยใจว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตน

4.2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ทำให้มีการเปลี่ยนสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุก็จะลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าสูญเสียความนับถือตนเอง จากที่เคยได้รับการยอมรับและยกย่องในสมัยที่ตนเคยทำงาน เมื่อหยุดหรือเลิกทำงานจึงรู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจ ความเคารพนับถือ ความมีคุณค่าในตนเองในด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวก็จะลดน้อยลง เนื่องจากบุตรต่างแยกครอบครัวออกไป การติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูงก็ลดลง เพื่อนสนิท คู่ชีวิตก็เสียชีวิตไปก่อน การมีค่านิยม วัฒนธรรมใหม่ ๆ แพร่เข้ามา ทำให้ผู้สูงอายุกับผู้เยาว์กว่า มีความสัมพันธ์ห่างกันมากขึ้น ขาดความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้น การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุ มักเป็นไปในทางลบ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนสถานภาพทางสังคม จากผู้ที่เคยให้ผู้อื่นพึ่งพิงมาเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น ละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกผู้อยู่อาศัยของครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ดี จึงน่าจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองลดลง และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมด้วย

4.3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

ความหมายของยา มีความหมายตามความคิดเห็นของบุคคลได้แตกต่างกัน ตามพระราชบัญญัติยาฉบับสมบูรณ์ พ.ศ.2510 (คณะกรรมการอาหารและยา, 2537) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่ายา ดังต่อไปนี้ ยาหมายความว่า 1) วัตถุที่รองรับไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ 2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวิเคราะห์ บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค และ 3) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแห่งสุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใด ๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

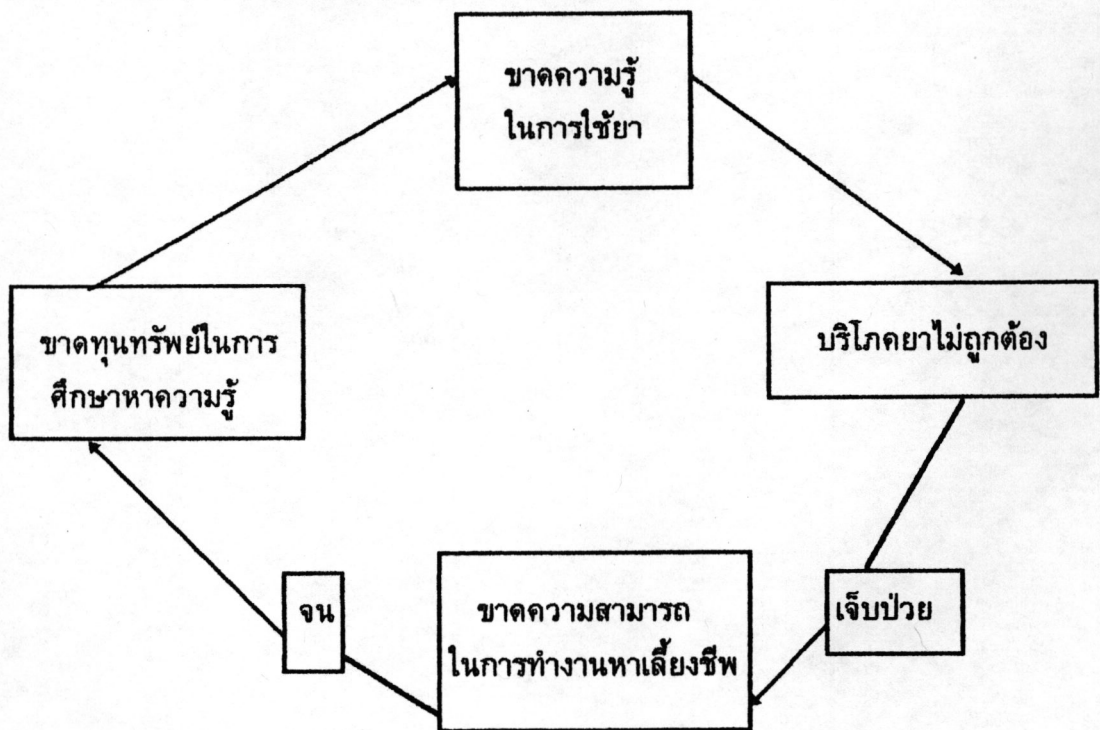
วัตถุตามข้อ 1 หรือข้อ 2 ไม่รวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา เครื่องสำอาง เครื่องมือที่ใช้ในการประกอบโรคศิลปะ และส่วนประกอบของเครื่องมือที่ใช้ในการนั้น

กำพล ศรีวัฒนกุล และจุฑามณี จารุจินดา (2532) กล่าวว่า ยาหมายถึง สารเคมีซึ่งออกฤทธิ์ต่อสิ่งมีชีวิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายในแง่ที่จะทำให้การทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ ขบวนการที่ทำให้เกิดโรค ยาจะถูกนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรค

จันทนา รัตนฤทธิ์วิชัย (2536) กล่าวว่า ยา หมายถึง สารเคมี ซึ่งออกฤทธิ์ ต่อสิ่งมีชีวิตโดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหรือพยาธิวิทยา เพื่อนำประโยชน์มา ใช้ในการป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาโรค

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ให้คำจำกัดความของยาว่าหมายถึง ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนโบราณ และยาสมุนไพร สำหรับใช้ในการบำรุงสุขภาพหรือป้องกันความเจ็บป่วยของ บุคคล บรรเทาอาการและบำบัดโรค โดยไม่รวมถึงสิ่งที่ใช้เป็นอาหาร เครื่องกีฬา และ เครื่องสำอาง

ในปัจจุบันพบว่า คนไทยใช้ยาไม่ถูกต้องหลายด้าน เช่น ใช้ด้วยความ เข้าใจผิด ใช้พร่ำเพรื่อเกินความจำเป็น ใช้ยาไม่ถูกต้องกับโรค ใช้ยาโดยไม่ทราบว่าเป็นยา อะไรแน่ (เช่น การใช้ยาชุด) สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญทำให้คนไทยเป็นโรคที่เกิดจากพิษ ของยา เช่น โรคโลหิตจางชนิดรักษาไม่หาย โรคตับ โรคไต เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เกิดเนื่องมาจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับยาที่ใช้ทำให้คนไทยส่วนใหญ่ต้องวนเวียนอยู่ในวงจรของ ความยากจน ผู้วิจัยจะแสดงเป็นแผนภาพให้ชัดเจนดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงวงจรของความยากจน

โดยเหตุที่รัฐยังไม่สามารถกระจายบริการทางการแพทย์ให้แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงหรือให้บริการได้ในราคาที่เหมาะกับรายได้ของคนส่วนใหญ่ ทำให้ทุกคนต้องช่วยเหลือตนเองเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนจะต้องขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับยาด้วยตัวเอง เพื่อนำมาใช้รักษาตนหรือบุคคลใกล้เคียงเมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ให้สามารถเลือกใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาด และวิธีใช้ รวมทั้งมีความรู้เรื่องฤทธิ์ข้างเคียง และฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาที่จะใช้อย่างละเอียด ทำให้พ้นจากการได้รับโทษหรือพิษภัยของยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ซึ่งจะเป็นการป้องกันมิให้เกิดโรคซ้ำซ้อน ทำให้สามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ด้วยเหตุต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าถ้าเรามีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาที่จำเป็นต่อใช้แล้ว จะทำให้การใช้ยาเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพ ผู้ใช้จะเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ไม่ตกอยู่ในวงจรแห่งความยากจน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาประเทศเป็นไปไ้รวดเร็วยิ่งขึ้นด้วย

4.3.1 หลักการใช้ยาที่ถูกต้อง

4.3.3.1 ใช้ยาให้ถูกขนาน คือ ใช้ยาให้ตรงกับโรคที่เป็น การที่จะเลือกใช้ยาตัวใดนั้น ควรให้เป็นหน้าที่ของผู้รู้ คือ แพทย์ และเภสัชกร ไม่ควรซื้อยาตามคำบอกเล่าหรือตามคำโฆษณาชวนเชื่อ เพราะการใช้ยามิฉะนั้นนอกจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยจะไม่หายแล้ว ยังอาจเกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อเป็นหวัดมีน้ำมูก ปวดศีรษะ ก็ต้องกินยาลดน้ำมูกและยาแก้ปวด เป็นต้น

4.3.1.2 ใช้ให้ถูกบุคคล ดูว่ายาชนิดใดใช้กับเพศใด วัยขนาดไหน เนื่องจากผลจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา กล่าวคือ คนชราหรือวัยต่าง ๆ กำลังเสื่อมสภาพไป จะไม่นำเอายาของอีกคนหนึ่งไปให้อีกคนหนึ่งใช้ ถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันก็ตาม การจะนำยาผู้ใหญ่มาให้คนชราใช้ ก็อาจจะทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาดได้ ทั้งนี้เพราะความแรงของยาไม่ได้ขนาดกับผู้ใช้ และอาจจะไม่ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ด้วย

4.3.1.3 ใช้ให้ถูกเวลา หมายถึง ช่วงระยะเวลาในการรับประทานยาหรือการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายด้วยวิธีอื่น ๆ (เช่น หยอด เหน็บ ทา ฉีด) เพื่อให้ปริมาณยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษจากยามากเกินไป และยาไม่น้อยเกินไปจนไม่สามารถรักษาโรคได้ กล่าวคือ ยาที่กำหนดให้รับประทาน “หลังอาหาร” ต้องรับประทานหลังรับประทานอาหาร 15-30 นาที เพื่อให้ยาถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดร่วมกับอาหารในลำไส้เล็ก ยาที่กำหนดให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ต้องรับประทานก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง ถ้าลืมรับประทานยาในช่วงดังกล่าว ก็ให้รับประทานเมื่ออาหารมีอยู่นั้นผ่านไปแล้วยังน้อย 2 ชั่วโมง เพราะจะถูกดูดซึมได้ดีขณะที่ท้องว่าง เช่น ยาปฏิชีวนะ

จำพวกเพนนิซิลิน ส่วนยาที่กำหนดให้รับประทาน “ก่อนนอน” ก็ให้รับประทานยาหลังอาหารมื้อเย็นเสร็จแล้วไม่ต่ำกว่า 4 ชั่วโมง ก่อนที่จะเข้านอน

4.3.1.4 ใช้ให้ถูกวิธี เนื่องจากการบริหารยาเข้าสู่ร่างกายนั้นมีหลายวิธี เช่น การกิน การฉีด การทา การหยอด การป้าย การเหน็บ ซึ่งการใช้วิธีใดนั้น ก็ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาดังนั้น ๆ สภาพของร่างกาย บริเวณที่ต้องการให้ยาไปออกฤทธิ์ เป็นต้น ฉะนั้นก่อนใช้ยาจะต้องอ่านฉลากและดูให้ดีว่า จุดประสงค์ของยานั้นให้ใช้วิธีใด ไม่ใช่เอายาไปรับประทานไปเหน็บ ซึ่งจะทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผล จึงได้แบ่งลักษณะยาที่ใช้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

ก. ยาใช้ภายนอก ได้แก่ ครีม ซีผึ้ง ยาผง ยาเหน็บ ยาน้ำ เยล ยาสวน ซึ่งมีวิธีการใช้ที่ถูกต้อง คือ 1) ใช้ทา ให้ทาบาง ๆ เฉพาะบริเวณที่เป็น 2) ใช้ถูวนวด ให้ทาและถูบริเวณที่ทาด้วย 3) ใช้โรย ก่อนอื่นบริเวณที่จะโรยควรทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งเสียก่อน ไม่ควรที่จะโรยแผลสดหรือแผลที่มีน้ำเหลือง เพราะผงยาจะจับเกาะกันแข็งปิดแผล เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคอยู่ภายในแผลได้ 4) ใช้หยอด ได้แก่ ยาหยอดตา ใช้หลอดหยอดของยาที่ให้มาโดยเฉพาะ เวลาหยอดต้องไม่ให้หลอดหยอดสัมผัสกับตา หงายหน้าขึ้น ใช้มือสะอาดค้ำหนังตาล่างออกเป็นกระเปาะหยอดยาลงไปตามจำนวนหยดที่กำหนดไว้ในฉลาก โดยหยดบริเวณกลางหรือหางตา เพราะหากหยดตรงหัวตา น้ำยาหยอดตาจะไหลลงสู่คอทำให้ขมคอ เมื่อหยอดตาแล้วให้ปิดตา ใช้นิ้วมือกดหัวตาเบา ๆ เพื่อกันไม่ให้ยาไหลออก (ยาหยอดตาเมื่อเปิดใช้แล้ว ไม่ควรเก็บไว้ใช้นานเกิน 1 เดือน และไม่ควรใช้ปะปนร่วมกันหลายคน) และยาหยอดหู ใช้หลอดหยอดเฉพาะและอย่าให้สัมผัสกับร่างกายเช่นกัน ยาหยอดหรือพ่นจมูก ให้นอนหงายบนเตียง ใช้หมอนหนุนคอให้หงายหน้าออกเล็กน้อย พ่นหรือหยอดยาที่ละข้าง เมื่อหยอดข้างหนึ่งก็ให้เอียงหน้าไปมาซ้ายขวา เพื่อให้ยาแพร่ไปทั่วช่องจมูกแล้วจึงหยอดอีกข้าง เมื่อหยอดเสร็จให้นอนนิ่ง ๆ 5 นาที 5) ใช้เหน็บ ยาเม็ดเหน็บทวารหนักหรือช่องคลอด มักเป็นแท่งคล้ายซีผึ้ง ต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่ไม่ใช่ช่องแช่แข็ง เวลาจะใช้ให้แกะที่หุ้มออก แล้วจุ่มน้ำพอลิ้น ก่อนสอดให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ 6) ใช้ป้าย ถ้าเป็นซีผึ้ง เช่น ซีผึ้งป้ายตา เมื่อป้ายแล้วให้ปิดเปลือกตา ใช้นิ้วสะอาดค้ำหนังตาเบา ๆ ถ้าเป็นยาป้ายลิ้นให้ใช้สำลีชุบยาเช็ดบริเวณที่ต้องการ

ข. ยาใช้ภายใน ได้แก่ 1) ยาเม็ด แบ่งตามลักษณะการใช้คือ เคี้ยวก่อนรับประทาน เช่น ยาลดกรดชนิดเม็ด ห้ามเคี้ยวให้กลืนลงไปเลย เช่น ยาชนิดที่เคลือบน้ำตาล มักมีลักษณะผิวเรียบกลมและชนิดที่เคลือบด้วยฟิล์มบาง ๆ จับจะรู้สึกลิ้นผิวเป็นมันมากกว่ายาเม็ดธรรมดา ไข่ม้วนไว้ในปาก เช่น ยาอมฆ่าเชื้อในลำคอ ยาอมแก้เจ็บคอ และยาอมไว้ใต้ลิ้น ห้ามเคี้ยวหรือกลืนโดยเด็ดขาด เช่น ยาในโตรกกลีเซอริน ซึ่งใช้รักษาในคนไข้ที่มีเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ 2) ยาแคปซูล ห้ามเคี้ยวให้กลืนลงไปเลยทั้งชนิดแคปซูลอ่อนซึ่งหุ้มของเหลวไว้ ตัวอย่างเช่น น้ำมันตับปลา ชนิดแคปซูลแข็งที่ประกอบด้วย

ปลูก 2 ข้างสวมกัน ภายในบรรจุยาไว้ 3) ยาผงมีหลายชนิด ได้แก่ ชนิดดวงใส่ซ้อน รับประทานแล้วดื่มน้ำตาม เช่น ยาผงชนิดของ ชนิดดวงมาละลายน้ำก่อน ต้องดื่มน้ำยานั้น ให้หมด เช่น ยาลดกรดชนิดฟองฟู ยาผงต้องละลายน้ำในขวดให้ได้ปริมาตรที่กำหนดไว้ ก่อนที่จะใช้ โดยน้ำที่ใช้ผสมต้องเป็นน้ำที่ต้มสุกทิ้งไว้ให้เย็นแล้ว นอกจากนี้ยังควรใช้ให้หมด ใน 7 วัน หลังจากผสมน้ำแล้วและต้องเก็บไว้ในตู้เย็นที่ไม่ใช่ช่องแช่แข็งหรือเก็บในกระติก น้ำแข็งก็ได้ 4) ยาน้ำใส ได้แก่ ยาน้ำเชื่อมต้องเขย่าขวดก่อนใช้ ถ้าเกิดผลึกขึ้น และเขย่า แล้วไม่กลับละลายก็ไม่ควรที่จะใช้อีก ทิงเจอร์มีทั้งชนิดที่ใช้ภายใน ได้แก่ ทิงเจอร์ ผื่นการบูรแก้ปวดท้อง และชนิดใช้ภายนอก ได้แก่ ทิงเจอร์ไอโอดีนควรเขย่าขวดก่อนใช้ทั้ง 2 ชนิด และปิดฝาให้แน่นสนิททุกครั้งหลังจากใช้ทันที ถ้ามีตะกอนเกิดขึ้นหรือขุ่นผิดปกติไปจากเดิม ก็ไม่ควรใช้ต่อไป 5) ยาน้ำแขวนตะกอน (Suspension) เช่น ยาลดกรดต้องเขย่าขวด ให้ ผงยาที่ตกตะกอนนั้น กลับกระจายใหม่จนเป็นเนื้อเดียวกันแล้วจึงรินมาใช้ ถ้าเขย่าแล้ว ตะกอนยังไม่ยอมกระจายตัวแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพให้ทิ้งไปได้ 6) ยาน้ำแขวนละออง (Emulsion) ยาอาจจะแยกออกให้เห็นเป็นของเหลว 2 ชั้น ให้เขย่าจนของเหลวเป็นชั้น เดียวกันก่อนจึงรินมาใช้ ถ้าเขย่าแล้วของเหลวไม่ยอมรวมตัวกัน แสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพให้ ทิ้งได้

4.3.1.5 ใช้ให้ถูกขนาด เพราะยาที่ใช้สำหรับรักษาโรค จะต้องไม่มาก หรือน้อยเกินไป ต้องให้มีขนาดพอดีตามแพทย์สั่งไว้ จึงจะได้ผลดีในการรักษาโรค เช่น ถ้าสั่ง ให้กินครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง ก็ควรกินยา 1 เม็ด ไม่ควรเป็น 2 เม็ด หรือเพิ่มเป็นวันละ 4 ครั้ง เพราะขนาดที่ใช้เป็นขนาดที่ถูกต้อง ได้ผ่านการทดลองทั้งในห้องปฏิบัติการและใน คนมาแล้วว่า ขนาดยาที่ใช้สามารถรักษาโรคให้หายได้ ถ้ากินยาในขนาดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ เกิดอาการพิษของยาเพิ่มขึ้นอีก จนอาจเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ แต่ถ้าใช้ยาแล้วไม่ได้ผล ควรปรึกษาแพทย์ แพทย์อาจสั่งเพิ่มขนาดยาขึ้น แต่โดยมากแพทย์มักจะสั่งเปลี่ยนยา ชนิดใหม่ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยคือต่อยานั้นหรือใช้ยานั้นไม่ได้ผล โปรดจำไว้ว่าแม้ว่าผู้ป่วย 2 ราย จะเป็นโรคเดียวกัน แต่การรักษาอาจได้ยากละชนิดหรือได้รับยาในขนาดที่ต่างกัน ก็เป็นไปได้ โดยเฉพาะเด็ก ผู้ใหญ่ และคนชรา จะมีขนาดใช้ยาที่ต่างกัน

นอกจากนี้ยาน้ำควรรับประทานให้ได้ขนาดตามที่แพทย์สั่ง จริง ๆ เพราะการดวงโดยประมาณหรือการใช้ซ้อนดวงที่ไม่ได้มาตรฐาน จะทำให้ได้รับยา น้อยไป ซึ่งถ้าได้ยาน้อยเกินไปฤทธิ์ก็จะไม่เพียงพอสำหรับการรักษาโรคหรือถ้ามากเกินไป ก็อาจเกิดฤทธิ์สะสมของยาเกิดพิษได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของ กระบวนการที่เกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์ อันประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงการดูดซึมยา การกระจายยา การเมตาบอลิซึม และการขจัดยาออกจากร่างกาย จึงอาจทำให้เกิดอันตรายต่อ ร่างกายได้มาก หากเป็นยาเม็ดถ้าแพทย์สั่งให้รับประทานครั้งละครั้งเม็ดก็ให้ตัดยาออกตาม

รอยบาก ซึ่งมักจะมีไว้ในตัวเม็ดยาเองแล้ว หากเป็นยาน้ำควรใช้ช้อนตวงยามาตรฐานซึ่งมีมาให้ พร้อมกับยาหรือถ้วยตวงยามาตรฐาน แต่ถ้าหาไม่ได้อาจใช้ช้อนที่มีในครัวก็ได้โดยปรับปริมาตรดังนี้

1 ช้อนโต๊ะมาตรฐาน	=	15 ซีซี
1 ช้อนชามาตรฐาน	=	5 ซีซี
1 ช้อนโต๊ะมาตรฐาน	=	2 ช้อนกินข้าว
1 ช้อนโต๊ะ	=	3 ช้อนชา
1 ช้อนโต๊ะ	=	ช้อนสังกะสีหรือกินข้าวทั่วไป 2 ช้อน
1 ช้อนโต๊ะ	=	ช้อนกาแฟ (อลูมิเนียม) 2 ช้อน

หมายเหตุ ช้อนมาตรฐาน หมายถึง ช้อนที่บอกไว้ที่ฉลากยา
ช้อนกินข้าว หมายถึง ช้อนส้อม

4.3.2 ข้อสังเกตว่ายาใดเป็นยาเสื่อมคุณภาพและยาหมดอายุ

ยาเสื่อมคุณภาพ เป็นยาที่เปลี่ยนสภาพออกไปทำให้คุณภาพในการรักษาไม่ได้ผล จนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ การเปลี่ยนสภาพของยานี้อาจเปลี่ยนแปลงเฉพาะลักษณะภายนอก ซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้ชัดหรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของตัวยาเองที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หากทราบว่ามียาเสื่อมคุณภาพดังกล่าวไม่ควรใช้ยานั้นโดยเด็ดขาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้ ตัวอย่างสภาพยาเสื่อมคุณภาพที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ ยาน้ำถ้าเปลี่ยนสี กลิ่น รส หรือมีตะกอนผิดปกติจากเดิม ยาน้ำแขวนตะกอนหรือพวกอิมัลชันที่เขย่าแล้วไม่เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน ยาหยอดตาที่มีลักษณะขุ่นหรือตกตะกอนของตัวยา ยาเม็ดถ้าเย็บละลายเม็ดแตก ชื้น บิ่น แตก หรือสีเคลือบเปลี่ยนไปมีผลึกเกิดขึ้น ยาแคปซูล ถ้าแตกออก บวม หรือชื้น หรือสีของผงยาที่อยู่ภายในแคปซูลเปลี่ยนไปหรือสีเข้มขึ้น เช่น ยาเตตราไซคลินที่ปกติผงสีเหลืองนวล แต่เมื่อเสื่อมคุณภาพสีจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือสีดำ ซึ่งรับประทานเข้าไปแล้วจะเกิดอันตรายต่อไตได้

ยาที่หมดอายุการใช้แล้ว ถ้ามิได้กำหนดชัดเจนลงไปถึงอายุของยาบนฉลากหรือขวดยานั้น โดยทั่วไปแล้วจะไม่เก็บไว้ใช้เกิน 5 ปี ตามกฎหมายผู้ผลิตต้องระบุวัน เดือน ปี ที่ผลิตยาทุกชนิดไว้ที่ข้างกล่องยาและยาตัวใดที่กฎหมายกำหนดให้ระบุวันที่หมดอายุ ก็ต้องระบุไว้ที่ข้างกล่องยาหรือที่ฉลาก ซึ่งได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ซึ่งชาวบ้านเรียกกันว่า ยาแก้อักเสบ ยาจำพวกวัคซีนและเซรุ่ม การระบุวันที่ผลิตยา หากระบุเป็นภาษาอังกฤษโดยมากจะใช้คำย่อว่า Mfg. date หรือ Mfg. ซึ่งย่อมาจาก Manufacturing date เช่น Mfg. 16-8-1987 หมายถึง ยานี้ผลิตเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2530 Mfg. 8-1987 หมายถึง ยานี้ผลิตเมื่อเดือนสิงหาคม 2530

วันหมดอายุ หากระบุเป็นภาษาอังกฤษ จะใช้คำว่า Exp. date หรือ Exp. ซึ่งย่อมาจาก Expiry date หรือ Expiration date หรือบางครั้งอาจใช้คำว่า Use before.... แล้วตามด้วยวันที่ยาหมดอายุ เช่น Exp. date 12/87 หมายถึง ยานี้หมดอายุการใช้ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2530 แต่ทั้งนี้ยาอาจเสื่อมคุณภาพก่อนกำหนดได้ถ้าการเก็บรักษานั้นไม่ดี เช่น ถูกความชื้นและแสงแดด ความร้อน อากาศ เป็นต้น ดังนั้นไม่ควรเก็บยาที่เหลือใช้จากคราวก่อนไว้เลย เพราะเป็นยาพิษเวลาใช้ ๑ นี้เอง และเมื่อใช้ยาแล้วเกิดอาการแพ้ยา คือเป็นผื่นขึ้นตามผิวหนังหรือคลื่นไส้ อาเจียนให้หยุดยาแล้วไปพบแพทย์

4.3.3 การแพ้ยา

การแพ้ยา สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2523) และพูนทรัพย์ ไสภารัตน์ (2530) ได้กล่าวไว้พอสรุปได้ดังนี้

การแพ้ยา หมายถึง การที่ร่างกายมีปฏิกิริยาต่อยาที่ร่างกายได้รับ ผิดไปจากธรรมดา กล่าวคือ ผิดจากปฏิกิริยาของร่างกายผู้อื่นส่วนใหญ่ที่มีต่อสารนั้น เมื่อร่างกายได้รับยาหรือสารเคมีที่มีสูตรคล้ายคลึงกันกับยาเข้าไปจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันที่เรียกว่าแอนติบอดีขึ้น และเมื่อร่างกายได้รับยาดังกล่าวต่อไปจะกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารบางชนิด เช่น ฮีสตามีน ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดอาการแพ้ขึ้น อาการแพ้ยา มีตั้งแต่อาการเล็กน้อย เช่น ผื่นคัน บวม หรือเป็นมากจนมีอาการหลอดลมตีบ เส้นเลือดขยายมาก ซึ่งอาจทำอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การแพ้ยานี้ อาจจะไม่ขึ้นกับขนาดของยาที่ได้รับ อาการแพ้ อาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือทิ้งช่วงไว้สักพักจึงเกิดอาการขึ้นก็ได้ เมื่อเกิดอาการแพ้ยาขึ้น ถ้าเป็นเล็กน้อยให้หยุดยาทันที ถ้าเป็นมากให้รีบส่งโรงพยาบาลเพื่อจะได้รับการรักษาอาการแพ้ที่เกิดขึ้น

4.3.4 อันตรายจากการใช้ยาชุด

ยาชุดประกอบด้วยยาหลายชนิดที่จัดรวมกัน โดยรูปแบบและสีของเม็ดยาด่าง ๆ กัน ตั้งแต่ 3-5 เม็ด กินครั้งละ 1 ชุด ในแต่ละคราวเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นยาครอบอาการแต่ไม่ใช่ยารักษาโรค มีชื่อแตกต่างกัน เช่น ยาชุดแก้ไข้หวัด ยาชุดกระสายเส้น ฯลฯ ชื่อที่ตั้งไว้เพื่อเรียกร้องความสนใจ อันตรายจากยาชุดมีมากมาย (สำนักอนามัย, 2536) พอสรุปได้ดังนี้

4.3.4.1 ทำให้ได้รับยาเกินความจำเป็นและอาจเกินขนาด ทำให้เป็นพิษต่อร่างกายได้ เนื่องจากยาชุดมีตัวยาหลาย ๆ อย่างรวมกัน นอกจากนี้ยังอาจมียาเสื่อมคุณภาพ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษา

4.3.4.2 ยาชุดมักมียาสเตียรอยด์ เช่น เพร็ดนิโซโลน เดกซา-เมธาโซน ซึ่งต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์เท่านั้น หากใช้ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดอันตราย เช่น ทำให้เกิดอาการบวมหน้า ความดันโลหิตสูง หัวใจทำงานหนัก ทำให้กระดูกพรุน เปราะ

หักง่าย กระเพาะอาหารเป็นแผลเลือดออก เมื่อกินนาน ๆ แล้วหยุดทันที ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ ความต้านทานโรคลดลง ทำให้ติดเชื้อถึงตายได้

4.3.4.3 มีการใช้ยาปฏิชีวนะในยาชุดทำให้เกิดการดื้อยา เนื่องจากได้รับยาไม่ครบตามระยะเวลาหรือตามขนาดรักษาแล้วยังเกิดอันตราย เช่น ยาเตตราไซคลินระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการปวดท้องจากกระเพาะอาหารอักเสบได้ ถ้าเป็นยาที่หมดอายุจะมีพิษต่อตับและไต

4.3.4.4 ยาชุดมียาบรรเทาปวดลดไข้ ซึ่งเป็นยาอันตรายต่อร่างกาย เช่น แอสไพรินระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร หากกินตอนท้องว่างทำให้เป็นแผลในกระเพาะอาหารได้ ไคพัยโรนทำให้เกิดพิษได้ โดยทำให้ไข้ลดเร็ว ซึ่กถึงตายและทำลายระบบเลือด

4.3.4.5 ในยาชุดมียาแก้แพ้ อย่างที่คนทั่วไปเรียกว่าคลอเฟนิ โรคที่ไม่เกิดจากอาการแพ้ถ้าได้รับยาโดยไม่จำเป็น ทำให้มีอาการข้างเคียงของยาเพิ่มจากอาการป่วย

4.3.4.6 ในยาชุดมียากลุ่มประสาท ซึ่งเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาททำให้ติดยาได้

4.3.5 ข้อควรระวังและข้อห้ามในการใช้ยา

ข้อห้ามหรือข้อควรระวังในการใช้ยานั้น มีความสำคัญเทียบเท่ากับการใช้ยานั้น ผู้ใช้ไม่ควรละเลยที่จะปฏิบัติตาม คู่มือจากฉลากยา ข้อห้ามต่างๆ ได้แก่

“ไม่ควรใช้ยานี้ร่วมกับยา.....” เช่น ยาลดกรดต้องไม่ใช้ร่วมกับยาปฏิชีวนะ พวกเตตราไซคลิน ยานำรุงเลือด

“ขณะรับประทานยานี้ห้ามดื่มเหล้าโดยเด็ดขาด” หมายถึง ระหว่างที่ใช้ยา จะดื่มของมีแอลกอฮอล์ชนิดใดก็ได้ เช่น เหล้า เบียร์ ข้าวหมาก เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ ได้แก่ ยาแก้ปวดแอสไพริน ยาแก้แพ้ (Diphenhydramine)

“ห้ามรับประทานขณะท้องว่าง” เช่น แอสไพริน

“ห้ามรับประทานพร้อมนม หรือน้ำผลไม้” เช่น เตตราไซคลิน

“ยาเหล่านี้ควรดื่มน้ำตามมากๆ” เมื่อรับประทานยาประเภทนี้ ให้ดื่มน้ำตามทันทีไม่น้อยกว่า 1 แก้ว เนื่องจากอาจทำให้เกิดนิ่วในไตได้ ดื่มน้ำมากๆ เพื่อไม่ให้เกิดผลึกยูเรียจากยากลุ่มซัลฟาและป้องกันการตกตะกอนของกรดยูริกจากยาพวกโคลชิซิน (Colchicin)

“รับประทานยานี้แล้วให้ระมัดระวังการเดินทางหรือการทำงานกับเครื่องจักร” เนื่องจากยามักทำให้ง่วงนอน สมองไม่แจ่มใส เช่น ยาแก้หวัด ยาลดน้ำมูก

“ถ้ามีอาการผิดปกติจากการใช้ยานี้ ให้รีบปรึกษาแพทย์” อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมักเป็นผลมาจากการแพ้ยา ที่พบบ่อยได้แก่ เกิดผื่นคันขึ้นตามร่างกาย

“ใช้ตามแพทย์สั่ง หรือใช้เมื่อต้องการ” หมายถึง การใช้ยาที่ผู้ให้การ รักษาได้อธิบายให้ผู้ไข้ได้เข้าใจโดยละเอียดแล้ว หากยังไม่แน่ใจว่าจะใช้ยานั้นอย่างไร โปรด ปรึกษาแพทย์

“ใช้แล้วทิ้งเลย” หมายความว่า เมื่อใช้แล้วในแต่ละครั้ง ให้ทิ้งไป ได้เลย ไม่ควรนำกลับมาใช้อีก

“ใช้ให้หมดภายใน.....วัน” ถ้าเกินเวลาที่กำหนด ให้ทิ้งได้เลย มักเป็นยาพวกปฏิชีวนะที่ผสมเป็นยาน้ำ

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยา ความรู้ (Knowledge) เป็น องค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์ เพราะความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้เก็บรวบรวมสะสมไว้ ความรู้จึงเป็น เสมือนขุมพลังอย่างหนึ่งของบุคคล และการที่บุคคลได้รับความรู้ จะทำให้บุคคลทำความเข้าใจกับความรู้ นั้น ๆ ความเข้าใจนี้อาจแสดงออกในรูปของการพูด แสดงความคิดเห็นหรือ ข้อสรุปในความคาดหมายว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการ เรียนรู้ตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการแสดง ออก ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้และประสบการณ์ มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาตญาณหรืออูมิกภาวะ การเรียนรู้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูล หรือประสบการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลค้นหาและไตร่ตรองเหตุการณ์ต่างๆเหล่านั้น เมื่อเห็นว่า เกิดผลดีกับตนเองก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ และปฏิบัติตามความรู้ใหม่ต่อไป ฉะนั้น ก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน ผู้ที่มี ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา จึงน่าจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องด้วย

มิทเชลล์ (Mitchell, 1974 อ้างถึงใน จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528) ได้ รายงานการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พบว่า ความรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของ ยาวดี สุวรรณนาคะ (2532) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจาก เชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคตับอักเสบบี จำนวน 123 ราย พบว่า ความรู้ เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุขุมล หนาเศรษฐองกุล และคณะ (2537) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนชนบทในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยและความ ต้องการของประชาชนต่อบริการสาธารณสุขของรัฐ ด้านความรู้และการเคยใช้ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาปฏิชีวนะและยาชุด พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เคยใช้ยาแก้ปวดลดไข้มากที่สุด ส่วน ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยานั้น ไม่ทราบเกี่ยวกับอันตรายและผลข้างเคียงของยา คือ ไม่ทราบ

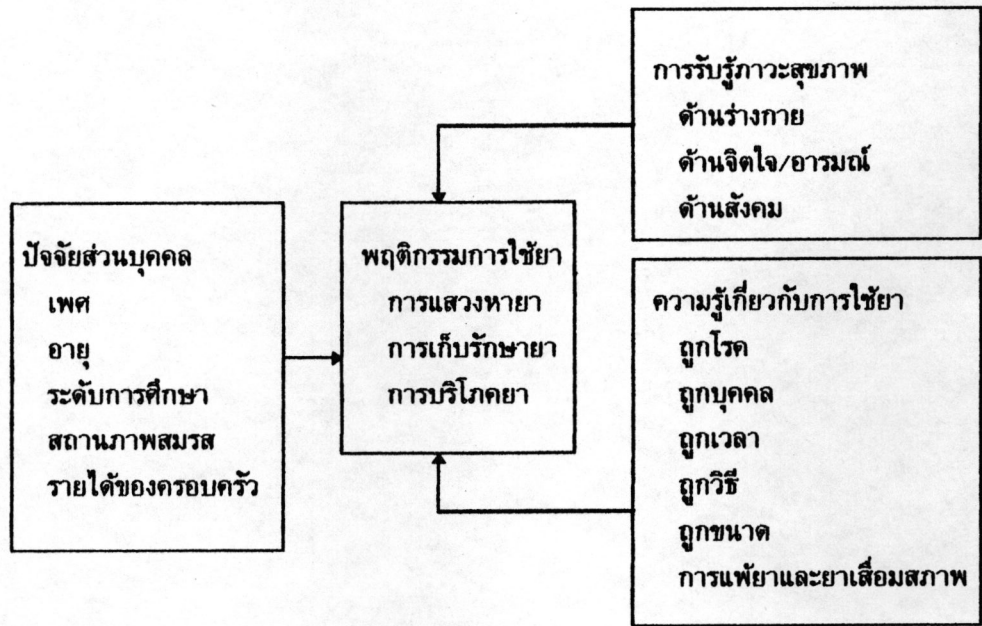
เวลาที่ควรรับประทานยา ขนาดของยาที่ต้องใช้ ยาหมดอายุหรือไม่ ทั้งนี้เพราะประชาชนสามารถหาซื้อยารักษาตนเองได้ง่าย ผู้จำหน่ายยาไม่มีความรู้เกี่ยวกับยาชนิดนั้นๆ ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับฟังจากหออกระจายข่าว พฤติกรรมสุขภาพในภาวะที่เจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว พบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะมีการดูแลตนเองเบื้องต้นก่อน โดยอาการที่เจ็บป่วยได้แก่ ไข้หวัด ไอ ท้องเดิน ท้องผูก โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ปวดศีรษะ ปวดฟัน ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ นอนไม่หลับ และแผลเปื่อยพุพอง การดูแลเบื้องต้น ได้แก่ การนอนพัก การงดอาหารบางชนิด การเช็ดตัวลดไข้ บางรายจะมีการใช้ยา ร่วมกับ เป็นยาที่ใช้รักษาตามอาการ โดยซื้อยาจากร้านขายของชำในหมู่บ้าน ผู้ที่แนะนำให้ซื้อยาคือ เพื่อนบ้าน เจ้าของร้าน และจากการโฆษณาทางวิทยุ และโทรทัศน์

แต่จากการศึกษาของ งามทรัพย์ เทศะบำรุง และ วิมล คำสวัสดิ์ (2538) เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชนผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ดังที่ สุชาติ โสมประยูร (2525) อ้างถึงใน งามทรัพย์ เทศะบำรุง, 2538) กล่าวว่า ความรู้หรือทฤษฎีกับการปฏิบัติมักจะอยู่ห่างกันเสมอ ความรู้ในเรื่องสุขภาพมิใช่เครื่องรับประกันว่าผู้ที่มีความรู้แล้วจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ดังามเสมอไป จากการศึกษาและงานวิจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องน่าจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสร้างกรอบแนวคิดได้ดังนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุว่าจะเลือกใช้วิธีการรักษาตนเองอย่างไร กรณีที่ผู้สูงอายุตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลรักษาตนเองนั้น การใช้ยาจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลรักษา ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นก็จะมีผลต่อไปถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ คือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยดังกล่าวที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาและสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย