

บทความวิจัย

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
ต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย***
**Effects of Health Literacy Promotion Program
on Medication Adherence in Thai Ageing**

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ**

เรณู ขวัญยืน**

จตุรดา จริยารัตนกุล**

Ploenta Pipatsombat

Renu Kwanyuen

Jaturada Jariyaratnakul

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประจำปี 2562

*This research was funded by the national budget of Suan Dusit University for the year 2019

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ 10300

**Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, 10300 Thailand

Corresponding author, E-mail: renu_kwa@dusit.ac.th

Received: October 9, 2021; Revised: February 10, 2022; Accepted: May 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย และผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยา แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาชนิด 8 คำถาม และแบบสอบถามการใช้ยาแบบย่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีความเที่ยง .75 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสถิติค่าที่

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 88.57 2) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ($\bar{X}$ = 6.88, S.D = 1.02) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 6.47, S.D = 1.45) 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้ยาของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ให้คำแนะนำผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือการใช้ยา ผู้สูงอายุ

Abstract

This Quasi-experimental, two groups, pre-posttest research aimed to study the effects of health literacy program on medication adherence in Thai ageing. Thai ageing who had non-communicable diseases from outpatient department at Amphawa Hospital, were randomly assigned to the intervention group (n = 35) and the control group (n = 30). Experimental group receive health literacy program. The research instruments included the 8 - item Morisky medication adherence scale, Brief Medication Questionnaire (Thai version), had a reliability of .75. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The findings revealed that 1) 88.57% of participants in experimental group had moderate to high medication adherence, indicating no difference compared to control group 2) To compare between groups, it was found that the mean score of the experimental group after the trial ($\bar{X}$ = 6.88, S.D = 1.02) was higher than baseline ($\bar{X}$ = 6.47, S.D = 1.45) 3) the mean scores for medication adherence among the ageing between the experimental group and the control group after the experiment, it was found that the mean scores for medication adherence were not significantly different at the .05 level. Health literacy promotion program on medication adherence in ageing can promote medication adherence in which ageing had more likely to adhere their medication. However, the duration of the study should be increased in conjunction with individualized advice from a healthcare professional.

Keywords: Health literacy, Medication adherence, Ageing

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลจะได้รับข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ เช่น ใบนัดฉลากบนซองยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือแม้แต่สื่อความรู้ด้านสุขภาพ จะมีการใช้ภาษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มารับบริการจำเป็นต้องใช้ความสามารถ และทักษะในการแปลสารจากผู้ให้บริการให้ได้มากที่สุด ดังนั้น จำเป็นต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอในการตีความข้อมูลที่ได้รับด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง ตลอดจนสามารถวิเคราะห์ และประเมินอย่างถี่ถ้วน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี¹⁻² ถ้ามีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี³ แต่ถ้าความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ก็จะมีผลกระทบ

ด้านลบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น โดยเฉพาะประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้บริการที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้⁴ อยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากข้อจำกัดหรือระดับของความเสื่อม อันสืบเนื่องจากสภาวะทางกายภาพของผู้สูงอายุ⁵ และวัยผู้สูงอายุ อัตราการอ่านหนังสือหรือข้อความลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งที่อ่านได้ด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนว่าการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพอาจลดลง ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพอาจจะรุนแรงขึ้น⁶

จากการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพ และข้อมูลในการใช้ยา (medication information) ของ Safer and Keenan⁷ กล่าวว่า บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ในขณะที่ข้อมูลการใช้ยามีลักษณะ

ให้คนที่มึ่ระดับสูงกว่าอ่านเข้าใจ คือ ระดับการเรียนรู้ อยู่ที่เกรด 10 (เทียบเท่าระดับมัธยมศึกษา 3) นอกจากนั้น ปัจจุบันพบว่าข้อมูลในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ต่อการทำความเข้าใจ ทำให้กลุ่มประชากรที่มีความรอบรู้ ทางสุขภาพต่ำ จะมีความเสี่ยงสูงในการแปลผลข้อมูล การใช้ยาผิดไป ซึ่งเกิดจากการอ่านฉลากยา ข้อมูล การใช้ยา เช่น ขนาดยา ช่วงเวลาใช้ยา ความถี่ ของการใช้ยา คำเตือน รวมทั้งการเขียน และคำแนะนำ จากเภสัชกร ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพลดลง⁸ อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอุปสรรคไม่เข้าใจในการใช้ยา ส่วนมากจะไม่สามารถจัดการ และตัดสินใจทางสุขภาพ ได้ด้วยตนเอง⁹ จากข้อมูลดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาความรู้ในการใช้ยา ที่ใช้ในปัจจุบัน ให้กับคนที่มีความรอบรู้ทางด้าน สุขภาพต่ำอย่างเร่งด่วน¹⁰ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ที่เพียงพอ จะมีภาวะสุขภาพจิต และการทำหน้าที่ ของร่างกายพื้นฐานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ ทางสุขภาพไม่เพียงพอ

จากแนวคิดของ Nutbeam¹¹ กล่าวถึง ความรอบรู้ทางสุขภาพว่าเป็นทักษะทางสังคม และการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ รวมถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ โดยจำแนก ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ communicative/interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และการมี พหุทธิปัญญา (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกัน และระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ หรือ critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิต ประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมในการผลักดันสังคม ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ มี 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ คุณลักษณะ ส่วนบุคคล ความเชื่อและทัศนคติที่มีผลต่อการจัดการ สุขภาพ ทักษะ และความสามารถส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการมี ปฏิสัมพันธ์ 3) ปัจจัยระดับสังคม การเข้าถึง และ ใช้บริการทางสุขภาพ

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้สูงอายุ พบว่า เป็นสาเหตุหนึ่งของผู้สูงอายุที่ทำให้ เกิดปัญหาสุขภาพ จนผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยา ไม่เป็นไปตามคำสั่งของแพทย์ เช่น การรวบมือยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนหรือลดยาเอง และการติดยา นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ยา ด้วยตนเองอย่างไม่ปลอดภัย ทั้งการซื้อยาใช้เอง และการใช้ยาทางเลือก โดยขาดความรู้ในการเลือก สถานบริการที่รับยา การเก็บรักษายา และการนำยา ออกมาใช้¹² จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าผู้สูงอายุ มีความร่วมมือในการใช้ยาน้อย จากพฤติกรรมการใช้ยา ของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) วิธีการใช้ยา 2) การเลือก สถานบริการเพื่อรับยา 3) การเก็บรักษายา¹² ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นระดับพฤติกรรมมารับประทานยา และการรับประทานอาหารของบุคคล รวมทั้งการปรับ วิถีชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำที่เกิดจากการตกลง ร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์¹³ ซึ่งครอบคลุมถึงการไม่ใช้ยามากเกินหรือน้อยกว่า ที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาด และจำนวนครั้ง รวมทั้งพฤติกรรม การหยุดยาก่อนที่แพทย์สั่ง การไม่ใช้ยา การใช้ยา ผิดเทคนิค การใช้ยาอื่นนอกเหนือคำสั่งแพทย์ และการไม่มาตามแพทย์นัด ส่งผลต่อการติดตาม

การรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษา¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 40.80 มีปัญหาการใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และการไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่มาจากปัญหาความยุ่งยากในการใช้ยา การสั่งยาพอดีกับวันนัด การอ่านฉลากยา ก่อนใช้ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 15 คน ที่รับประทานยาหลายชนิด และโดยภาพรวม พบว่า 1) ความสามารถในการอ่านของผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านชื่อยาได้ ทราบจำนวนเม็ดที่รับประทาน ทราบแต่ว่าเป็นยารักษาเบาหวาน ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน แต่ไม่ทราบชื่อ และขนาดของยา 2) ความสามารถในการฟังวิธีการใช้ยาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รับฟังเรื่องรับประทานยาว่า ยาชนิดใดรับประทานอย่างไรโดยใช้การจำ 3) การให้คนอื่นช่วยจัดยาให้ มีบางคนต้องให้ญาติช่วยจัดยาให้ เพราะตามองไม่เห็น 4) ความสามารถในการใช้ยา บางครั้งลืมรับประทานยา และรับประทานยาไม่ตรงเวลา 5) สำหรับการเก็บรักษา ยาจะวางไว้ใกล้ตัวหรือในห้องนอน ยาที่เหลือเก็บไว้ในถุงเหมือนเดิม 6) เมื่อสอบถามประโยชน์ของยา ทราบถึงความจำเป็นต้องรับประทานยา แต่ไม่ทราบผลข้างเคียงของยา ดังนั้น นักวิจัยสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย เพื่อศึกษาความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย และผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้ให้เข้าใจในการใช้ยา การเข้าถึงข้อมูล และการใช้ข้อมูลที่ต้องการ ส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษาโรคได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

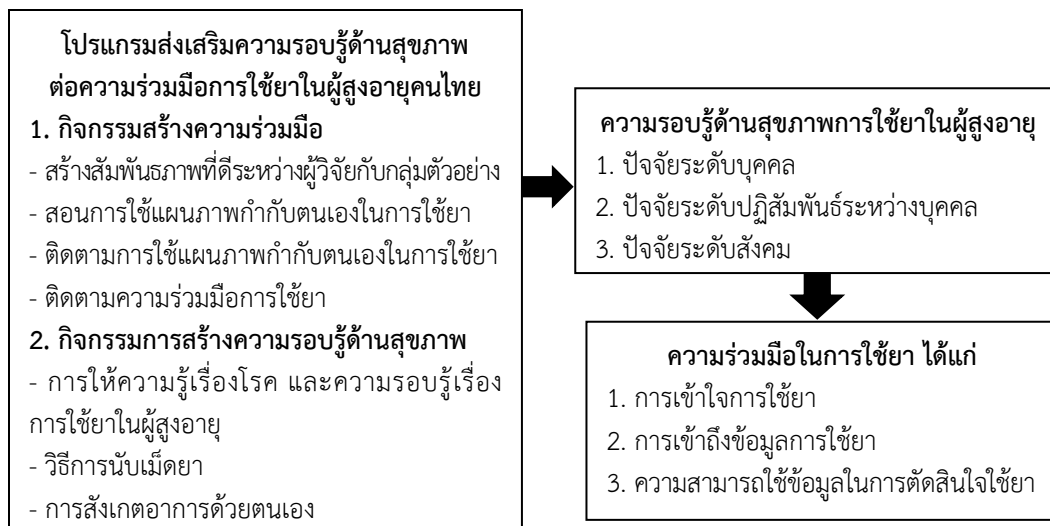
1. ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลองก่อน และหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย
3. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุคนไทยหลังทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุคนไทยกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ มีความร่วมมือการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และความร่วมมือการใช้ยา โดยตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยระดับบุคคล 2) ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 3) ปัจจัยระดับสังคม และตัวชี้วัดในความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าใจการใช้ยา การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา และความสามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจใช้ยา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยชาวไทย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 - 31 สิงหาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยครั้งนี้ใช้กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับร้อยละ 80.00¹⁵ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และจากการเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว ขนาดอิทธิพลของประชากร (effect size) ที่ระดับ .50 และ power analysis = .80¹⁶

โดยกำหนดกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเท่ากัน ($r = 1$) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มที่จะอยู่ในการศึกษาทดลอง ซึ่งใช้ระยะเวลานาน 12 สัปดาห์ จึงเพิ่มขนาดของกลุ่ม ร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน รวมผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 70 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครใจ และได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ในศึกษานี้ได้กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน จากในระยะติดตามมีการสูญหายของกลุ่มควบคุมไป 3 คน ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2 คน คงเหลือ 30 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยชาวไทย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 3) ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานอย่างน้อย 3 ชนิด ได้แก่ ยาลดน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมันในเลือด 4) ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอัมพวา ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 5) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

(ผู้ที่ดูแลในการจัดยาให้ผู้ป่วย) สามารถสื่อสารและเข้าใจได้ รวมทั้งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ซึ่งโปรแกรมถูกพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam¹¹ ประกอบด้วย 1) คู่มือการใช้ยา ได้แก่ ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมันในเลือด 2) เครื่องมือในการทดสอบความถูกต้องการจัดยาของผู้สูงอายุ คือ แผนภาพกำกับตนเองในการกินยา ประกอบด้วย ก่อนอาหาร หลังอาหาร และก่อนนอน รูปภาพเวลา คือ เช้า กลางวัน และเย็น โดยให้ผู้สูงอายุจัดยาลงบนแผนภาพตามหน้าของยา และตรวจสอบความถูกต้องจากแผนการรักษาของแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา Morisky Medication Adherence Scale ชนิด 8 คำถาม (MMAS-8) ประกอบด้วย คำถามจำนวน 8 ข้อ โดยข้อที่ 1 - 7 มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ ใช่ เท่ากับ 0 และ ไม่ใช่ เท่ากับ 1 ส่วนข้อ 8 ซึ่งมี 5 คำตอบ และการให้คะแนน ดังนี้ (1) ไม่เคยเลย เท่ากับ 1.00 (2) แทบไม่เคย เท่ากับ .75 (3) บางครั้ง เท่ากับ .50 (4) บ่อยครั้ง เท่ากับ .25 และ (5) เป็นประจำ เท่ากับ 0 ตามลำดับ และแบบสอบถามการใช้ยาแบบโดยย่อ Brief Medication Questionnaire (BMQ) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อบ่งชี้ของความไม่ร่วมมือกับแผนการใช้ยาในปัจจุบัน จำนวน 7 ข้อ 2) ข้อบ่งชี้ความเชื่อด้านลบหรือสิ่งกีดขวางแรงจูงใจที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพ อาการข้างเคียงที่รบกวน ความกังวลอื่น ๆ เกี่ยวกับยาที่ได้รับ และผลของยา จำนวน 2 ข้อ 3) ข้อบ่งชี้ของสิ่งกีดขวางความจำที่ผ่านมา จำนวน 2 ข้อ และ 4) ข้อบ่งชี้ของสิ่งกีดขวางในการเข้าถึงยา จำนวน 2 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย คู่มือความรู้เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยา พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และเภสัชกรปฏิบัติการ โดยมีข้อเสนอแนะปรับค่า และเนื้อหาในคู่มือบางส่วน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ (feasibility) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 5 คน แจ้งว่ามีความเหมาะสม สามารถทำได้ คู่มืออ่านง่าย มีรูปภาพ แผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยาที่เข้าใจง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริง ส่วนเครื่องมือ MMAS-8¹⁷ ได้มีการตรวจสอบความตรงด้านการแปลภาษาจากผู้แปลชาวไทย และชาวต่างประเทศ รวมถึงแบบสอบถามการใช้ยาแบบโดยย่อ BMQ¹⁸ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ ใช่ เท่ากับ 1 และ ไม่ใช่ เท่ากับ 0 โดยมีค่าความไว เท่ากับ .879 ความจำเพาะ เท่ากับ .719 positive predictive value (PPV) เท่ากับ .345 และความตรง เท่ากับ .742

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา MMAS-8 นี้ ประยุกต์จากงานวิจัยของ ศุภิกา ศรีวรสาร¹⁹ ที่พัฒนามาจากเครื่องมือ MMAS-8¹⁸ ได้มีการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงด้วยเทคนิคการวัดซ้ำ (test-retest) ได้ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) เท่ากับ .759 ส่วนผู้วิจัยได้มีการหาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

เท่ากับ .76 และแบบสอบถามการใช้ยาแบบโดยย่อ BMQ¹⁹ ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่า Kappa .861 และจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .75 โดยพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า .70 ถือว่า เครื่องมือมีค่าความเที่ยงสามารถนำไปใช้ได้²⁰

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI 2020-020 และคณะกรรมการจริยธรรม ในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย 17/ 2563 และพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับ และทำลายข้อมูล รวมถึงให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ พร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอม เข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม
2. ประสานงานกับหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัย
3. ทีมวิจัยประชุมเพื่อเตรียมการเก็บข้อมูล และทำความเข้าใจวิธีการทดลอง
4. คณะวิจัยดำเนินการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา โดยการคัดแยกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงมีคุณสมบัติตามเกณฑ์

5. ใช้วิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (ภายหลังได้รับยา) และแนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ได้แก่ 1) ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม MMAS-8 และ BMQ โดยการสัมภาษณ์ และตรวจสอบยาที่เหลือ 2) ทดสอบความสามารถการจัดยาใน 1 วัน ลงในแผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยา กรณีจัดไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะดำเนินการจัดยาว่างตามเวลา ในแผนภาพ และถ่ายรูปแผนภาพกำกับตนเองในการใช้ยา มอบให้ผู้ป้อนนำไปวางจุดที่ใช้จัดยาประจำที่บ้าน 3) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา และมอบคู่มือการใช้ยา และกระเป๋าสสำหรับใส่ยา

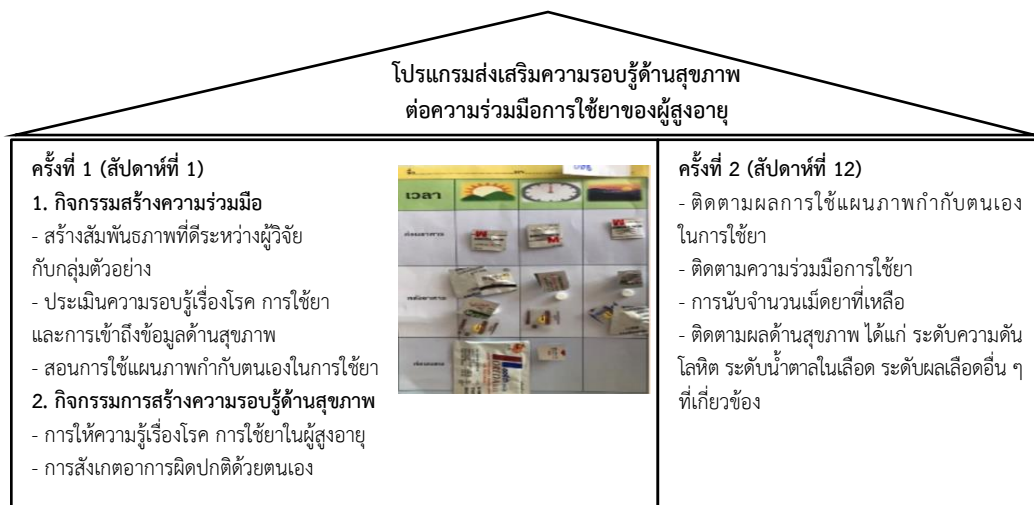
กลุ่มควบคุม ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับยา ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (คนละวันกับกลุ่มทดลอง) และแนะนำตัวชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย ได้แก่ 1) ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม MMAS-8 และ BMQ โดยการสัมภาษณ์ และตรวจสอบยาที่เหลือตามแบบแผนปกติของโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 12 ติดตามผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยา

กลุ่มทดลอง ติดตามผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม MMAS-8 และ BMQ โดยการสัมภาษณ์ นับจำนวนยาที่เหลือ และติดตามผลด้านสุขภาพตามรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ดังภาพที่ 2

กลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม MMAS-8 และ BMQ โดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามและนับจำนวนยาที่เหลือ ซึ่งเป็นตามแบบแผนปกติของโรงพยาบาล

6. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และบันทึกเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป



ภาพที่ 2 โปรแกรมความรู้ในการใช้ยาของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00, 56.70 อายุ 61 - 65 ปี ร้อยละ 37.10, 50.00 ระดับการศึกษา

ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 71.40, 80.00 มีผู้ดูแล 1 - 2 คน ร้อยละ 60.00, 66.70 และกลุ่มทดลองที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.10 กลุ่มควบคุมที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีโรคร่วม คือ ความโรคดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 53.30 ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 35) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (35)	กลุ่มควบคุม (30)	
เพศ			.61
ชาย	14 (40.00)	13 (43.30)	
หญิง	21 (60.00)	17 (56.70)	
อายุ			.94
61 - 65 ปี	13 (37.10)	15 (50.00)	
66 - 70 ปี	11 (31.50)	7 (23.20)	
71 - 75 ปี	4 (11.40)	4 (13.40)	
> 75 ปี	7 (20.00)	4 (13.40)	

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง (n = 35) และกลุ่มควบคุม (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (35)	กลุ่มควบคุม (30)	
ระดับการศึกษา			.88
ไม่ได้รับการศึกษา	2 (5.70)	-	
ประถมศึกษา	25 (71.40)	24 (80.00)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	6 (17.20)	4 (13.30)	
ปริญญาตรี	2 (5.70)	2 (6.70)	
ผู้ดูแล			.05
ไม่มี	12 (34.30)	9 (30.00)	
1 - 2 คน	21 (60.00)	17 (66.70)	
> 2 คน	2 (5.70)	4 (13.30)	
โรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็น			.97
เบาหวาน	2 (5.70)	1 (3.30)	
ความดันโลหิตสูง	5 (14.30)	4 (13.30)	
ภาวะไขมันในเลือดสูง	-	3 (10.00)	
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	2 (5.70)	3 (10.00)	
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	12 (34.30)	16 (53.30)	
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	13 (37.10)	3 (10.00)	
เบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ	1 (2.90)	-	

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย

1. เปรียบเทียบความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ส่วนใหญ่มีความร่วมมือการใช้ยาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 37.14 และ 46.67 ตามลำดับ และภายหลังทำการทดลองด้วยโปรแกรมฯ พบว่า

กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 40.00 และ 48.57 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมความร่วมมือในระดับสูง ลดลง ร้อยละ 40.00 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ($\bar{X}$ = 6.88, S.D = 1.02) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 6.47, S.D = 1.45) ส่วนกลุ่มควบคุมค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ($\bar{X}$ = 6.61, S.D = 1.58) น้อยกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$ = 6.76, S.D = 1.31) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความร่วมมือการใช้จ่ายโดยรวมในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
มีความร่วมมือการใช้จ่ายสูง	13 (37.14)	14 (40.00)	14 (46.67)	12 (40.00)
มีความร่วมมือการใช้จ่ายปานกลาง	10 (28.57)	17 (48.57)	8 (26.67)	10 (33.33)
มีความร่วมมือการใช้จ่ายน้อย	12 (34.29)	4 (11.43)	8 (26.67)	8 (26.67)
	$\bar{X}$ 6.47, S.D 1.45	$\bar{X}$ 6.88, S.D 1.02	$\bar{X}$ 6.76, S.D 1.31	$\bar{X}$ 6.61, S.D 1.58

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้จ่าย

ไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมฯ มีความร่วมมือในการใช้จ่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้จ่ายในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

	n	$\bar{X}$	S.D	t	df	p-value
ความร่วมมือการใช้จ่าย						
กลุ่มทดลอง	35	7.20	1.35	.87	63	.39*
กลุ่มควบคุม	30	6.90	1.42			

*p-value > .05

สรุปจากการศึกษาความร่วมมือการใช้จ่าย ไม่มีความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เนื่องจากการวิจัยมีระยะเวลาสั้นในการติดตามผล สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่พบความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือควรใช้เวลา 3 เดือนหรือ 6 เดือนขึ้นไป²¹

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้จ่ายระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 88.57 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา ได้รับการสนับสนุนเรื่องข้อมูลด้านสุขภาพ โรค และการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนอยู่แล้ว และมีการให้คำแนะนำเมื่อมีการปรับเปลี่ยนยา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามขนาด และตามเวลา ตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้จ่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ เป็นไปตามหลักแนวคิดของ Nutbeam²² เกี่ยวกับปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยระดับสังคม

โดยเฉพาะทักษะระดับพื้นฐาน ซึ่งมีความจำเป็นในผู้สูงอายุ ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจ และการใช้ชีวิตประจำวัน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณ์ญาณ และระดับการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งส่งเสริมต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การเข้าใจการใช้ยา การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา และความสามารถการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง²³⁻²⁴ นอกจากนี้ มีการศึกษาผลการใช้แผนภูมิภาพต่อความรอบรู้ในการใช้ยา²⁵ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดสู่การปฏิบัติที่นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้สามารถป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้²⁶⁻²⁸ ส่วนที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับน้อย มียาเหลือใช้ส่วนใหญ่จากปัญหาการลืมกินยาของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาสาเหตุการนำยาเหลือใช้มาคืนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมใจอำเภอวังทอง²⁹

2. กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลอง ($\bar{X} = 6.88$, S.D = 1.02) มากกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X} = 6.47$, S.D = 1.45) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยา โดยการใช้แผนภาพกำกับตนเองในการกินยาสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการกินยา ซึ่งส่งเสริมต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การเข้าใจการใช้ยา การเข้าถึงข้อมูลการใช้ยา และความสามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจใช้ยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง²³⁻²⁴ นอกจากนี้ มีการศึกษาผลการใช้แผนภูมิภาพต่อความรอบรู้ในการใช้ยา²⁵ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดสู่การปฏิบัติที่นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้สามารถป้องกัน และดูแลสุขภาพตนเองได้²⁶⁻²⁸ และผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงขามุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และแนวคิดของ Horne ที่ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา³⁰⁻³¹

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้ยาของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองของกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 6.61$, S.D = 1.58) น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 6.88$, S.D = 1.02) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันน้อยมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลอัมพวา จะได้รับการสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค รวมถึงแนวทางปฏิบัติจากบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามขนาด และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมักจะลืมกินยาโดยไม่ตั้งใจจากการเดินทางออกจากบ้านเป็นส่วนใหญ่ แต่ในช่วงที่ดำเนินการวิจัยมีปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 การเดินทางออกจากบ้านจึงมีข้อจำกัด ทำให้ผู้สูงอายุอยู่แต่บ้านระยะเวลาในการทดลองสั้นไม่มีการปรับเปลี่ยนยา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 88.70 ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการใช้ยาของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพช่วยในการกระตุ้นเตือนปรับพฤติกรรม ผู้สูงอายุให้ดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผลการใช้แผนภูมิภาพต่อความรู้ในการใช้ยา²⁴⁻²⁵ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดสู่การปฏิบัติที่นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้สามารถป้องกัน และดูแลสุขภาพตนเองได้²⁶⁻²⁸ และแนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา และความกังวลจากการใช้ยาของ Horne³¹

สรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือการใช้ยาในผู้สูงอายุคนไทย จากการทดลองโดยการให้กลุ่มทดลองจัดยาในแผนภูมิภาพ การให้ความรู้รายบุคคล การแจกคู่มือการใช้ยา และกระเป๋าสีฟ้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโมเดลการจัดยาโปรแกรมนี้ไปใช้ในการวางแผน และสร้างความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปริมาณยาจำนวนมากว่า 2 ชนิดขึ้นไป และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในการจัดยาด้วยตนเองได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นที่แผนภาพกำกับตนเองในการกินยาที่เหมาะสม และชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งแผนภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จะนำไปใช้

2. ควรทำวิจัยเชิงทดลอง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลกับไม่มีผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นข้อมูลหรือแนวทางในการใช้วางแผนการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมตรงตามสภาพของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Kim DI, Matsuyama Y, Nagasoe S, Yamaguchi M, Yoon YH, Oshima Y, et al. Effects of temperature, salinity and irradiance on the growth of the harmful red tide dinoflagellate *Cochlodinium polykrikoides* Margalef (Dinophyceae). *Journal of Plankton Research* 2004;26(1):61-6.
2. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *The Journal of the American Medical Association* 2002;288(4):475-82.
3. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science and Medicine* 2008;66(8):1809-16.
4. Kaeodumkoeng K, Tripetchsriurai N. Health Literacy. 1st ed. Bangkok: New Thamada Press; 2011. (in Thai)
5. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research* 2015;9(2):1-8. (in Thai)
6. Choeisuwat V. Health literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):183-97. (in Thai)
7. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician* 2005;72(3):463-8.

8. Bailey SC, Hasnain-Wynia R, Chen AH, Sarkar U, Schoua-Glusberg A, Lindquist LA, et al. Developing multilingual prescription instructions for patients with limited English proficiency. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2012;23(1):81-7.
9. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares?. *Mayo Clinic Proceedings* 2011;86(4):304-14.
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2013.
11. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health* 2009;54(5):303-5.
12. Chaichanavirote U, Vithayachockitikhun N. Medication use behaviors among older Thai adults. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2015;9(1):32-46. (in Thai)
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2003.
14. Rojanaurai W. Prevalence and factors associated with medication noncompliance in patients with noncommunicable diseases at specialty clinics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine* 2018;62(3):193-208. (in Thai)
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7th ed. United States of America: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated; 1988.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 1986;24(1):61-74.
18. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling* 1999;37(2):113-24.
19. Sriwarakorn S. Sensitivity and specificity of self reported medication adherence tools [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. (in Thai)
20. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. Newbury Park, California: SAGE Publishing; 1991.
21. Suphachamroon A, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Validity and reliability of the medication adherence scale in Thais (MAST): testing in diabetes patients. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2018;10(2):607-19. (in Thai)
22. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259-67.
23. Rungsawang S. Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Nursing, Siam University* 2017;18(35):6-23. (in Thai)

24. Kwanyuen R, Puttapitukpol S. Factors related to beliefs about taking medicines among the monks with non-communicable diseases. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2019;30(2):38-48. (in Thai)
25. Sletvold H, Sagmo LAB, Torheim EA. Impact of pictograms on medication adherence: a systematic literature review. *Patient Education and Counseling* 2020;103(6):1095-103.
26. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: from concept to practice. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2017;9(2):96-111. (in Thai)
27. Nammontri O. Health literacy. *Thai Dental Nurse Journal* 2018;29(1):122-8. (in Thai)
28. Nutbeam D, Levin-Zamir D, Rowlands G. Health literacy in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15(12):2657.
29. Chantra C, Mounkan J, editors. Cause of leftover drugs in elderly patients with chronic disease at Ruamjai community health care Wangthong Phitsanulok province. *The 11th Hatyai National and International Conference*; 2020 Jul 17; Hatyai University. Bangkok: National Research Council of Thailand (NRCT); 2021. (in Thai)
30. Wangjhi N, Boonyasopun U, editors. Effect of behavioral modification program on medical adherence and blood pressure for muslim elderly with uncontrolled hypertension. *The 34th National Graduate Research*; 2015 Mar 27; Graduate School Khon Kaen University. Bangkok: Office of the Higher Education Commission: OHEC; 2015. (in Thai)
31. Home R. Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. *Perceptions of health and illness: current research and applications*. London: Harwood Academic; 1997.