

## ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ปิยะดา ยั่งยืน\* มยุรี นีรัทธราทร\*\* พนิดา ศิริอำพันธ์กุล\*\* ณัฐพัชร์ บัวบุญ\*\*

### บทคัดย่อ

44

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้อาเภอฟุนฟัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ 60 คน เข้ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหา 30 คน มีกิจกรรม การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันด้านการจัดการปัญหาการใช้ยาให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการยา ในสัปดาห์ที่ 1-6 โทรศัพท์ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบค่าที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาหลังได้รับโปรแกรมฯ ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ( $\bar{X} = 41.87$ ,  $SD = 2.84$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยา หลังได้รับโปรแกรมฯ ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 41.13$ ,  $SD = 2.66$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยนำมาพัฒนาแนวทางส่งเสริมครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

**คำสำคัญ:** การมีส่วนร่วมของครอบครัว, ปัญหาการใช้ยา, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2561; 48(1): 44-56

\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged Society)<sup>1</sup> สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนของประชากรสูงอายุ เนื่องจากการพัฒนาประเทศด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการแพทย์ การสาธารณสุข สุขภาพพล เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้อัตราตายของประชากรลดลง เมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ กลไกการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายด้อยประสิทธิภาพลง ประชากรสูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และหากผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้วมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคให้คงที่ได้ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่าง ๆ และอาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ง่ายกว่าวัยอื่น ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ นำมาซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและพบมากในวัยสูงอายุ

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคเรื้อรังด้วยการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมีจุดมุ่งหมายเพื่อควบคุมอาการของโรค คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ปี พ.ศ. 2557<sup>2</sup> จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงเป็นอันดับหนึ่งในภาคใต้และติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีประชากรสูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 57,516 คน โรคเบาหวาน

22,469 คน รวมทั้ง 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 60.63 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และในเขตอำเภอพุนพิน มีประชากรสูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5,596 คน และป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 2,170 คน รวมทั้ง 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 65.49 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในอำเภอพุนพิน ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี นับเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาผู้สูงอายุเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอีกพื้นที่หนึ่งที่ต้องได้รับการดูแล และจัดการปัญหาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์การใช้ยารักษาโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 43.7 ใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 33.3 ใช้ยา 3-4 ชนิดต่อวัน และร้อยละ 23 ใช้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิดต่อวัน<sup>3</sup> จำนวนยาที่ใช้มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการแก้ปัญหาการใช้ยา และเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.7 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>4</sup> มีผู้สูงอายุร้อยละ 5-33 ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตแล้วเกิดภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนอิริยาบถ (Postural Hypotension) มีผู้สูงอายุร้อยละ 7 มาโรงพยาบาลด้วยอาการเป็นลมภายหลังการรับประทานยาลดความดันโลหิต (Syncope)<sup>5</sup> จากปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดจากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การลืมรับประทานยา เนื่องจากความเสื่อมถอยด้านกระบวนการคิดความจำ โดยผู้สูงอายุร้อยละ 40 มีพฤติกรรมหลงลืมรับประทานยาตามเวลา และมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 40 ขาดความรู้ความเข้าใจ



ที่ถูกต้องในการรับประทานยา ทำให้รับประทานยาผิด  
พร้อมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียง  
จากยาได้<sup>6, 7</sup> นำไปสู่การเกิดปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ  
ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาการใช้ยาที่เกิดขึ้น  
ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ  
แทรกซ้อนร้ายแรงต่าง ๆ ตามมามากขึ้น และทำให้  
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากไม่สามารถ  
ควบคุมอาการของโรคให้คงที่ได้ ทำให้ครอบครัวต้อง  
รับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น และใน  
บางครอบครัวทำให้ผู้ดูแลต้องสละเวลาส่วนตัวหรือต้อง  
ลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรค  
เรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

46

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา  
การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุและการมี  
ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย  
เป็นโรคเรื้อรังที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา  
เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาของ  
ผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุ<sup>8-11</sup> และมีการ  
ศึกษาในรูปแบบโปรแกรมที่พบส่วนใหญ่เป็นรูปแบบ  
การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะเน้นบทบาทการมี  
ส่วนร่วมในด้านสังคม เช่น การพาไปพบแพทย์ตามนัด  
การพูดคุยให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย  
เป็นต้น แต่ยังไม่พบรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว  
ในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ชัดเจน  
จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่เสื่อม  
เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถของอวัยวะในระบบต่าง ๆ  
ทำงานได้ลดลง สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง  
ด้านการใช้ยา เพราะต้องอาศัยทักษะทางร่างกาย  
และการรู้คิดควบคู่กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิด  
ความพร่องในการดูแลตนเองด้านการใช้ยา และเสี่ยง  
ต่อการเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ตลอดเวลา ดังนั้น

ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยจัดการปัญหา  
การใช้ยาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเหลือ  
ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ตามนโยบาย  
การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของกระทรวงสาธารณสุข  
ที่เน้นดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ  
โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วย  
ระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อ  
ชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด<sup>12</sup>

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหา  
การใช้ยาของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีพฤติกรรมใช้ยา  
ที่เหมาะสม ดังแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล  
ของ Sebern<sup>13</sup> ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของ  
ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง  
เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย  
3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) การสื่อสาร เป็นการสื่อสาร  
เกี่ยวกับอาการแสดง ความรู้สึก คำแนะนำ ของสมาชิก  
ในครอบครัวไปเป็นความเข้าใจในการมีส่วนร่วมใน  
สถานการณ์ต่าง ๆ 2) การตัดสินใจ เป็นการค้นหาข้อมูล  
ของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจหาทางออกที่ดีที่สุด  
ร่วมกันในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การกระทำ  
ร่วมกัน เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ  
การรับฟัง การเป็นหุ้นส่วนในการจัดการกับความเจ็บป่วย  
ดังนั้น ในบทบาทของบุคลากรสุขภาพที่เล็งเห็นถึง  
ความสำคัญของการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม  
เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และป้องกันภาวะ  
แทรกซ้อน รวมถึงอันตรายจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง  
จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ  
ครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ  
โรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมี  
ส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา  
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน  
และช่วยให้ทราบแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพ



ของบุคคลในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุด้านการใช้จ่ายร่วมกันเพิ่มขึ้น

## สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และมีสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้จ่าย พื้นที่อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากผลการศึกษาของจงจิตบุญอินทร์<sup>14</sup> เรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน

1.2 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว

1.3 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ (ผ่านการประเมินด้วย Barthel Activities of Daily Living Index: Barthel ADL Index ได้ 5 คะแนนขึ้นไป)

1.4 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ (ผ่านการประเมินโดยใช้แบบประเมินสภาพจิต Chula Mental Test: CMT ได้ 16 คะแนนขึ้นไป)

1.5 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2. สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้จ่าย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลในครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ แล้วมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No. 235/2560 รหัสโครงการที่ 158/2559 รับรองวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้จ่าย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ด้วยความสมัครใจในการเก็บข้อมูลและในกระบวนการศึกษาข้อมูลจะเป็นความลับ เมื่ออาสาสมัครวิจัยยินยอมและตัดสินใจลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกัน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อเนื่อง 7 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติโดยพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน จนกระทั่ง 8 สัปดาห์ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลภายหลังให้การดูแลตามปกติ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living Index : Barthel ADL Index)<sup>15</sup>

ประกอบด้วยการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม 10 ข้อ และแบบประเมินสภาพจิต (Chula Mental Test: CMT)<sup>16</sup> ใช้ประเมินความบกพร่องด้านการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โดยเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับนี้ นำมาใช้โดยไม่ปรับข้อคำถามใดเพิ่มเติม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้จ่าย และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด 20 ข้อ เป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติ โดยมีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 1.00, 1.00, และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75

3. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern<sup>13</sup> โดยมีเอกสารประกอบโปรแกรมฯ ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (ใช่/ไม่ใช่) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.95 และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของ เครื่องมือวิจัยด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบประเมิน ปัญหาการใช้ยา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 ภาพ และสื่อประกอบโปรแกรมฯ ได้แก่ โปสเตอร์วิธีการ ใช้ยา และปฏิทิน “อย่าลืมฉัน” ที่ผ่านการตรวจสอบ ความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

เริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยให้ โปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองก่อนจนครบ 30 คน จึงจะ เริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม เป็นลำดับต่อไป เนื่องจากอยู่คนละพื้นที่ แต่ช่วงเวลา ในการเก็บข้อมูลนั้น ครอบคลุมอยู่ในสัปดาห์เดียวกัน ซึ่งมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อเนื่อง 7 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ให้ผู้สูงอายุและสมาชิก ในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้ยา มีการ แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการใช้ยาที่ผ่านมาจนเกิดการ ปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และความคิดเห็นของ สมาชิกครอบครัว ไปเป็นความเข้าใจในการมีส่วนร่วม ในการดูแล และให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคเรื้อรัง สัปดาห์ที่ 2 ให้ค้นหาข้อมูลและอาการผิดปกติ สาเหตุ ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ผ่านมา ให้ความรู้เรื่องปัญหา การใช้ยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และผลกระทบจาก การเกิดปัญหาการใช้ยา กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ ร่วมกัน สัปดาห์ที่ 3 ให้ออกเล่าความต้องการการดูแล ร่วมทั้งบอกเล่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการใช้ยา และให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการใช้ยา

รักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม สัปดาห์ที่ 4 ทบทวน วิธีการจัดยาและรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ร่วมกัน อธิบายพร้อมสาธิต และให้ฝึกทักษะการจัด เตรียมยา และวิธีการลงบันทึกการใช้ยาในปฏิทิน “อย่าลืมฉัน” แจกภาพโปสเตอร์วิธีการใช้ยา และแจก ปฏิทิน “อย่าลืมฉัน” สัปดาห์ที่ 5 ทบทวนยาที่ใช้จริง ทั้งหมดในปัจจุบัน ให้ความรู้เรื่องผลกระทบจากการ ใช้ยารักษาโรคเรื้อรังร่วมกับยาชนิดอื่น ๆ ที่นอกเหนือ จากคำสั่งแพทย์ สัปดาห์ที่ 6 ทบทวนอาการข้างเคียง จากการใช้ยาที่เคยเกิดขึ้น ให้ความรู้ สาธิต แล้วให้ ฝึกทักษะการสังเกตอาการผิดปกติ และการจัดการ อาการข้างเคียงจากการใช้ยาเบื้องต้น สัปดาห์ที่ 7 โทรศัพทติดตามเยี่ยม สอบถามปัญหา พูดคุยให้ กำลังใจ สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง สัปดาห์ที่ 2-7 ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการใช้ยาที่บ้าน สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังเสร็จสิ้น การทดลองและให้โปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ต่อเนื่องอีก 7 สัปดาห์ เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละของ ข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการใช้วิเคราะห์ Chi-square Test, Fisher Exact Probability Test และ Independent T-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการใช้ยา ภายในในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Paired T-test และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent T-test

### ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภาพรวมมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศของทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 69.60 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 70.17 ปี ส่วนใหญ่ สมรสแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่ได้ ประกอบอาชีพ ใช้สิทธิผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาล มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.43 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 8.73 ปี จำนวน ยารักษาโรคเรื้อรังที่ใช้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 2.47 ชนิด กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.30 ชนิด

2. คุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแล ผู้สูงอายุด้านการใช้จ่ายส่วนใหญ่ โดยภาพรวมมีความ

คล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศของทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 36.73 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 34.87 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท จำนวนสมาชิก ในครอบครัวเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.13 คน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.87 คน มีบุตรเป็นผู้ดูแล ไม่มี โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 6.47 ปี กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.37 ปี

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 41.87$ ,  $SD = 2.84$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ดังตาราง ที่ 1

**Table 1** Comparison, Between Pre-test and Post-test, of Drug Use Behaviors Mean Score among Older Adults in the Experimental Group. (n = 30)

Sample Group	$\bar{X}$	SD	t	p
Experimental Group			16.300	<.001
pre-test	41.87	2.84		
post-test	51.33	1.65		

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ภายหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่ม

สูงขึ้น ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 41.13$ ,  $SD = 2.66$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังตารางที่ 2



**Table 2** Comparison of Drug Use Behaviors Mean Score, at Post-test, Between Older Adults in the Experimental Group and the Comparison Group. (n = 30)

Sample Group	$\bar{X}$	SD	t	p
Pre-test			.134	.447
Experimental Group	41.87	2.84		
Control Group	41.77	2.96		
Post-test			16.099	<.001
Experimental Group	51.33	1.65		
Control Group	41.13	2.66		

### อภิปรายผล

ผู้วิจัย อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐาน ดังนี้ สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการ ปัญหาการใช้ยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การใช้ยาภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 51.33, SD = 1.65$ ) สูงกว่าก่อนเริ่มการทดลอง ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X} = 41.87, SD = 2.84$ ) อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการ ปัญหาการใช้ยา ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี การมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern<sup>13</sup> ซึ่งอธิบาย ได้ว่า อาจเป็นผลจากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังกล่าว กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นโรคเรื้อรัง 3 ด้านหลัก ๆ มีความสอดคล้อง ดังนี้ 1) การสื่อสาร ด้านปัญหาการใช้ยา เพื่อแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแล

ผู้สูงอายุด้านการใช้ยา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการบอกเล่า ประสบการณ์การรับประทายยาที่ผ่านมาว่า ได้ประสบ ปัญหาการใช้ยา ได้แก่ สิมกinya หักเม็ดยาแบ่งครึ่งไม่ได้ อ่านฉลากยาไม่เห็น เป็นต้น สมาชิกในครอบครัว จะพูดคุยสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการช่วยเหลือ ที่ผู้สูงอายุต้องการจากตน ทำให้เกิดการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกใน ครอบครัว จากที่ไม่เคยมีการสื่อสารข้อมูลด้านปัญหา การใช้ยาแบบนี้มาก่อน 2) การตัดสินใจ จากการได้ ร่วมกันค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ปัญหาการใช้ยา ซึ่งผู้สูงอายุได้มีการนำข้อมูลปัญหา การใช้ยาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือของ ผู้สูงอายุมาทบทวนร่วมกันจนได้แนวทางการจัดการ ปัญหาการใช้ยา อย่างน้อย 2 แนวทาง แล้วมีการ ตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการปัญหาการใช้ยา ร่วมกัน อันจะนำไปสู่การกระทำร่วมกันเกี่ยวกับด้าน การใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) การกระทำร่วมกัน มีฝึกทักษะร่วมกันในเรื่องการจัดการอาการข้างเคียง จากการใช้ยาเบื้องต้น และมีส่วนร่วมในการจัดการ ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายใต้บริบท และข้อตกลงร่วมกันของแต่ละครอบครัว ซึ่งในระหว่าง

ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการใช้อารักษาโรคเรื้อรังที่ถูกต้องเป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน ในสัปดาห์ที่ 1- 6 ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการใช้อายาและจัดการปัญหาการใช้อายาร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มทดลองได้รับโปสเตอร์วิธีการใช้อายา พร้อมกับได้รับปฏิทิน “อย่าลืมนั่น” เพื่อใช้ลงบันทึก ตรวจสอบการรับประทานยาในแต่ละวัน และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 7 เพื่อสอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการใช้อายา ให้คำปรึกษา และพูดคุยให้กำลังใจ จากรูปแบบกิจกรรมและเครื่องมือวิจัยดังกล่าว ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้อายาที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพารัตน์ คงนางวัง<sup>17</sup> ศึกษาเรื่อง ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า ผลเลือดผู้ป่วย (ค่า DTX และค่า HbA<sub>1c</sub>) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้อายา สามารถช่วยปรับพฤติกรรมการใช้อายาของผู้สูงอายุโรคที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมการใช้อายาที่เหมาะสมได้

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้อายาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้อายาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้อายาของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) มากกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X} = 41.13$ ,  $SD = 2.66$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เป็นผลมาจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้อายา มีรูปแบบ

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อจัดการปัญหาการใช้อายา ครอบครัวประเด็นของการดูแลร่วมกัน และให้ความรู้เรื่องการใช้อายารักษาโรคเรื้อรังที่ถูกต้อง ร่วมกับการฝึกทักษะการใช้อายาด้านต่าง ๆ รวมทั้งให้ภาพโปสเตอร์วิธีการใช้อายาไว้ศึกษา/ทบทวน และให้ปฏิทิน “อย่าลืมนั่น” ไว้บันทึกการรับประทานยาในแต่ละมื้อต่อที่บ้าน ซึ่งเป็นสื่อประกอบโปรแกรมฯ ที่ช่วยสะท้อนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ มีการติดตามกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้อายามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการใช้อายาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามปัญหาหรือข้อขัดข้องในการใช้อายา ให้คำปรึกษา และพูดคุยให้กำลังใจ ในสัปดาห์ที่ 7 จนสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในส่วนของกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง รูปแบบการดูแลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรมการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว และให้สุขศึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ในระหว่างรอพบแพทย์ ทราบข้อมูลการรักษาจากแพทย์ และมีเภสัชกรอธิบายวิธีการใช้อายา โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลการรักษาเพียงลำพัง มีสมาชิกในครอบครัวรออยู่พบแพทย์พร้อมกับผู้สูงอายุเป็นส่วนน้อย เนื่องจากต้องรีบกลับไปทำงาน และจะมารับผู้สูงอายุกลับบ้าน ในภายหลัง ขณะอยู่บ้านพักสมาชิกในครอบครัวจะดูแลด้านการใช้อายาของผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือ ช่วยเตือนเวลาในการรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ที่จะมีรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้านการใช้อายาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการใช้อายาในผู้สูงอายุมีข้อควรระวังเป็นพิเศษและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้อายา



ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ และจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการใช้ยาด้วยตนเองลดลง การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยจัดการปัญหาการใช้ยาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการใช้ยาที่ถูกต้องร่วมกับศึกษาจากคู่มือโรคเบาหวานและมีบุคคลในครอบครัวมาร่วมกระตุ้นเตือนหรือเตรียมยาไว้ให้ ทำให้พบว่า การรับประทานยารักษาเบาหวานตรงเวลาเพิ่มขึ้น<sup>18</sup>

ด้วยเหตุผลข้างต้น จะเห็นว่า ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern<sup>13</sup> ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแล คือ การสื่อสาร การมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เข้าใจตรงกัน ทำให้เกิดกระบวนการตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาพร้อมกันได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ และนำไปสู่การกระทำร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการใช้ยาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุต่อการเพิ่มค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

## ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้คัดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ซึ่งผลการวิจัยมีข้อจำกัดในการอ้างอิงประชากรสูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์หรือพยาบาล

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรนำรูปแบบกิจกรรมตามโปรแกรมฯ การวิจัยไปใช้ในการพัฒนาขั้นตอนการตรวจติดตามอาการในคลินิกโรคเรื้อรังที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการตรวจรักษาในคลินิก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการใช้ยาที่ถูกต้องร่วมกันกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
2. ใช้ในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือดูแลด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะทอน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณอาสาสมัครวิจัยในพื้นที่อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้ความร่วมมือ และสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

## เอกสารอ้างอิง

1. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin Printing & Publishing. 2014.
2. National Statistical Office. Preliminary results report survey the elderly population in Thailand in 2014. Available at <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/older57.pdf>., accessed February 2, 2014.
3. Leetaweasuk J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanyaboon L, Rattanapanich N, Thanitkunsarn. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tal District, Tak Province. [M.Sc.Thesis in Medicine]. Phitsanulok: Faculty of Graduate studies, Naresuan University, 2013.
4. Kongkaew C, Noyce P R, & Ashcroft D M. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: A systematic review of prospective observational studies. SAGE Journals 2008; 42: 1017-25.
5. Vannaprasaht V. Drug use problems among older adults. Journal of Medicine 2011; 7(3): 75-80.
6. Vivian WY Lee, Kathy KW Pang, Ka Chun Hui, Jennifer CK Kwok, Siu Ling Leung, et al. Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly. Geriatrics Gerontology International 2013; 13(4): 978-85.
7. Naiyapatana W. Health problems, medicine-used problems, and medicine-used behaviors among elderly in the community of Phramongkutklao Hospital Personel's Residence. Journal of Nursing and Education 2010; 3(1): 2-14.
8. Apiratanawong S. Self-medication management in older adults. [M.Sc.Thesis in Nursing]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2008. 9.
9. Suksomsin S. Factors affecting medication usage behaviors among the elderly in Lumlukbua community in Nakhon Pathom province. [M.Sc.Thesis in Nursing]. Nakhon Pathom: Faculty of Graduate studies, Christian University, 2008.
10. Putkong S, Panpakdee O, Malathum P, and Kawamatawong T. Factors related to self-care behavior for medication use and perceived asthma control in older persons with asthma. Rama Nurse Journal 2011; 17(3): 309-27.

11. Limpawattana P. Drug use problems among older adults. *Journal of Medicine* 2011; 10(3): 52-65.
12. Muenpa R and Phuripanyavanich N. Rational drug use. Available at [http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article\\_\\_detail&subpage=article\\_\\_detail&id=209](http://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article__detail&subpage=article__detail&id=209), accessed June 17, 2017.
13. Sebern, M. Shared Care elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 52(2): 170-9.
14. Boonin J. Effects of Family Participation Program on Footcare for the Aged with Diabetes. [M.Sc.Thesis in Nursing]. Chonburi: Faculty of Graduate studies, Burapha University, 2008.
15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Med J* 1965; 14: 61-5.
16. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula mental test: a screening mental test developed for Thai elderly. *Inter J Geriatr Psychiatry* 1996; 11:715-20.
17. Khongnawang T. The effects of care model development for diabetes patients type 2 by family and community participation. [M.Sc.Thesis in Public Health]. Khonkaen: Faculty of Graduate studies, Khonkaen University, 2013.
18. Charoen R. Effects of knowledge development and family participation program on health behaviors and glycemic control in older persons with Type 2 Diabetes. *Rama Nurse Journal* 2009; 16(2): 279-92.

## Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community

Piyada Yuychim\* Mayuree Niratharadorn\*\* Panida Siriumpunkul\*\* Natthapat Buaboon\*\*

### ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a family participation program in managing drug use concerning drug use behaviors among older adults with chronic disease in community. The sample comprised older adults with hypertension or diabetes and family members who care for older adults concerning drug use in Phun Phin District, Surat Thani. A total of 60 participants were selected in the study according to inclusion criteria. Thirty participants were randomly assigned to an experimental group participating in the family participation program to manage their drug use, dealing with decision-making and collaborative activities in drug problem management, knowledge acquisition, and skills training. The other 30 participants in the control group received normal care. Weekly, 1-6 phone calls were

made and at week 7, data were collected using a demographic questionnaire and drug use behaviors assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results revealed that the experimental group had a significantly higher mean score ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) than before receiving the program ( $\bar{X} = 41.87$ ,  $SD = 2.84$ ). The experimental group had a mean score on drug behavior that ( $\bar{X} = 51.33$ ,  $SD = 1.65$ ) was significantly higher than the control group ( $\bar{X} = 41.13$ ,  $SD = 2.66$ ) after the program. The results of this study can be used as guidelines for family participation in managing drug use.

**Keywords:** family participation, drug use program, drug use behaviors, older adults with chronic disease

*J Public Health 2018; 48(1): 44-56*

Correspondence: Piyada Yuychim, Department of Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani 12121 Thailand. E-mail: piyada.ns1@gmail.com

\* Graduate Student in Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Thammasat University.

\*\* Faculty of Nursing, Thammasat University.