

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

Development of a Caregiver Participation Supervision Program for Chronic Medication Use among Elderly People in Community of Phetchabun Province

พัฒนา พรหมณี^{1,*}, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด¹, รุ่งทิพา สุCHARมย์¹, สุเทพ วรรณ²

Pattana Prommanee¹, Srisurang Eamsaard¹, Rungtiwa Sukharom¹, Suthep Wanna²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์²

Faculty of Public Health Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya¹, Phetchabun Public Health Office²

(Received: July 8, 2021; Revised: April 15, 2022; Accepted: April 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และ 3) ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรม การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เจาะจงเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 40 คน และ ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เจาะจงเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน และการทดลองใช้โปรแกรม โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการทดลองเป็นรายคู่ ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่ สุ่มด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และแบบสอบถามการรับประทานยา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) คู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม 2) วัตถุประสงค์ 3) หลักการ 4) ขั้นตอนของโปรแกรม 5 ขั้นตอน ได้แก่ 4.1) การสร้างสัมพันธภาพ 4.2) ให้ความรู้ 4.3) ชี้แจงพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบจากยา 4.4) สะท้อนกลับ และ 4.5) สรุปบทบาท 5) การนำไปใช้ 6) การประเมินผล และ 7) เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ

2. โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($M=4.69$, $SD=0.25$)

3. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจสามารถนำไปกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ยารักษาโรคเรื้อรัง, โรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: anattap1@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 083-9944414)

Abstract

This research and development aimed to: 1) develop a caregiver participation supervision program for chronic medication use among elderly people in community of Phetchabun province; 2) assess the suitability of the program; and 3) evaluate the program usage. This research was divided into 2 phases: phase 1, qualitative research for conducting and developing the program which key informants were purposively selected from 40 experts; and phase 2, quantitative study for assessing the suitability of the program which participants were purposively selected from 25 qualified persons, and evaluating the program usage which participants were 30 pairs of caregivers and older adults determined by G*Power Version 3.1.9.4 and selected by multi-stage random sampling. Research instruments consisted of interview guideline, questionnaire to assess the suitability of program, and drug intake questionnaire. Qualitative data were analyzed by content analysis, while quantitative data were analyzed by mean, standard deviation and t-test (Dependent). The research results found that:

1) the developed program consisted of: (1) program manual and documentation; (2) objectives; (3) principles; (4) five steps of the program covering: (4.1) relationship building; (4.2) educating; (4.3) clarifying improper drug taking behavior and negative drug effects; (4.4) reflection; and (4.5) role summary; (5) application; (6) evaluation; and (7) conditions for success.

2) this program was suitable to use at the highest level ($M=4.69$, $SD=0.25$).

3) the elderly had significant correction difference of taking drug behavior from before intervention ($p=0.01$)

The results of this study can be beneficial for using as guidelines for caring elderly people with chronic illnesses in the community by promoting family or caregiver to participate in encouraging right and proper drug taking habit of the elderly.

Keywords: Participation Program, Caregiver, Chronic Medication, Chronic Disease, Elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลอันเป็นที่เคารพของลูกหลาน เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของทุกคนในครอบครัว ตลอดชีวิตที่ผ่านมาได้สร้างคุณประโยชน์มากมายให้กับสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอันเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ถดถอยลงของร่างกาย อาจมีโรคเรื้อรังประจำตัวซึ่งต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (Department of Elderly Affairs, 2019) โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ จำนวน 11,379,684 คน คิดเป็นร้อยละ 17.96 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าเป็นประเทศที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Prasartkul, 2019) สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การสุขภาพ การสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น หากแต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามวัยมากขึ้นอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในอดีต ขณะเดียวกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วหากมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานยาเพื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Prasartkul, 2019; Jindaratnaporn, 2020)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน หัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (Department of Disease Control, 2020) โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แนวทาง

ในการรักษาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการแสดงที่พบ แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ (Apiratanawong, 2008) โดยทั่วไปมีการใช้ยารักษาโรค จำนวน 3 ถึง 5 ชนิด หรือมากกว่าต่อวัน (Leetaweek, et al, 2013) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เนื่องจากเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาหรือปัญหาความคาดเคลื่อนทางยา (Kongkaew, Noyce, Ashcroft, 2008) เกิดอาการผิดปกติของร่างกาย หรืออาจสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุตามมา เช่น เกิดภาวะความเสื่อมถอยด้านกระบวนการคิดความจำ การหลงลืม ทำให้ลืมรับประทานยาตามเวลาหรือไม่เข้าใจในการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาผิด ที่สำคัญคือไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ (Naiyapatana, 2010; Vivian, et al, 2013) และมีการละเลยการอ่านฉลากยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็น นำไปสู่การรับประทานยาผิดขนาด หรือการหยุดรับประทานยาเอง (Promdee, 2009) นอกจากนี้แล้วอาจมีการเก็บรักษายาที่ไม่ถูกวิธีทำให้ยาเสื่อมสภาพ รวมทั้งอาจไม่มีการสังเกตวันหมดอายุของยาทำให้เกิดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำและอัตราการตายจากโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสม (Naiyapatana, 2010; Yeenang, 2012) ปัญหาการไ้ยยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีหลายปัญหา เช่น ปัญหาปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการไ้ยยา ปัญหาความคาดเคลื่อนทางยา และความไม่ร่วมมือในการไ้ยยา ซึ่งปัญหาการไ้ยยาเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า ร้อยละ 10.70 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย เป็นการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการไ้ยยา (Kongkaew, Noyce, & Ashcroft, 2008)

การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุปกติแล้วจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะการสื่อสาร มีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ที่มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (Chaichanawiroe, Vithayachokitikhun, 2015) นอกจากนี้แล้วบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว จากรายงานการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสม และประสบปัญหาการรับประทานยารักษา ได้แก่ ไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพราะมองไม่เห็นตัวหนังสือบนฉลากยา อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้รับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยาและหรือหยุดรับประทานยาเนื่องจากเคยรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ทำให้มียาเหลือใช้รับประทานจำนวนมาก และเคยมีอาการหน้ามืดเป็นลม ภายหลังลุกจากที่นอนกะทันหัน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Phetchabun Provincial Public Health Office, 2017) จากรายงานสถิติการกลับมารักษาตัวซ้ำในภายใน 28 วัน พบผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.38 และเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.11 ต้องกลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา (Phetchabun Hospital, 2016)

บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหลักในการถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม ส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันเพิ่มขึ้น ติดตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่างๆ และให้การตรวจรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติภายหลังการรับประทานยาหรือส่งต่อ รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถควบคุมอาการของโรคที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง

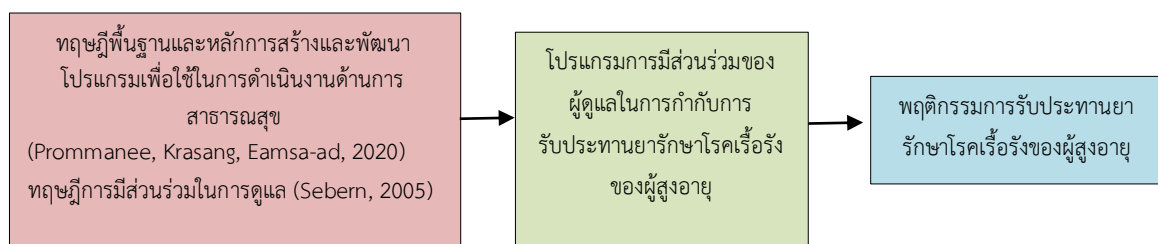
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนได้เพิ่มขึ้น หากปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลการรับประทานยาเองอาจมีการละเลย หลงลืม หรือรับประทานยาผิด อันเกิดจากการเสียดายของความจำและการมองเห็น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงเข้ามาดูแลกำกับในรับประทานยาให้ถูกต้อง ให้สามารถควบคุมภาวะของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่ให้ส่งผลร้ายต่อตัวผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้ที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องมีความรู้และเข้าใจในการรับประทานยาเป็นอย่างดีจึงจะสามารถดูแลกำกับการกินยาของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม ลดอัตราการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์
2. ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์
3. ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับการรับประทานยาของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขที่เป็นโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง วัดและตรวจสอบได้ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ทฤษฎีพื้นฐานและหลักการ ระบบงานและกลไกของโปรแกรม วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน คำอธิบายประกอบโปรแกรม เงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้ (Prommanee, Krasang, Eamsa-ad, 2020) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน นำมาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 คน พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. 10 คน นักวิชาการสาธารณสุข 10 คน และเภสัชกร 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างและพัฒนาโปรแกรม 2) มีข้อมูลเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยน 4) มีแรงจูงใจที่อยากเข้าร่วมในกระบวนการ 5) สนใจในผลที่จะได้จากการสรุปความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถหาได้จากที่อื่น และ 6) เป็นผู้บริหารงานของ รพ.สต. ที่สามารถกำหนดทิศทางการทำงานของหน่วยงานหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขหรือการพยาบาลในชุมชนหรือเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยการไปสัมภาษณ์คนที่มีความสัมพันธ์เหมือนผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 1 คนที่อยู่ในพื้นที่อื่นนอกเหนือจากพื้นที่วิจัย จากนั้นก็นำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยขออนุญาตนัดหมายล่วงหน้าและส่งแบบสัมภาษณ์ให้ก่อนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้เตรียมคำตอบที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ในวันนัดหมาย จากนั้นเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมก่อนการนำไปใช้จริง และการทดลองใช้โปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างและพัฒนาโปรแกรม 3 คน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน และเภสัชกร 5 คน ที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

สำหรับการทดลองใช้โปรแกรม ดำเนินการด้วยการทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen (Cohen, 1992) ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการวิจัยนี้ดำเนินการเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน รวมเป็น 60 คน การสุ่มตัวอย่างสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากจากพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ สุ่มได้อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จากนั้นจับฉลากจาก 17 ตำบลของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จับฉลากได้ตำบลตะเภาเป็นพื้นที่ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมตามโปรแกรม แล้วสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากผู้สูงอายุจนครบ 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน รวม 60 คน

เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion Sampling Criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว
- 1.2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ โดยใช้ ADL Index
- 1.3 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้
- 1.4 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้
- 1.5 สมารถใจหรือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้ดูแล มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลในครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ แล้วมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการดำเนินชีวิตร่วมกันและให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2.3 ไม่มีปัญหาด้านความจำหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่างจากกระบวนการวิจัย (Exclusion Criteria) ทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาเป็นการใช้ยาฉีดร่วมกับยารับประทาน ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโปรแกรม โดยดำเนินการต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม 2 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับจากเหมาะสมมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึง เหมาะสมน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การปฏิบัติในการรับประทานยา 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการตรวจสอบยา 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านการเก็บรักษา และ 4) ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

3 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติทุกครั้งที่ได้รับประทานยาใน 1 วัน

2 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

1 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

0 คะแนน เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติเลย

ผลคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำสุดและสูงสุดของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.00–15.00 คะแนน ผลของคะแนนเฉลี่ยรวมสูง หมายถึง การมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีกว่าผู้ที่มีผลรวมของคะแนนเฉลี่ยรวมน้อย โดยมีเกณฑ์แปลผลของคะแนนเฉลี่ยรวม ดังนี้ (Nongluck Wiratchai, 2003)

คะแนนเฉลี่ยรวม	0.00–3.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับต้องปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.01–6.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ยรวม	6.01–9.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยรวม	9.01–12.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับดี
คะแนนเฉลี่ยรวม	12.01–15.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพโดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.80 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .74

2. แบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพโดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลองใช้โปรแกรมผู้วิจัยแจ้งและทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรมกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้กักกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการเป็นรายคู่ จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยผู้ใช้โปรแกรมดำเนินการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโปรแกรมต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม ชี้แจงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถของผู้สูงอายุ บทบาทสำคัญของผู้ดูแล และการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง แลกเปลี่ยนข้อมูล ตอบคำถามและซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการช้ำยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบจากยา

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบ

สัปดาห์ที่ 4 สาธิตขั้นตอนการจัดเตรียมยาและการรับประทานยารักษา บอกข้อควรระวังในการช้ำยาสังเกตการผิดปกติของการจัดเตรียมยาและขั้นตอนการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 5 สรุปบทบาทของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการกำกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 สังเกต ประเมินการกำกับการรับประทานยาของผู้ดูแลและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยการสอบถามด้วยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Dependent t-test โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, $p\text{-value}>0.05$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่ สสจ.พช.1/64-76-03/02/64 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกำกับผู้สูงอายุรับประทานยาได้ถูกต้อง และให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา เห็นความสำคัญของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการรับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม 2) หลักการ: โปรแกรมสร้างขึ้นจากการนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาสังเคราะห์ร่วมกับหลักการการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern (Sebern, 2005) ในด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันแล้วพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรม 3) ขั้นตอนของโปรแกรม: โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยดำเนินการทีละคู่ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการกล่าวนำชี้แจงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถของผู้สูงอายุ บทบาทสำคัญของผู้ดูแล และการใช้ยาโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: แนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม แลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: แนะนำตัวเอง รับฟังรายละเอียดของโปรแกรม แลกเปลี่ยนข้อมูลตอบคำถามและซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบจากยา มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: กระตุ้นให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องการใช้ยาโรคเรื้อรัง ให้ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบจากยา ตอบข้อซักถาม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ฟังการให้ความรู้เรื่องยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบจากยาโรคเรื้อรัง ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนที่ 3 ชี้แจงพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบจากยา มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: ให้ความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรับประทานยาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบ ตอบข้อซักถามเพิ่มเติม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ร่วมกันค้นหาข้อมูลและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาที่ผ่านมา รับฟังการให้ความรู้เรื่องซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 3) ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนกลับ: ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลอธิบายหลักการรับประทานยาโรคเรื้อรังที่ถูกต้องและข้อควรระวัง มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: สาธิตขั้นตอนการจัดเตรียมยา และการรับประทานยาโรคเรื้อรัง บอกข้อควรระวังในการใช้ยา สังเกตการฝึกทักษะการจัดเตรียมยา และขั้นตอนการรับประทานยา ตอบข้อซักถาม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ฝึกการสาธิตขั้นตอนการจัดเตรียมยา ฝึกทักษะตามขั้นตอนการสาธิต ทบทวนยาที่ใช้จริงทั้งหมด ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 4) ขั้นตอนที่ 5 สรุปบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการกำกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม มีกิจกรรมขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: กล่าวสรุป ตอบข้อซักถาม และสอบถามความรู้สึก ในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 5) 4)

เงื่อนไขการนำไปใช้: โปรแกรมนี้ใช้ฝึกสอนเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ใช้เวลาในการสอนแต่ละสัปดาห์ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง 5) การประเมินผล: การสังเกตโดยผู้สอนการปฏิบัติขณะสอน และการสอบถาม (สัปดาห์ที่ 6) โดยมีคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรมที่เป็นแผนพับความรู้เรื่อง วิธีการรับประทานยา และปฏิทินบันทึกการรับประทานยา ที่สร้างขึ้นสำหรับใช้ประกอบกิจกรรมของโปรแกรม และ 6) เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ: การชื่นชม การให้กำลังใจ และการสละเวลาในการกำกับดูแลของผู้ดูแล ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสร้างและพัฒนาโปรแกรม และการสรุปบทบาทร่วมกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนนำไปใช้จริง (n=25)

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความเหมาะสม
1. ความสอดคล้องกับการดำเนินงานในพื้นที่	4.72	0.21	มากที่สุด
2. ความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยและโรค	4.61	0.25	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์	4.68	0.31	มากที่สุด
4. ความเหมาะสมของหลักการและแนวคิด	4.77	0.20	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของเนื้อหาในแต่ละขั้นตอน	4.65	0.28	มากที่สุด
6. ความเหมาะสมของรายละเอียดกิจกรรมของขั้นตอน	4.67	0.27	มากที่สุด
7. ความเหมาะสมของการประเมินผลของโปรแกรม	4.64	0.29	มากที่สุด
8. ความเหมาะสมของคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม	4.76	0.21	มากที่สุด
9. ความเป็นไปได้ของการนำไปสู่ปฏิบัติ	4.84	0.19	มากที่สุด
10. ภาพรวมของกระบวนการ ขั้นตอน และกิจกรรมของโปรแกรม	4.60	0.33	มากที่สุด
รวม	4.69	0.25	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($M=4.69$, $SD=0.25$)

3. ผลการประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมกำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66.60 ปี ($SD=6.83$) มีสถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด (ร้อยละ 63.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 มีโรคประจำตัวเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 46.67 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาแล้วเฉลี่ย 8.43 ($SD=2.58$) และมีจำนวนยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน 3-4 ชนิด มากที่สุดร้อยละ 53.33 และลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) มากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.07 ปี ($SD=7.83$) มีสถานภาพสมรส หม้าย มากที่สุด (ร้อยละ 46.67) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 36.66 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดที่ 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 26.67 และ 15,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 26.67 จำนวนเท่ากัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.13 คน ($SD=1.19$) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.33) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นหลานมากที่สุด ร้อยละ 40.00 มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในการตรวจสอบสภาพทั่วไปของยา มากที่สุด ร้อยละ 33.34

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยา	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ด้านการตรวจสอบยา	5.53	0.73	พอใช้	12.93	0.24	ดีมาก
2. ด้านการรับประทานยา	5.67	0.61	พอใช้	13.00	0.00	ดีมาก
3. ด้านการเก็บรักษายา	5.43	0.83	พอใช้	12.90	0.02	ดีมาก
4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	2.04	0.89	ต้องปรับปรุง	12.62	0.11	ดีมาก
เฉลี่ยรวม	4.67	0.77	พอใช้	12.86	0.09	ดีมาก

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	M	SD	$\bar{d}$	s $\bar{d}$	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลอง	4.67	0.77	8.19	0.68	29	12.04	0.01
หลังทดลอง	12.86	0.09					

จากตาราง 2 และ 3 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับพอใช้ ($M=4.67$, $SD=0.77$) และเข้าร่วมกิจกรรมทดลองตามโปรแกรมแล้วมีระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับดีมาก ($M=12.86$, $SD=0.09$) โดยมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาหลังทดลองถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.01$)

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกำกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังเห็นความสำคัญของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการรับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน พร้อมกิจกรรมของแต่ละขั้นตอน การประเมินผล คู่มือและเอกสารประกอบการนำไปใช้ และเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานตามโปรแกรม ผลการวิจัยนี้ มีส่วนที่สอดคล้องกับผลการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในชุดแผนงานวิจัยเรื่องการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ (Piriyapan, et al, 2018) ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่ในส่วนของการดำเนินงานมีความแตกต่างกันในขั้นตอนของรูปแบบที่รูปแบบนี้ทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ที่เป็นการดำเนินการในภาพรวมของชุมชนโดยการพัฒนากลุ่มแกนนำทั้งครอบครัวและชุมชนในการดูแล ในส่วนของการวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมขึ้นใช้สำหรับการกำกับการรับประทานยาเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเท่านั้น โดยมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการกำกับดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาให้ถูกต้อง ไม่ได้ดำเนินการร่วมกับชุมชน อันเป็นบริบทการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่กล่าวถึงและผลการวิจัยนี้มุ่งให้การดูแลให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในชุดแผนงานวิจัยเรื่องการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ (Piriyan, et al, 2018) และผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จันทมหาราชาคม (Chantharaowat, Supho, Bannan, 2014) ที่พบว่า มีความเหมาะสมเป็นไปได้ในการใช้งานระดับมากที่สุด เช่นกัน

3. การประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมีระดับพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับพอใช้ และหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม มีระดับพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับดีมาก และมีพฤติกรรมมารับประทานยาหลังทดลองถูกต้องแตกต่างจากก่อนทดลองตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) สอดคล้องกับผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (Yuychim, et al, 2018) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี (Saendaeng, Potisupsuk, 2018) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองใช้โปรแกรม มากกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ มีเป้าหมายในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถกำกับการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานนำไปสู่การมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยดำเนินการตามกิจกรรมของขั้นตอนตามคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนโดยส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม ก่อนการใช้โปรแกรมนี้นควรมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีความเข้าใจในกระบวนการและกิจกรรมการดำเนินงานของรูปแบบให้ครบถ้วน ให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบได้จริง หากดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบได้จริงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสามารถรักษาและควบคุมอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังได้ แต่รูปแบบนี้มีกระบวนการดำเนินงานที่ใช้เวลานานอาจทำให้ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังถอนตัวจากการดำเนินงานก่อนจบโปรแกรมได้ ฉะนั้นจึงควรประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุก่อนการดำเนินการใช้โปรแกรมเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนในแต่ละครอบครัวได้ตามสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะของแกนนำในการดูแลและถ่ายทอดความรู้สู่ครอบครัวในระดับชุมชน เพื่อเป็นการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจดำเนินการในลักษณะการมีส่วนร่วมของทั้งชุมชนตามสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่อื่นเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชนต่อไป

References

- Apiratanawong, S. (2008). *Self Medication Management in Older Adults*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Chaichanawirote, U. & Vithayachokitikhun, N. (2015). Medication Use Behaviors among the Older Thai Adults. *Journal of Nursing and Health Science*, 9(1), 32-46. (in Thai)
- Chantharaowat, S., Supho, S. & Bannan, N. (2014). Developing a Model by Community Involvement for Caring of Patients with Chronic Diseases: a Case Study of Kaedam Contracting Unit for Primary Care, Mahasarakham Province. *Journal of Health Science*. 23(3), 394-402. (in Thai)
- Cohen J. (1992). Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-169.
- Department of Disease Control. (2020). *Ministry of Public Health. Report of NCDs, Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors in 2019*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Department of Elderly Affairs. (2019). *Resolutions of the National Assembly of the Elderly in 2019*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2017). *Thailand meter*. Nakhon Pathom: mahidol University. Retrieved December 2, 2020. from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/>.
- Jindaratnaporn, N. (2020). Downfall Fertility in Thailand and Asian Countries. *Journal of Social Science & Humanities*, 46(2), 48-85. (in Thai)
- Kongkaew, C., Noyce, P. R. & Ashcroft, D. M. (2008). Hospital Admissions Associated with Adverse Drug Reactions: A Systematic Review of Prospective Observational Studies. *The Annals of Pharmacotherapy*, 42(7), 1017-1025. (in Thai)
- Leetaweek, J., Makee, P., Charachan, P., Yana, P., Jindawattanawong, P., Thiratananyaboon, L., Rattanapanich, N. & Thanitkunsarn, O. (2013). *Drug Use Behaviors of Elderly Patients with Chronic Disease in Chiang-Tong Community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province*. Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai)
- Naiyapatana, W. (2010). Health Problems, Medicine-Used Problems, and Medicine-Used Behaviors among Elderly in the Community of Phramongkutklao Hospital Personnel's Residence. *Journal of Nursing and Education*, 3(1), 2-14. (in Thai)
- Wiratchai, N. (2003). *Judging Learning Outcomes: Grades and Grading in the New Evaluation of Learning-Based Learning*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Phetchabun Hospital Non-Communicable Disease Clinic. (2016). *Statistical Report on Recurrence Within 28 days*. Phetchabun: Phetchabun Hospital. (in Thai)

- Phetchabun Provincial Public Health Office. (2017). *Annual Report Summary Illness with Non-Communicable Diseases Important 2017*. Phetchabun: Phetchabun Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Prasartkul P. (2019). *Situation of the Thai Elderly 2018*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Piriyapan, P., Klinwichit, W., Prongnamchai, S., Dinchuthai, P. & Chaivanit, P. (2018). Development Model for Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetic Mellitus. *The Public Health Journal of Burapha University*, 13(1), 45-55. (in Thai)
- Promdee, A. (2009). *Development of Nursing Practice to Promoting Cooperation in Drug Use for the Diabetes Mellitus Elderly, Outpatient Department, Mukdahan Hospital*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Prommanee, P., Krasang, P. & Eamsa-ad, S. (2020). Concept of Knowledge and Construction of Knowledge Test in Public Health Operation. *Apeit Journals*. (in Thai)
- Saendaeng, N. & Potisupsuk, C. (2018). Effect of Drug Use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District, Ubon Ratchatani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 33-41. (in Thai)
- Sebern, M. (2005). Shared Care Elder and Family Member Skills Used to Manage Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179.
- Vivian, W. Y. L., Kathy, K. W. P., Ka, C. H. H., Jennifer, C. K. K., Siu, L. L., & Doris, S. F. Y. (2013). Medication Adherence: Is it a Hidden Drug-Related Problem in Hidden Elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 13(4), 978-985.
- Yeenang, T. (2012). Drug Use Behaviors of the Patient with Hypertension in Mae Hoingeon Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai)
- Yuychim, P., Niratharadorn, M., Siriumpunkul, P., & Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1), 44-56. (in Thai)