



Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จิตตวดี	เหรียญทอง*	Jittawadee	Rhiantong*
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช**	Chiraporn	Tachaudomdach**
กาญจนา	ธานะ***	Kanjana	Thana***
ทรรศลักษณ์	ทองหงส์****	Tasalak	Thonghong****
จุฬาลักษณ์	เอกสุวรรณ*****	Chulalak	Eksuwan*****

Abstract

Older persons with heart failure are a group of people with complex problems who are often affected by multiple medications, so medication adherence is needed to reduce potential problems and complications. This research is a descriptive study of the relationship of factors associated with medication adherence among older adults with heart failure. The sample was elderly people who attended cardiovascular clinics in tertiary hospitals, with a specific sample of 84 people. Four questionnaires were used for data collection: a personal information form, the Functional Communication and Critical Health Literacy Scale, social support questionnaires, and the Medication Adherence Scale in Thai. Descriptive statistics were used to determine the demographic data. The correlation between variables was tested with Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that most older adults with heart failure recruited from tertiary hospitals had high health literacy, with an average of 41.31 (SD = 9.49), and received a high level of social support at 73.80% with an average of 52.65 (SD = 6.98). The majority of those had adequate medication adherence, at 96.40 % with an average of 37.86 (SD = 3.50). Moreover, emotional social support had a significantly positive relationship with medication adherence in older adults with heart failure ($r_s = .296$ $p < .01$).

The results of this study can serve as a basis for nurses to plan the promotion of medication adherence in older adults with heart failure.

Keywords: Medication adherence; Health literacy; Social support; Older persons with heart failure

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Instructor, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

***** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province

Received 28 June 2022; Revised 2 August 2022; Accepted 15 August 2022



Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มคนที่มีปัญหาซับซ้อน และมักจะเกิดผลกระทบจากการได้รับยาหลายชนิด จึงจำเป็นต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 84 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.31 (SD = 9.49) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 73.80 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.65 (SD = 6.98) ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอร้อยละ 96.40 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 37.86 (SD = 3.50) และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296$ $p < .01$)

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jittawadee.r@cmu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาทางสุขภาพสำคัญที่กระทบต่อประชากรทั่วโลกอย่างน้อย 26 ล้านคน (Savarese & Lund, 2017) และในปัจจุบันพบว่าความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกเท่ากับ 64.34 ล้านคน หรือ 8.52 รายต่อประชากร 1,000 คน (Lippi & Sanchis-Gomar, 2020) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักมีความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย และมีการรอดชีวิตที่ต่ำ (Lueder & Agewall, 2018) หลักการรักษาในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการลดอาการกำเริบ โดยเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรักษาต้องอาศัยการใช้ยาเป็นหลัก ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยมีหลายกลุ่มเช่น ยา กลุ่มยับยั้งเอนจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงเอนไซม์ (Angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACEI), ยา กลุ่มแอ่งจิโอเทนซินรีเซพเตอร์บล็อกเกอร์ (Angiotensin Receptor Blocker), ยา กลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker), ยา สไปรโนแลคโตน (Spironolactone) แต่อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น นอกจากผู้ป่วยจะใช้ยาตามแผนการรักษาแล้ว ยังพบว่ามักมีการใช้ยาที่นอกเหนือคำสั่งแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์อาหารเสริม สมุนไพรที่ตนคิดว่าจะสามารถช่วยควบคุมภาวะโรคที่เป็นอยู่ด้วย (Butrous & Hummel, 2016) ทำให้มีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) ซึ่งการใช้ยาจำนวนมากอาจนำไปสู่ผลกระทบที่สำคัญต่อการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้เช่นเดียวกัน ได้แก่ ปัญหาการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา ยาบางชนิดอาจทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง (Mastromarino et al., 2014) และยังพบว่าในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาจำนวนมาก ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยาในอัตราที่สูงขึ้น (Butrous & Hummel, 2016) นอกจากนั้นยังพบว่าการใช้ยาร่วมกันหลายขนานยังส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ของผู้ป่วยอีกด้วย

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Kripalani, Risser, Gatti, & Jacobson, 2009) และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้การรักษาได้ผล หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีผลเสียเกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการปรับเปลี่ยนการรักษา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เกิดจากการเสียเวลา ตลอดจนมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา และคุณภาพชีวิตลดลง (Sthapornnanon, 2012) และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Pallangyo et al., 2020)

การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีวินัยต่อการรักษา และให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระยะยาวได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ด้าน (Sabaté & Sabaté, 2003; Riles, Jain, & Fendrick, 2014) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรค สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Rungsawang, 2015) 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนชนิดยาและความถี่ในการใช้ยา 3) ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย ได้แก่ จำนวนโรคร่วม 4) ปัจจัยด้านระบบสุขภาพและทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ และ 5) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Wongyai, Maneesriwongul, & Putawatana, 2014) และความสม่ำเสมอในการมาติดตามการรักษา (Bunyatnopparat & Limpawattana, 2019) และในผู้สูงอายุภาวะหัวใจ

ล้มเหลวที่มักได้รับการรักษาด้วยยาหลายขนาน เพื่อควบคุมอาการของภาวะโรค และยังคงรักษาโรคร่วมไปด้วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่สำคัญคือปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเอง โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากตัวผู้ป่วยเองเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้นก็คือปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากวัยสูงอายุทำให้เกิดข้อจำกัดหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ข้อจำกัดในการเข้าใจ ต้องการผู้ช่วยสื่อความหมาย สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ หรือข้อจำกัดในการเดินทางที่ต้องมีคนคอยดูแล ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Cajita, Cajita, & Han, 2016) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา (Cajita et al., 2016)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญ อันหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันรวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีผลทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาล ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว หรือการใช้ยา เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้การดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือปานกลาง และยังพบว่าผู้ป่วยมีการปรึกษาหารือกับบุคลากรทางสุขภาพมากกว่า และให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าอีกด้วย (Gallagher, Luttik, & Jaarsma, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น และศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยา แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยา โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีความแตกต่างทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิต อีกทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่อนข้างน้อยและยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในภาวะโรค และยังมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคอยู่ในตัวคนเดียวทำให้มีการใช้ยาจำนวนมาก โดยในการศึกษานี้จะทำให้ทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริม



ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร
2. ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด (polypharmacy) เพื่อควบคุมอาการ และรักษาโรคร่วม การจะใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้ ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีการใช้ยาตามแผนการรักษา หรือคำแนะนำที่ได้รับจากทีมบุคลากรสุขภาพ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตรงตามเวลา ตรงตามขนาด และตรงตามมียา โดยผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการรักษาหรือควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีนั้นต้องอาศัยการมีความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ สามารถทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy/basic skills and understanding) 2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) 3) ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) และด้วยข้อจำกัดหลายประการที่เกิดจากวัยสูงอายุอาจเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการใช้ยา จึงต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยา โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ กำหนดรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร จากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการ

ใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ power analysis โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดกลางที่ได้กำหนดเป็นค่า conventional effect size ไว้กรณีที่ไม่เคยมีการศึกษาในตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดียวกับที่จะศึกษามาก่อน คำนวณโดยการแทนค่าข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ 1) ได้รับการรักษาด้วยยา 2) รู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ โดยประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบขณะรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ตนเองต่อเดือน การมีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (multimorbidity) จำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดของความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิคาว่า, ทาเคอุชิ, และยานโน (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำพลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทน และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับจิตวิญญาณจำนวน 4 ข้อ สำหรับข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 14 - 56 คะแนน แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .83

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ หทัยรัตน์ เวชมนัส (Wetmanut, 2004) ที่ดัดแปลงและสร้างตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงส่วนใหญ่ และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าระหว่าง 16-64 คะแนน แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า



Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทย (Medication Adherence Scale in Thais: MAST) ของ กมลชนก จงวิลเกษม และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (Jongwilakasem & Lerkiatbundit, 2021) ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบแบบ 6 ตัวเลือก ข้อคำถามที่ 1-6 จะสะท้อนความถี่ของการไม่ได้ใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือน โดยมีตัวเลือกคือ มากกว่า 15 ครั้ง/เดือน, 10-15 ครั้ง/เดือน, 6-9 ครั้ง/เดือน, 3-5 ครั้ง/เดือน, 1-2 ครั้ง/เดือน และไม่เคยเลย ส่วนข้อที่ 7 และ 8 มีคำตอบ 6 ตัวเลือกเช่นกัน แต่ปรับตัวเลือกเป็น บ่อยมาก บ่อย มีบ้าง น้อย น้อยมาก และไม่เคยเลย คะแนนรวมทั้งหกดมีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน แต่ละข้อมีความหมายและมีเกณฑ์การให้คะแนน โดยในข้อคำถามที่ 1-6 หากตอบมากกว่า 15 ครั้ง/เดือน ให้ 0 คะแนน 10-15 ครั้ง/เดือน ให้ 1 คะแนน 6-9 ครั้ง/เดือน ให้ 2 คะแนน 3-5 ครั้ง/เดือน ให้ 3 คะแนน 1-2 ครั้ง/เดือน ให้ 4 คะแนนและไม่เคยเลยให้ 5 คะแนน สำหรับข้อคำถามที่ 7-8 หากตอบบ่อยมากให้ 0 คะแนน บ่อยให้ 1 คะแนน มีบ้างให้ 2 คะแนน น้อยให้ 3 คะแนน น้อยมากให้ 4 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 5 คะแนน โดยมีการแปลผลระดับความร่วมมือในการใช้ยาอาศัยจุดตัดคะแนนที่ระดับ 34 คะแนน นั่นคือผู้ป่วยที่ได้คะแนนตั้งแต่ 34 คะแนน แปลว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 2564-EXP031 และ NONE-2564-08261 ตามลำดับผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยสูงอายุตามเกณฑ์แล้วชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ขั้นตอนขณะสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัย ทีมผู้ร่วมวิจัยและผู้สูงอายุมีการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 สำหรับชื่อและรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การรายงานผลการศึกษาก็เป็นเพียงข้อมูลวิเคราะห์โดยรวมเท่านั้น และไม่มีการระบุชื่อรวมทั้งไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อมูลในแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ และถูกทำลายโดยผู้วิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับการรักษาตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในวันพุธและวันศุกร์เวลา 08.00-12.00 น. และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มาตรวจตามนัด แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดี ชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสอบถามความประสงค์เรื่องเวลาที่สะดวกตอบแบบสอบถาม เช่น ช่วงเวลาก่อนพบแพทย์ หรือหลังพบแพทย์



4. ประเมินสถิติปัญหาการรู้คิดฉบับสั้น หากผู้สูงอายุได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัย และทีมผู้ร่วมวิจัย จะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามดังนี้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของไทย แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างสัมภาษณ์อำนวยความสะดวกในการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ห่างไกลจากบริเวณที่มีผู้คนพลุกพล่าน และไม่มีผู้อื่น (ยกเว้นญาติ) ได้ยินการสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที และ 5) เมื่อได้รับแบบสอบถามครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.4 มีอายุตั้งแต่ 60 - 89 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.04 ปี ($\bar{X} = 72.04$, $SD = 7.38$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.1 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 มีคนช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 86.9 มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมร้อยละ 88.1 และส่วนใหญ่รับประทานยาจำนวน 4-9 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 57.1

2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตติยภูมิ ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอร้อยละ 96.40 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเท่ากับ 37.86 ($SD = 3.50$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 48.80 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 41.31 ($SD = 9.49$) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงร้อยละ 73.80 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 52.65 ($SD = 6.98$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามระดับและโดยรวม (n=84)

ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ความร่วมมือในการใช้ยาไม่เพียงพอ	3	3.60		
มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอ	81	96.40	37.86	3.50
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ระดับต่ำ	7	8.30		
ระดับปานกลาง	36	42.90		
ระดับสูง	41	48.80		
โดยรวม			41.31	9.49



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการใช้ยา ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามระดับและโดยรวม (n=84) (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม			
ระดับต่ำ	-	-	
ระดับปานกลาง	22	26.20	
ระดับสูง	62	73.80	
โดยรวม		52.65	6.98

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296, p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่า Spearman's rank correlation coefficient ระหว่างปัจจัย (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม) และความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=84)

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
ระดับพื้นฐาน	-.124
ระดับปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน	-.069
ระดับจิตวิญญาณ	-.052
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม)	-.089
การสนับสนุนทางสังคม	
ด้านอารมณ์	.296**
ด้านการประเมินค่า	.050
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.052
ด้านทรัพยากร	.133
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	.185

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 96.40 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงคือร้อยละ 48.80 และได้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงร้อยละ 73.80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่รับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไป อีกทั้งโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องโรค และการใช้ยา การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือน หรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถทั้งการอ่านและเขียน เข้าถึงและรับรู้ข้อมูล รวมทั้งมี

ความสามารถในการฟัง พูด ติดต่อสื่อสาร ตลอดจนสามารถนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์เลือกปฏิบัติ แก้ไขปัญหา และจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค ดังการศึกษาของ เซเชอร์, วูดส์, สโมเธอร์, และโรเจอร์ (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2015) ที่การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคนที่ช่วยเหลือดูแลอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 86.90 ซึ่งการมีคนช่วยเหลือดูแล ที่อาจเป็นผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ แอลลิแมน, สตรอมเบิร์ก, และ ไทเลน (Allemann, Stromberg, & Thylen, 2018) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการฝังเครื่องกระตุกหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator) ที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำมักเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว นอกจากนั้นยังเป็นไปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีคนช่วยเหลือดูแลจะมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูงด้วย ดังการศึกษาของ สิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (Wongyai et al., 2014) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 225 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทานยา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .296, p < .01$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ นอกจากจะประสบกับภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ยังพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วยถึงร้อยละ 88.10 ทำให้ต้องเผชิญกับการคุกคามของโรค ที่ส่งผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต เกิดความวิตกกังวล จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยได้รับความรัก ความไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่และห่วงใยซึ่งกันและกัน ทั้งจากสมาชิกของครอบครัว และทีมสุขภาพ และจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคนช่วยเหลือดูแลอยู่ในระดับสูง ที่ร้อยละ 86.90 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติหรือคนในครอบครัว การที่ผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวมีคนคอยช่วยเหลือดูแล จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การไว้วางใจซึ่งกันและกัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ คอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งสว่าง (Rungsawang, 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 150 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และรายด้านอื่น ๆ ได้แก่การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริมาส วงศ์ใหญ่ และคณะ (Wongyai et al., 2014) ที่พบว่าการสนับสนุนด้านการประเมินผล ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจากเพื่อนและจากเจ้าหน้าที่/พยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น รายได้ โดยในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ดังการศึกษาของเฮร์มานโน และคณะ (Hermano et al., 2021) ซึ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 59 ราย พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร และการปฏิสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา อันอาจสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความขาดแคลนทรัพยากรทางการเงิน โดยผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เพียงพอ (Lee, Park, Floyd, Park, & Kim, 2019)

ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพที่มียังประกอบ 3 ระดับ คือระดับพื้นฐานเกี่ยวกับทักษะในการอ่านและเขียน รับรู้ เข้าใจ และเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันซึ่งเป็นทักษะหรือสมรรถนะในการพูด ฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสาร เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพ และสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับวิจารณ์ญาณที่ต้องมีทักษะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริม รักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008) อาจไม่ใช่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษานี้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงพอที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยอื่นเช่น วัฒนธรรมและสังคม และลักษณะส่วนบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยไทยที่มักให้ความสำคัญต่อการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เชื่อฟังคำแนะนำของบุคลากรเหล่านี้อย่างเคร่งครัด และกลัวผลที่ตามมาของการปฏิเสธที่จะปฏิบัติตาม รวมถึงผู้ป่วยมักยอมรับประหลาดมากกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุภัสสร วรณศิริกุล และคณะ (Wannasirikul et al., 2016) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 600 ราย พบว่าปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสังคม และลักษณะส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยินและสุขภาพจิต รวมถึงระยะเวลาของการวินิจฉัยโรคมียังมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประยุกต์ผลการวิจัยครั้งนี้จะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบจากข้อจำกัดของการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นจึงอาจมีผลต่อการนำผลการวิจัยที่ได้อ้างอิงไปยังประชากร อย่างไรก็ตามขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำที่คำนวณได้ของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา หรือเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มเติม
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว



Factors Related to Medication Adherence Among Older Persons with Heart Failure ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3. พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มอบทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

- Allemann, H., Stromberg, A., & Thylen, I. (2018). Perceived social support in persons with heart failure living with an implantable cardioverter defibrillator: A cross-sectional explorative study. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), E1-E8.
- Bunyatnopparat, K., & Limpawattana, P. (2019). Factor associated with medication adherence in older patients with chronic diseases of Dongluang Hospital. *KKU Journal of Medicine*, 5(2), 40-49. (in Thai)
- Butrous, H., & Hummel, S. L. (2016). Heart failure in older adults. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(9), 1140–1147.
- Cajita, M. I., Cajita, T. R., & Han, H. (2016). Health literacy and heart failure: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), 121-130. doi:10.1097/JCN.0000000000000229
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2015). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1-13.
- Gallagher, R., Luttik, M., & Jaarsma, T. (2011). Social support and self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.
- Hermano, B. R., Barros, A. L., Lopes, J., Santos, M. A., Lopes, C. T., & Santos, V. B. (2021). Evaluation of social support and medication adherence in patients with coronary artery disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 23(66979), 1-8.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Jongwilaikasem, K., & Lerkiatbundit, S. (2021). Development of the Medication Adherence Scale for Thais (MAST). *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 13(1), 17-30. (in Thai)
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in Health*, 12(1), 118-123. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400
- Lee, H., Park, J. H., Floyd, J. S., Park, S., & Kim, H. C. (2019). Combined effect of income and medication adherence on mortality in newly treated hypertension: Nationwide study of 16 million person-years. *Journal of the American Heart Association*, 8, e013148. doi: 10.1161/JAHA.119.013148
- Lippi, G., & Sanchis-Gomar, F. (2020). Global epidemiology and future trends of heart failure. *AME Medical Journal*, 3(1), 7-11.



- Lueder, T. G., & Agewall, S. (2018). The burden of heart failure in the general population: A clearer and more concerning picture. *Journal of Thoracic Disease*, 10(Suppl 17), S1934-S1937.
- Mastromarino, V., Casenghi, M., Testa, M., Gabriele, E., Coluccia, R., Rubattu, S. & Volpe, M. (2014). Polypharmacy in heart failure patients. *Current Heart Failure Reports*, 11(2), 212-219. doi: 10.1007/s11897-014-0186-8
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsir, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pallangyo, P., Millinga, J., Bhalia, S., Mkojera, Z., Misidai, N., Swai, H. J., Janabi, M. (2020). Medication adherence and survival among hospitalized heart failure patients in a tertiary hospital in Tanzania: A prospective cohort study. *BMC Research Notes*, 13, 89.
- Riles, E. M., Jain, A. V., & Fendrick, A. M. (2014). Medication adherence and heart failure. *Current Cardiology Reports*, 16(3), 458. doi: 10.1007/s11886-013-0458-z
- Rungsawang, S. (2015). Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Nursing, Siam University*, 18, 6-23. (in Thai)
- Sabaté, E., & Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved from https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Savarese, G., & Lund, L. H. (2017). Global public health burden of heart failure. *Cardiac Failure Review*, 3(1), 7-11.
- Sthapornnanon, N. (2012). Medication nonadherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 7(1), 23-39. (in Thai)
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public health*, 47(1), 109-120.
- Wetmanut, H. (2004). *Factors predicting health promoting behaviors among the elderly with heart failure* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Wongyai, S., Maneesriwongul, W., & Putawatana, P. (2014). Factors related to medication adherence among patients with diabetes mellitus type 2 at diabetic clinics. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(2) 80-90. (in Thai)