

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรม
การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์

สุเทพ วรรณ, ศ.ม.¹

กฤตจิรา แซ่มสีม่วง, ศ.ม.¹

ทอรุง เป้าทองคำ, ภ.บ.²

นางลักขณ์ เจริญไพบูลย์ลาภ, พย.บ.¹

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 2. โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา รักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 60 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา รักษาโรคเรื้อรัง 30 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ไปสเตอร์วิธีการรับประทานยา และปฏิทินบันทึกการรับประทานยา ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2.ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้น ควรนำโปรแกรม นี้ไปใช้ในการจัดการปัญหาการรับประทานยาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรัง, พฤติกรรมการรับประทานยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Effect of Caregivers Participation Program in Taking Medication Chronically to Control the Behaviors of Taking Medication Chronically Among Older Adults in Phetchabun Province

Suthep Wanna, M.P.H.¹

Kunjira Samseemoung, M.P.H.¹

Thorrung Bouttongcome, B.Pharm.²

Nongluck Charoenpiboonlab, B.N.S.¹

1. Mueang Phetchabun District Public Health Office, 2. Phetchabun Hospital

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of a caregiver participation program in directed chronic disease medication on the medication behavior among older adults in Phetchabun Province. The 60 participants have selected by simple sampling. Thirty participants in the experimental group participated in the caregiver participation program in directed chronic disease medication, while the other 30 participants in the control group received normal care. The instruments used were; a personal information questionnaire, a medication behaviors assessment form, a poster for a program for family participation in directed medication and a “Take Medication” calendar. The duration of the research was 6 weeks. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results are the mean score of the experimental group after getting a caregiver participation program in directed medication is higher than before getting a caregiver participation program in directed medication with a significant statistical increase at the level 01. The mean score of the medication behavior score from the experimental group that received a caregiver participation program in directed chronic disease

Keywords: caregiver participation program, behaviors of taking medication, among older adults with chronic disease

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา วัยสูงอายุร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน หัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาประชากรในพื้นที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงเป็นอันดับหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 2 โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรสูงอายุจำนวน 136,121 คน โดยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 57,531 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 26,042 คน คิดเป็นร้อยละ 61.39 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในจังหวัดเพชรบูรณ์ และในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีประชากรสูงอายุจำนวน 29,833 คน มีประชากรสูงอายุป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงจำนวน 11,911 คน และป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 5,665 คน คิดเป็นร้อยละ 58.91 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ซึ่งจัดอยู่ในอันดับที่ 1 ของจังหวัดเพชรบูรณ์⁽¹⁾ นับเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอีกพื้นที่หนึ่งที่ต้องได้รับการดูแล และจัดการปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการรักษาโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการแสดงที่พบ ถ้ามีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการรับประทานยา

และแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปพร้อม ๆ กัน สถานการณ์การรับประทานยารักษาโรคในกลุ่มผู้สูงอายุปัจจุบัน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.70 ใช้อย่างมากว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 33.30 ใช้อย่างน้อย 3-4 ชนิดต่อวัน และร้อยละ 23.00 ใช้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิดต่อวัน⁽²⁾ จำนวนยาที่ใช้มากขึ้นจะสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นในการรับประทานยา ปัญหาจากการรับประทานยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.70 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ร้อยละ 40 มีพฤติกรรมหลงลืมรับประทานยาตามเวลา และมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 40 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาผิด พร้อมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ การไม่อ่านฉลากยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเลนส์ตาขุ่นมัว ความยืดหยุ่นของเลนส์ตาลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการมองเห็นลดลง ไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการไม่อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง และนำไปสู่การรับประทานยาผิดขนาดร่วมด้วย การหยุดรับประทานยาเอง ผู้สูงอายุร้อยละ 60 จะหยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการปกติ และร้อยละ 40 หยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่ามีอาการแย่ลง การเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี ได้แก่ การแกะเม็ดยาออกจากแผงยา และการรับประทานยาที่เสื่อมสภาพ มีผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยสังเกตยาเสื่อมสภาพ ร้อยละ 32.40 และ

ร้อยละ 25.00 ไม่สังเกตวันหมดอายุของยาก่อนนำมารับประทาน พฤติกรรมการแสวงหายา ได้แก่ การซื้อยารับประทานเอง การรับประทานยาสมุนไพร การรับประทานอาหารเสริม โดยรับประทานยาควบคู่กับยาที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดการรับประทานยาซ้ำซ้อนกับที่แพทย์สั่งได้ และอาจเกิดปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยาเกิดขึ้น⁽³⁾ พฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการรับประทานยาต่าง ๆ ตามมา

จากรายงานการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็น โรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่เหมาะสม และประสบปัญหาการรับประทานยารักษา ได้แก่ ไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพราะมองไม่เห็นตัวหนังสือบนฉลากยา อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้รับประทานยาผิดขนาด ลืมรับประทานยาและหรือหยุดรับประทานยา เนื่องจากเคยรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ทำให้มียาเหลือใช้รับประทานจำนวนมาก และเคยมีอาการหน้ามืดเป็นลม ภายหลังลุกจากที่นอนกะทันหัน จนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จากรายงานสถิติการกลับมารักษาตัวซ้ำในภายใน 28 วัน พบผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.38 และเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.11 ต้องกลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา ปัญหาการรับประทานยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่าง ๆ ตามมามากขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ได้ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา

เพิ่มขึ้น และในบางครอบครัวทำให้ผู้ดูแลต้องสละเวลาส่วนตัวหรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์⁽⁴⁾ จึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งที่ต้องดำเนินการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำเนื่องจากการรับประทานยา พร้อมทั้งช่วยลดอัตราตายจากโรคเรื้อรังของประชากรสูงอายุในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยาของผู้สูงอายุและการศึกษาในรูปแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โปรแกรมการจัดการตนเองการจัดการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน^(5,6) ส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมในด้านสังคม แต่ยังไม่พบรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากมีผู้สูงอายุในบางครอบครัวยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม และหรือประสบปัญหาการรับประทานยาแล้วไม่กล้าขอความ

ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเกรงใจและกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระของครอบครัว ประกอบกับความพร่อง ด้านการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่สนทนาค่อยเกิดความหงุดหงิด น้อยใจ ทำให้มีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพขึ้น กลายเป็นปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุจะรักใคร่กันดี แต่ถ้าขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแล้ว กระบวนการตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองร่วมกันกับผู้ดูแลในครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น ดังนั้นแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern⁽¹¹⁾ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ดังนั้น การจัดการปัญหาการรับประทายาโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะครอบครัวเป็นปัจจัยปรับเปลี่ยนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมมารับประทายาที่เหมาะสมเกิดขึ้น การจัดการปัญหาการรับประทายาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยครอบคลุมบทบาททั้ง 5 มิติ (การสร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภค) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิก

โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า การส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมมารับประทายา

ยาที่เหมาะสม ลดอัตราการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เนื่องจากอาการกำเริบ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้ายแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิต และช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทายารักษาโรคเรื้อรังต่อพฤติกรรมมารับประทายารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทายาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทายารักษาโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมารับประทายาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทายารักษาโรคเรื้อรังและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทายารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทายาภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern⁽¹¹⁾ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และฝึกทักษะเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร 2) การตัดสินใจ 3) การกระทำร่วมกัน ซึ่งผู้วิจัยมีการให้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ตลอดจนการให้ภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ไว้ศึกษาหรือทบทวน และให้ปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุไว้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อต่อที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 4 จะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพจริงในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ 5 เป็นการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการรับประทานยา ให้คำปรึกษาและพูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา

การกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง การติดตามดูแลด้านการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทาน

ยาเป็นผู้ทำหน้าที่ในการกำกับติดตามการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

พฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการตรวจสอบยา 2. ด้านการรับประทานยา 3. ด้านการเก็บรักษา และ 4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ในเดือน กรกฎาคม 2561 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเภา เข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก เข้ากลุ่มควบคุม 30 คน

รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion sampling criteria) ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว

1.2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ โดยใช้ ADL Index

1.3 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้

1.4 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2. ผู้ดูแล โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลในครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ แล้วมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2.3 ไม่มีปัญหาความจำหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยแบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 20 ข้อ เป็นการ

ประเมินความถี่ในการปฏิบัติ จำแนกเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1. ด้านการตรวจสอบยา 2. ด้านการรับประทานยา 3. ด้านการเก็บรักษา และ 4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยมีมาตราส่วนประมาณค่า 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

โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98 จากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบัค (Cronbach) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern⁽¹¹⁾ โดยมีภาพและสื่อประกอบโปรแกรมฯ ได้แก่ ภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง และปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองก่อน จนครบ 30 คน จึงจะเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเป็นลำดับต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม 2 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการรับประทานยาที่ผ่านมา ผู้วิจัยกระตุ้นให้มีการพูดคุยสื่อสารเพิ่มมากขึ้น และให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน) ตามแผนการดำเนินกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ให้ร่วมกันค้นหาข้อมูลและสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมที่ผ่านมา ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสาเหตุและผลกระทบของการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ตามแผนการดำเนินกิจกรรม พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกแนวทางการกำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

สัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้สูงอายุบอกเล่าความต้องการการดูแลด้านการรับประทานยา และให้ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา บอกเล่าความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกำกับการดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง หลักการรับประทานยา

รักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ข้อควรระวังในการรับประทานยา และอาการข้างเคียงที่อาจพบภายหลังการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตามแผนการดำเนินกิจกรรม พร้อมทบทวนหลักการรับประทานยาตามภาพโปสเตอร์วิธีการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง และอธิบายวิธีการลงบันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อ และบันทึกการเกิดอาการข้างเคียงที่อาจพบหลังจากรับประทานยาในแต่ละวันลงในปฏิทินบันทึกการรับประทานยาของผู้สูงอายุ และแจกภาพโปสเตอร์วิธีการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง กับปฏิทินบันทึกการรับประทานยาให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยา นำไปใช้ประกอบกิจกรรมต่อไปที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเพิ่มเติม พูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสอบถามปัญหา ให้คำปรึกษา กล่าวคำชมเชย พูดคุยให้กำลังใจ สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลก่อนได้รับการดูแลตามปกติ ต่อจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 2-5 ได้รับการดูแลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการดูแลตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรม การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุนามา

วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square, Fisher exact probability test และ t-test

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยา โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมไม่มีความแตกต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 66.60 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 67.17 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย

เท่ากับ 8.43 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.73 ปี จำนวนยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบันเฉลี่ย เท่ากับ 2.47 ชนิด ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมเฉลี่ย เท่ากับ 2.30 ชนิด

2. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมไม่มีความแตกต่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 43.07 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 38.53 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว กลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีสูงสุด กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษาสูงสุด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือน 10,000 – 14,999 บาท จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 – 4 คน ไม่มีโรคประจำตัว ดูแลผู้สูงอายุในฐานะบุตรและหลาน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง เท่ากับ 6.47 ปี กลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.37 ปี

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 51.33$, $SD = 1.65$ สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลองซึ่งมีค่าเฉลี่ย $\bar{x} = 41.87$, $SD = 2.84$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
n = 30			16.30	29	< .01
ก่อนการทดลอง	41.87	2.84			
หลังการทดลอง	51.33	1.65			

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาสูงขึ้น $\bar{x} = 51.33$, $SD = 1.65$ มากกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{x} = 41.13$, $SD = 2.66$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง			0.13	58	.45
กลุ่มทดลอง	41.87	2.84			
กลุ่มควบคุม	41.77	2.96			
หลังการทดลอง			16.10	58	< .01
กลุ่มทดลอง	51.33	1.65			
กลุ่มควบคุม	41.13	2.66			

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐาน ดังนี้
สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{x} = 51.33$, $SD = 1.65$)

สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x} = 41.87$, $SD = 2.84$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebem⁽¹¹⁾ ซึ่งอธิบายได้ว่าอาจเป็นผลจากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลดังกล่าว กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 ด้านหลักๆ มีความสอดคล้อง ดังนี้ 1) การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล

ระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทาณาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม การรับประทาณา รูปแบบการช่วยเหลือ ความต้องการการดูแล 2) การตัดสินใจ พบว่าในระหว่างการสนทนาปรึกษา พบว่า ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทาณา มีการนำข้อมูลปัญหาการรับประทาณาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้สูงอายุมาทบทวนร่วมกัน จนได้แนวทางการจัดการปัญหาการรับประทาณา อย่างน้อย 2 แนวทาง แล้วมีการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาการรับประทาณา ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันเกี่ยวกับด้านการรับประทาณาของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง 3) การกระทำ ร่วมกัน เป็นการฝึกทักษะร่วมกันในเรื่องการรับประทาณาให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทาณา ภายใต้บริบทและข้อตกลงร่วมกัน โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เรื่องการรับประทาณาโรคเรื้อรังที่ถูกต้องเป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน ในสัปดาห์ที่ 1 – 3 ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการรับประทาณาโรคเรื้อรังมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการรับประทาณาและจัดการปัญหาการรับประทาณา ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มทดลองได้รับโปสเตอร์วิธีการรับประทาณา ที่มีรายละเอียดขั้นตอนการรับประทาณา 4 ขั้นตอนหลัก พร้อมกับได้รับปฏิทินการรับประทาณาเพื่อใช้ลงบันทึก และตรวจสอบการรับประทาณาในแต่ละวัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4-5 เพื่อสอบถามปัญหา หรือข้อขัดข้องในการรับประทาณา ให้คำปรึกษาและพูดคุยให้กำลังใจ จากรูปแบบกิจกรรมและเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการรับประทาณาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิต บุญอินทร์⁽⁷⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพเท้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพารัตน์ คงนาวัง⁽⁸⁾ ศึกษา เรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่าผลเลือดผู้ป่วย (ค่าDTX และค่าHbA_{1c}) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทาณา สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาณาของผู้สูงอายุโรคที่เจ็บป่วยเป็น โรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการรับประทาณาที่เหมาะสมได้

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทาณาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทาณาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาค้างนี้ สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ($\bar{x}$ =51.33,SD=1.65) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =41.13,SD=2.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทาณาที่กลุ่มทดลองได้รับครั้งนี้ มีรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทาณาครอบคลุมประเด็นของการดูแลร่วมกัน ที่ได้ประยุกต์จากทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern⁽¹¹⁾ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทาณาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น รวมทั้งให้ภาพโปสเตอร์

วิธีการรับประทานยาไว้ศึกษาหรือทบทวน และให้ปฏิทินการรับประทานยาไว้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อต่อที่บ้าน และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการรับประทานยามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการรับประทานยา ให้คำปรึกษา และพูดคุยให้กำลังใจ ในสัปดาห์ที่ 4-5 จนถึงสิ้นสุดโปรแกรมฯ ส่วนของกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก อำเภอมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่ผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมใช้บริการตรวจรักษาตามนัดเป็นประจำ ซึ่งรูปแบบการดูแลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และในระหว่างรอตรวจรักษาตามนัด จะมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคเรื้อรังจากบุคลากรสาธารณสุข อธิบายวิธีการรับประทานยาที่ต้องร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่พูดคุยอาการกับเจ้าหน้าที่ เพียงลำพังเป็นส่วนใหญ่ จะพบว่าสมาชิกในครอบครัวอยู่พร้อมกับผู้สูงอายุด้วยน้อย เนื่องจากต้องรีบกลับไปทำงาน และเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้าน สมาชิกในครอบครัวจะดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว และคอยช่วยเหลือเวลาในการรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่จะมีรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรับประทานยาในผู้สูงอายุมีข้อควรระวังเป็นพิเศษและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการรับประทานยาได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ และจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการรับประทานยาด้วยตนเองลดลง

การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยจัดการปัญหาการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิตระกูล⁽⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออก ในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีสัมพันธซึ่งกันและกันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ รัชมนภรณ์ เจริญ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุม น้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีขึ้น ภายหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับประทานยาที่ต้องร่วมด้วย ศึกษาจากคู่มือโรคเบาหวานและมีบุคคลในครอบครัวมาร่วมกระตุ้นเตือนหรือเตรียมยาไว้ให้ ทำให้พบว่าการรับประทานยารักษาเบาหวานตรงเวลาเพิ่มขึ้น

ด้วยเหตุผลข้างต้น จึงสรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern (11) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังนั้น จำเป็น

ต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมด้านการรับประทานยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีการวัดผลหลังให้โปรแกรมฯ เพียงครั้งเดียวโดยใช้แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการรับประทานยา แต่ไม่ได้ติดตามผลการรักษาโดยตรงในทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี ผู้อำนวยการสำนักวิจัย สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ หัวหน้าสำนักงานคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดร.บสพร อนุสรณ์พานิชกุล เกสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ พญ.ดวงดาว ศรียากุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ด้านปฐมภูมิ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว) และ ดร.ดลวิ สิมคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ (พยาบาลเวชปฏิบัติ) ขอขอบคุณคณะวิทยากร เกสัชกรทอรุ่ง เหมสุวรรณ และทีมงานวิจัยทุกท่าน ตลอดจนถึงคณะเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะบะ เจ้าหน้าที โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยสะแก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคนรอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2560 [อินเทอร์เน็ต]. เพชรบูรณ์; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2560]. เข้าถึงได้
จาก:http://203.157.102.184/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
2. จิตชนก ลีทวิสุข, พชร เมฆี, พรทิพย์พา ถวี, พิชญ์สินี ญาณะ, พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, ลลิตภัทร ถิรธัญญ์, ... ญัฏฐนันท์ รัตนพานิชย์. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2556.
3. วาสนา นัยพัฒน์. ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2553; 3: 2-14.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์. สรุปรายงานประจำปีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ปีงบประมาณ 2560. เพชรบูรณ์: ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
5. แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. การจัดการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
6. สรารัตน์ สุขสมสิน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนลำลูกกา จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2551.
7. จงจิต บุญอินทร์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
8. ทิพารัตน์ คงนาวัง. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
9. ศศิพิมพ์ ไพโรจน์กิจตระกูล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลร่วมกันต่อการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะโภชนาการ และการติดเชื้อที่แผลช่องสายออกในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องแบบต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
10. รัชมนภรณ์ เจริญและคณะ. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nurse J. May – August 2010. 279 – 292.
11. Sebern, M. Shared Care elder and family member skills used to manage burden. Journal of Advanced Nursing 2005; 52(2): 170-179.