

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2558  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY MEDICATION ADHERENCE  
AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS

Lieutenant Commander Sasithon Rungsawang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลาย
	ขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
โดย	นาวาตรีหญิงศศิธร รุ่งสว่าง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ชูวรรณะปกรณ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีตรัตน์)

ศศิธร รุ่งสว่าง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY MEDICATION ADHERENCE AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณประภรณ์, 141 หน้า.

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 คน ที่มารับบริการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ใช้การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน, Chi-Square และ ค่า t-test ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 29.32$ ,  $SD = 3.07$ )

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273, 0.258, 0.344, 0.530$  และ  $0.597$  ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.445$ )

3. อายุ เพศและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ( $r = 0.004$  และ  $Chi-Square = 2.277, 0.256$ ) ตามลำดับ โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานโรคเรื้อรังไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 1.33$ )

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677213036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE / CHRONIC ILLNESS / POLYPHARMACY

SASITHON RUNGSAWANG: FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY  
MEDICATION ADHERENCE AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS.

ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 141 pp.

The purposes of this descriptive correlational study were to examine the polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness and the relationship between age, sex, education, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, self-efficacy, social supports and medication adherence. One hundred and fifty people aged 60 and above with chronic illness were recruited from outpatient department at Police General Hospital and Somdech Pra Pinklao Hospital, selected by a multistage sampling technique. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation, Chi-Square and t-test were used to analyze data. The major findings were as follow:

1. The mean score of medication adherence was at a high level ( $x = 29.32$ ,  $SD = 3.07$ )

2. There were statistically positive relationships between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, self-efficacy, social supports and polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness at the level 0.05 ( $r = 0.273, 0.258, .0344, 0.530$  and  $0.597$ ) respectively. There were statistically negative relationships between perceived barriers and polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness at the level 0.05 ( $r = -0.445$ )

3. There were no significant relationships between age, sex, education and medication polypharmacy adherence in among older persons with chronic illness. ( $r = 0.004$  and  $\text{Chi-Square} = 2.277, 0.256$ ) respectively. Whereas, there was no significant relationships between gender and polypharmacy medication adherence. ( $t = 1.33$ )

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความเมตตา และความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านได้ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และคำสั่งสอน ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ อีกทั้งคอยให้กำลังใจ และห่วงใยผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยสำนึกในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ให้ความรู้และคำแนะนำอันทรงคุณค่า ซึ่งเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ คณะกรรมการจริยธรรม และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกห้องตรวจโรคอายุรกรรม ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่เป็นมิตรที่ดีเสมอ คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา สมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจเสมอมา คุณค่าและประโยชน์จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแต่ บุษปารีย์ คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
1. แนวคิดโรคเรื้อรัง.....	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence).....	25
3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ .....	34
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง .....	38
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
6. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	51

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อจำกัดจากการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	86
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	99
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	100
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	102
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และใบ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและ.....	127
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficiency) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน (n=30, และ n=150).....	58
ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (Correlation Coefficient).....	61
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำแนก เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ การวินิจฉัยโรค จำนวนเม็ดยา ผู้ดูแล การมาตรวจตามนัด ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n = 150 คน) .....	63
ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150).....	67
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศ (n = 150).....	67
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150).....	68
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150).....	70

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน และผลจากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในอดีต เป็นปัจจัยให้เกิดปัญหาทางสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2552 รายงานยอดผู้เสียชีวิตสูงถึง 57 ล้านคน ในจำนวนนี้ 36 ล้านคน (63%) เกิดจากโรคเรื้อรัง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2558) สอดคล้องกับสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าผู้สูงอายุป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 330,641 ราย รองลงมาเป็น โรคเบาหวานจำนวน 173,467 ราย โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,178 ราย และโรคหลอดเลือดสมอง พบผู้ป่วยจำนวน 14,176 ราย ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของชาติ (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ เมื่อเกิดในผู้สูงอายุจะมีความรุนแรงของโรคมามากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องมาจากพยาธิวิทยาของโรคเรื้อรังดังกล่าวมานั้น มีความสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติของร่างกายหลายระบบ อาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค จึงจำเป็นต้องใช้ยารักษาจำนวนมากขึ้นไปด้วย (Saini, Schoenfeld, Kaulback & Dubinsky, 2009) จากข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 57 ของผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี ใช้อย่างน้อย 5 ชนิดและร้อยละ 12 ใช้อย่างน้อย 10 ชนิดขึ้นไปต่อสัปดาห์ (Hayes, Klein & Barreto, 2007) การสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายอย่างที่ส่งผลต่อการดูดซึมยา การกระจายตัวของยา การขับถ่ายยา ทำให้เพิ่มโอกาสการเกิดปฏิกิริยาของยาต่อกันและการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากกว่าบุคคลทั่วไป ผลกระทบจากยาเหล่านี้พบได้บ่อย เมื่อมีการใช้ยาหลายขนาน ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป ที่เรียกว่า Polypharmacy และการใช้ยาหลายขนานยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการใช้ยาอื่นๆ ร่วมด้วย (Touhy & Jett, 2010) นอกจากนี้ยังพบว่าสูงอายุที่ใช้ยาหลายขนานมีโอกาสเกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาลดลง โดยเฉลี่ยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี (Tanner, 2004) ซึ่งส่งผลทางคลินิกในการรักษา เพิ่มความเจ็บป่วย ผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน

ขึ้น และทำให้จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดจากปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมมีแนวโน้มสูงขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก และผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Carneiro et al., 2011)

ดังนั้นการลดอัตราความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดีและคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้ประสิทธิผลการรักษาไม่บรรลุตามเป้าหมาย สูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และอาจเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้

การใช้ยาหลายขนาน หมายถึง การใช้ยาจำนวน 5 ชนิดขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีหลายโรคร่วมกันและใช้ยามากกว่า 5 ชนิด ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงมักเกิดจากการรับประทานยาหลายขนาน (Polypharmacy) อาจมีการใช้ยาในลักษณะซ้ำซ้อนกัน หรือการรับประทานยามากเกินความจำเป็น จำนวนยาและมียาที่มากขึ้น หรือความถี่ของเวลาการรับประทานยาที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในการใช้ยาของผู้สูงอายุ (มีนา เพชรมี, 2549) อีกทั้งอาจมีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในวัยสูงอายุร่วมด้วย เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำที่ลดลงทำให้ลืมรับประทานยา เกิดความสับสนเกี่ยวกับวิธีใช้ยา รับประทานยาไม่ครบ หรือรับประทานยาจำนวนมากกว่าปกติ มีปัญหาการมองเห็น ทำให้อ่านฉลากยาไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกสี หรือ ขนาดยาได้ดีเท่ากับผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ การได้ยินบกพร่อง ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วน (Stegemann et al., 2012) ปรับขนาดยา หักดยาเอง หรือหยุดยาจากการเกิดผลข้างเคียงของยา รวมทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อในด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (Vlasnik et al., 2005; Rottlaender et al., 2007) จากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลังในปี 1998-2010 จำนวน 9 การศึกษา พบว่ามีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านการรักษา เช่น จำนวนโรคร่วม ปัจจัยด้านยา เช่น จำนวนยา จำนวนมียา ชนิดของยาและผลข้างเคียงของยา (Karen, 2008) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555; Maclaughlin et al., 2005) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (Bushnell et al. 2011) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อในการรักษาหรือการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Walid et al., 2011) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบย้อนหลัง 20 ปี จำนวน 67 การศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (Emily, 2014)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาหลายขนาน การดูแลรักษาโรค

เหล่านี้ นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมแล้ว ยังต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรคที่เป็นอยู่ (Becker, 1974)

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำแนะนำของบุคคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องตามขนาด ตามเวลา อย่างสม่ำเสมอ (Osterberg & Blaschke, 2005) แต่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือมีความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้น ก็ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ซึ่งเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล และเป็นการรับรู้ตามความเข้าใจของตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน (Becker, 1974)

Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ว่า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยบุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เมื่อมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เป็นจะมีความรุนแรงมากขึ้นหากยังละเลยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการเกิดโรครวม ทั้งมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อและการรับรู้ต่ออุปสรรคสูง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก และการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนว่าสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยการมองเห็นประโยชน์ในการกระทำสิ่งนั้น ความเชื่อดังกล่าวจะนำมาซึ่งความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ Rosenstock et al. (1988) ยังสรุปเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ 1.ปัจจัยร่วม ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา 2. ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น (Bandura, 1977) 3.ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยชักนำที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ สามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกาย และจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างแพร่หลาย เช่น การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดการกระทำพฤติกรรมตามแผน (Theory

of Planned Behavior) ผลการศึกษาพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 43 (คลีพัตรา ไชยศรี, 2554) และ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรับประทานยา และการศึกษาของวรนนัน คล้ายหงส์ (2559) ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 48.70 การศึกษาโดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้ง 3 การศึกษา แต่แนวคิดความเชื่อทางด้านสุขภาพ คลอบคลุมถึงองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจำเป็นในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยการพึ่งพามากกว่าวัยอื่น และเป็นกลยุทธ์สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง อีกทั้งยังสามารถอธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมและมีองค์ประกอบพื้นฐานครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียุคหลายปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ **อายุ** จากการศึกษาของ Park et al. (1992) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าสอดคล้องกับ สมลักษณ์ เทพสุรียนนท์ (2553) พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลทางลบต่อระดับความรู้คิดและสติปัญญาและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง **เพศ** เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา Walker et al. (2006) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ ภวัชร ชัยม่น (2552) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าเพศชาย **ระดับการศึกษา** Gazmararian et al. (2006) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Pourghaznein, Ghaffarin, Hasanzadeh & Chamazari (2013) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** ศศิธร อุตมะ (2549) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า

ผู้สูงอายุที่รับรู้ความรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทายตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรู้ความรุนแรงและรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก **การรับรู้ความรู้ความรุนแรง** จากการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2551) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทายมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความรู้ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับ ศรีทธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) **การรับรู้ประโยชน์** ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทายตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทายในระดับมาก **การรับรู้อุปสรรค** ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทายในระดับมากมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทายเป็น 1.16 เท่า ของผู้สูงอายุที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทายในระดับน้อย สอดคล้องกับ สุมาลี วัจนกร ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทายสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 **การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** Criswell et al. (2010) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ ( $p < .004$ ) สอดคล้องกับ Park et al. (2010) พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีพฤติกรรมการรับประทายอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ สอดคล้องกับ ศรีทธา ประกอบชัยและคณะ (2557) พบว่าสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .550, p < .01$ ) **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทาย จากการศึกษาการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Glader et al. 2010) การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับประทายอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนี้ คือ ปัจจัยร่วมด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา องค์กรประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสิ่งชักนำในการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติกรรพยาบาล และเป็นแนวทางการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดย Rosenstock et al. (1988) อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการตอบสนอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมามากก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อและการรับรู้ต่ออุปสรรคสูง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยดังนี้ **ปัจจัยร่วม** ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา โดยส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล **ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล**

ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค รวมถึง **การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม และ **การสนับสนุนทางสังคม** เป็นปัจจัยชักนำซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา โดยการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินผล ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**อายุ** เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิด เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Hildebrandt, Brewer, & Wolf, 2012) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาต้องอาศัยทักษะทางร่างกายและการรู้คิดควบคู่กัน ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความพร่องการดูแลตนเองในการใช้ยา (พินิตา ไกรนราและคณะ, 2554) Park et al. (1992) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับ Ibrahim, Jirjees & Mahadi (2011) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับ การศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2553) ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลทางลบต่อระดับความรู้คิดและสติปัญญา และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระดับต่ำ (O'Carroll et al., 2011)

**เพศ** เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาทของบุคคลในสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ Becker (1974) ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา Walker et al. (2006) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาส่งกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ ภวักร ชัยมัน (2552) ที่พบว่าเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาส่งกว่าเพศชาย ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัยและคณะ (2550) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเพศหญิงมีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2



**ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (Orem, 1985) จากการศึกษาของ Hernandez-Ronquillo et al. (2003) พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถใช้งานได้อย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับ Gazmararian et al. (2006) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Pourghaznein, Ghaffarin, Hasanzadeh & Chamazari (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่ไม่สอดคล้องกับ รัตนชัย รัตนโคตร (2550) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรี สอดคล้องกับ ศรีธธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยา กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

**การรับรู้โอกาสเสี่ยง** เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในสภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละคน ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ศศิธร อุตมะ (2549) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ความรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

**การรับรู้ความรุนแรง** เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามและ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น จากการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2551) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความ

รุนแรงของโรค สอดคล้องกับ ศรีธธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .444, p < .01$ )

**การรับรู้ประโยชน์** เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น จึงพบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ จากการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก

**การรับรู้อุปสรรค** เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 1.16 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย สอดคล้องกับ สุมาลี วัจนกร ชูติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = 0.16, p < 0.01$ )

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล Criswell et al. (2010) ศึกษาการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ( $p < 0.004$ ) สอดคล้องกับ Park et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ สอดคล้องกับ ศรีธธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผล

การศึกษาพบว่าสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.550, p < 0.01$ )

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นสิ่งชักนำส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติสุขภาพ ที่มีบทบาท สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้าน ทรัพยากร และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกาย และจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จากการศึกษาการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา (Glader et al.2010; Bushnell et al.2011) สอดคล้องกับ การสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมี ความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) (ชัชฎา ภรณ์ กมขุนทด, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูง อายุโรคเรื้อรัง
2. อายุและการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนาน ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยมีขอบเขตการ วิจัยดังนี้

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3 เดือนขึ้นไป ว่ามี 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง รักษาด้วยการรับประทานยา 5 ชนิดขึ้นไป มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3 เดือนขึ้นไป ว่ามี 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง รักษาด้วยการรับประทานยา 5 ชนิดขึ้นไป มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ศึกษาในช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2558

**ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย**

**ความร่วมมือในการใช้ยา** หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยรับประทานยาตามชนิด ขนาด และเวลา ตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา (Osterberg & Blaschke, 2005) วัดโดยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อีสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาของ Fung (2009) จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

**อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มปีของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง นับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันที่เก็บข้อมูล ถ้าเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี

**เพศ** หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นหญิงหรือชาย โดยแบ่งตามลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

**ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป



(2003) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษา ผู้วิจัยได้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ อิศริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

โรคเรื้อรังในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โรคเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กัน มีผลกระทบต่อหลอดเลือดโดยตรงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกายในหลายระบบ และไม่หายขาด จำเป็นต้องรักษาด้วยยาหลายขนาน นับเป็นความยุ่งยากของผู้สูงอายุอย่างมาก จึงเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ควบคุมโรคไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบตามมามากมาย โรคเรื้อรังเหล่านี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญและควรได้รับการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผนการพยาบาลและแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครอบคลุมในการดำเนินงานวิจัยตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดโรคเรื้อรัง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา
3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา
5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 1. แนวคิดโรคเรื้อรัง

คำว่าโรคเรื้อรัง (chronic disease) ภาวะเรื้อรัง (chronic condition) หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) บางครั้งมีการนำมาใช้แทนกัน เนื่องจากเป็นคำที่มีความสัมพันธ์กัน จากกระบวนการหรือการดำเนินการของโรคเรื้อรังที่แยกกันได้ยาก ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน ขึ้นกับบริบทของเวลา (Curmbie & Lawrence, 2002)

ในการประชุมวิชาการระดับชาติ (The Nation Conference on care of the long-term patient) มีข้อสรุปว่า โรคเรื้อรัง คือ โรคที่ใช้เวลานานในการรักษา เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรักษาดูแลในโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน หรือต้องติดตามประเมินและฟื้นฟูสภาพในสถานที่อื่นๆ อย่างต่อเนื่องนานถึง 3 เดือนหรือมากกว่านั้น (Curtin & Lubkin, 1998)

Adelman (2001) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ต้องการติดตามและ/หรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นการรวมเอาอาการเข้าด้วยกันแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลจากการมีชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Garrison (2002) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้าน

จิตใจและทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการบุคคลากรทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

โดยสรุป โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพอย่างถาวรและรักษาไม่หายขาด มีความซับซ้อนและปัญหาที่หลากหลาย อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องการบุคคลากรทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องติดตามและ/หรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการ ให้การดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน

### 1.1 การสูงอายุกับโรคเรื้อรัง

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนไทยเป็นปัญหาสุขภาพที่มีสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในอันดับต้นๆ จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2555 พบโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดจากรูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในอดีต เช่น การบริโภคไม่ถูกต้องหลักโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย และมีภาวะเครียด (พานทิพย์, 2552) ร่วมกับการมีความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2001)

การเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน อาจเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ โดยจะเกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนโลหิตในวัยสูงอายุ จะส่งผลอย่างมากต่อโรคเรื้อรังดังกล่าว ผู้สูงอายุจะมีขนาดของหัวใจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้ หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้นเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งการไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมและฮอร์โมนที่ลดลงในวัยสูงอายุ ทำให้การควบคุมระดับการเผาผลาญในร่างกายลดลง มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้มากขึ้น (Miller, 2009)

ผลจากอวัยวะทำงานลดลงดังกล่าว ผสมกับอุบัติการณ์ของโรคต่างๆ สะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายๆ อย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมทรุดโทรมลง



ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงของโรคที่ไม่จำเพาะเจาะจง ผลจากสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอย ทำให้การตอบสนองของร่างกายต่อความเจ็บป่วยต่างไปจากผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอย่างชัดเจน ต้องอาศัยการตรวจทางปฏิบัติการมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ช่วยบ่งชี้ความเจ็บป่วยในแต่ละอวัยวะ ซึ่งซ่อนเร้นอยู่ (อรรชรณ, 2553)

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่เกิดเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่ได้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการโรครุนแรงขึ้น ความซับซ้อนของโรคที่เป็นหลายโรค ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนาน บางครั้งจำนวนของยา จะมากเกินความจำเป็น ยาเหล่านี้ก็จะมีปฏิริยาต่อกันทั้งในทางชีวเคมีและทางเภสัชวิทยา ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจได้รับผลกระทบจากการได้รับยาหลายขนานอีกด้วย (Laroche, 2006)

นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลง ทางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอาจเกิดจากต้องการปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี และในสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุมักอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่ และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง และมีความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัว ไม่เข้าสังคม (อรรชรณ, 2553)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดดันทางอารมณ์ เพราะโรคเรื้อรังมีการดำเนินของโรคไม่แน่นอน และไม่หายขาด เมื่อเกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหตุการณ์เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย (Lubkin, 1998)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่ยุ่่งยากและซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน อาจเป็นเดือนเป็นปี หรือตลอดชีวิต การดูแลรักษาในลักษณะของการบูรณาการจากสหสาขาวิชาชีพและได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติ จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด (ผ่องศรี ศรีมรกต และคณะ, 2551) จะช่วยบรรเทาปัญหาความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ Pender (2006) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขของบุคคล

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค อากาการแทรกซ้อน และความพิการตลอดจนลดอัตราการตายได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 1.2 ลักษณะของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะแตกต่างจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (acute illness) หรือบางคนใช้คำว่า โรคฉับพลัน หมายถึง โรคหรือการเจ็บป่วยที่เมื่อเริ่มเกิด อาการจะเกิดขึ้นทันทีรวดเร็ว อาการมักรุนแรง แต่มีการรักษาได้หายภายในระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ อาจนานถึงประมาณ 3 เดือน แต่ (chronic illness) เมื่อเริ่มเกิดอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจไม่แสดงอาการ เนื่องจากอาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ มักเกิดต่อเนื่องนานเกิน 3- 6 เดือนขึ้นไป และอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างถาวร มักไม่หายขาด ต้องมีการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต อาจเกิดอาการกำเริบ เป็นๆ หายๆ และเกิดอาการแทรกซ้อนได้เสมอ การทำงานของอวัยวะในร่างกายผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะขาดประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ซึ่งลักษณะของโรคเรื้อรังสามารถสรุปได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังจะมีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้สังเกตอาการในระยะแรก จึงมีโอกาที่พยาธิสภาพของโรคเรื้อรังจะมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี ส่งผลให้การรักษามีความซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้น บางรายอาจก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาภายหลัง หรือมีอันตรายเป็นถึงชีวิตได้

2) พยาธิสภาพของโรคเรื้อรัง อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีอาการแสดง หรือ อยู่ในระยะที่โรคสงบ (remission) และมีระยะที่โรคมีอาการกำเริบ (exacerbation) จึงอาจเป็นๆ หายๆ และเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้เสมอ ซึ่งโรคในระยะสงบยังคงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่หายขาด

3) การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคเป็นไปในลักษณะถาวร มีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง รักษาไม่หายขาด บางรายอาจเกิดพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นอย่างถาวร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาในรูปแบบอื่นๆ (alternative modalities) เพื่อเป็นทางเลือกอื่นในการรักษา และเชื่อว่าจะเป็นวิธีที่ทำให้หายจากโรคได้

## 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งได้ ดังต่อไปนี้ (Delon et al., 2009)

1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (non-modifiable risk factors) เช่น การสูงอายุ เพศ และพันธุกรรม

2) ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เกิดจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง

#### 1.4 หลักการจัดการโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความบกพร่องหรือเป็ยงเบนจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพอย่างถาวรและรักษาไม่หายขาด มีความซับซ้อนและปัญหาที่หลากหลาย อาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลต่อตนเองและครอบครัว ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเข้าใจหลักในการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม Adelman (2001) ได้แนะนำแนวทางปฏิบัติไว้ดังต่อไปนี้

1) การรักษาโดยการให้ยา ควรมีการเริ่มให้ยาในขนาดต่ำก่อน แล้วจึงค่อยปรับเพิ่มขนาดยามากขึ้น จนสามารถควบคุมโรคได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีความไวต่อยาที่ได้รับ จึงมีเป้าหมายการรักษาด้วยการให้ยาในขนาดต่ำที่สุด และได้ผลลัพธ์สูงที่สุด โดยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้น้อยที่สุด

2) มุ่งสนใจการทำหน้าที่ของร่างกาย มากกว่าการให้ความสนใจอาการที่แสดงออกมา เนื่องจากสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อาจมาจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยจากการรับประทานยาที่รับประทานทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย แต่สาเหตุที่แท้จริง อาจไม่ได้เกิดจากการให้ยา อาจเกิดจากความพร่อง หรือการทำหน้าที่ในร่างกายของผู้สูงอายุที่ผิดปกติ

3) การค้นหาโรคที่สามารถรักษาได้ นอกจากโรคเรื้อรังควรมีการค้นหาโรคอื่นๆ ที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากการรักษาโรคหนึ่ง อาจส่งผลให้รักษาโรคอีกโรคหนึ่งได้ และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและสามารถควบคุมอาการของโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น

4) ผู้รักษาต้องให้การยอมรับความไม่แน่นอนทางคลินิก ที่อาจพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงควรพิจารณาและตัดสินใจ ว่าการตรวจพิเศษด้วยวิธีไหน หรือ สิ่งใด จะทำให้ได้ข้อมูลในการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมที่สุด

5) ควรมีการตระหนักถึงการทำนายโรคและการดำเนินไปของโรค โดยเฉพาะผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ควรศึกษาการดำเนินไปของโรคแต่ละโรค เนื่องจากแต่ละโรคจะมีระยะเวลาการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุอาจมีโรคอื่นๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้เช่นกัน

6) ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาหลายขนาน เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายอาจมีการเจ็บป่วยหลายโรคในเวลาเดียวกัน มีโอกาสที่จะต้องรับประทานยารักษาโรคจำนวนมาก ถ้ามีการให้ยาซ้ำซ้อนจำนวนมาก ยิ่งเพิ่มโอกาสที่จะเกิดจากการที่ยาเสริมฤทธิ์หรือ ยับยั้งฤทธิ์ของยาซึ่งกันและกัน และยิ่งเสี่ยงต่ออันตรายจากปฏิกิริยาของยาที่กระทำต่อกันด้วย

7) ควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาการที่แสดงออกให้เห็น อาจเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากสาเหตุที่แท้จริง หรือเป็นเพียงลักษณะความผิดปกติของอวัยวะ ที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน หรืออาจมีโรคอื่นแฝงอยู่

8) ให้ความสนใจความต้องการด้านจิตสังคม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมักจะเผชิญกับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยที่อยู่เป็น บุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรให้ความสนใจในประเด็นนี้ ไม่เพียงแต่ให้การรักษาทางกาย แต่ยังให้ความสนใจความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพและพยาธิสภาพของร่างกายที่เสื่อมไปตามอายุที่มากขึ้น ระบบการย่อยและการดูดซึมแม้แต่ความทนต่อการใช้ยา ย่อมแตกต่างไปจากวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัวหรือมีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค จึงต้องมีความระมัดระวังในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีดังนี้

### 1.5 โรคความดันโลหิตสูง

เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีการแข็งตัวและเสียความยืดหยุ่น เกิดแรงต้านในหลอดเลือดมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก และผลรวมของความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีไม่เปลี่ยนแปลง เพราะหัวใจจะมีการปรับตัวในด้านการขยายขนาดโดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัวสูงขึ้น (cerebrovascular disease) (Najjar et al.,2008)

#### 1.5.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (The Seventh Report of the Joint National Committee [JNC 7], 2003)

#### 1.5.2 การรักษาโรคความดันโลหิต

โรคความดันโลหิตสูงนี้ ถ้าได้รับการรักษาที่ดี มีประสิทธิภาพ สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจเลือดคั่งล้มเหลว (congestive heart failure) และไตวาย ได้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเกิดความพิการ สามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ วิธีที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological treatment) และการรักษาโดยวิธีที่ใช้ยา (pharmacological treatment)

1.5.2.1 วิธีที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological treatment) หลักสำคัญที่ควรแนะนำผู้สูงอายุ คือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ลดอาหารเค็ม งดการดื่มแอลกอฮอล์ สูบ

บุหรี ลดความเครียด ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1.5.2.2 การรักษาโดยวิธีการใช้ยา (pharmacological treatment) จากการประชุมครั้งที่ 8 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee) ได้เพิ่มเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่อายุ  $\geq 60$  ปี ให้เริ่มการรักษาโดยการรับประทานยาลดความดันโลหิต เมื่อ ความดันซิสโตลิก  $>150$  มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก  $> 90$  มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ในผู้ที่สามารถคุมความดันความดันซิสโตลิก  $< 140$  มิลลิเมตรปรอท โดยไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิต ไม่ควรปรับเปลี่ยนการรักษาใดๆ กลุ่มยาหลักที่สามารถลดความดันโลหิต กล่าวถึงไว้ 4 กลุ่ม ดังนี้ (James, 2014)

1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) สำหรับยาที่ใช้ในกลุ่มแรกนี้ที่นิยมใช้ คือ ไทอะไซด์ (thiazides) ยาจะออกฤทธิ์ในการยับยั้งการดูดซึมโซเดียม ทำให้เกลือและน้ำถูกขับออกจากร่างกายทางปัสสาวะ บรรเทาอาการบวม ในผู้สูงอายุควรใช้ในขนาดที่ต่ำที่สุด ต้องระวังการขับเกลือและโปแตสเซียมออกไปทางปัสสาวะด้วย จึงอาจทำให้เกิดอาการ ปากแห้ง กระหายน้ำ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นตะคริว

2) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (Calcium Channel Blocker) ยาด้านแคลเซียมจะออกฤทธิ์ช่วยขยายหลอดเลือดแดงทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ nifedipine, verapamil, feloipine, diltiazem อาการไม่พึงประสงค์ที่ คือ อาการมึนงง ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ

3) กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง เอนไซม์อินฮิบิเตอร์ (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor) ยากลุ่มนี้ได้แก่ Enalapril, Captopril, Ramipril มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง ทำให้ความดันโลหิตลดลง อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้ คือ อาการไอแห้ง (dry cough)

4) กลุ่มยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (Angiotensin receptor blockers) การออกฤทธิ์เหมือนกับ ACEI ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มการขับเกลือและน้ำทางไต อาการไม่พึงประสงค์ คือ เกิดความดันโลหิตต่ำ (hypotension) โปแทสเซียมในเลือดสูง (hyperkalemia)

## 1.6 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุดในคนไทยพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (ธิตินันบุญ, 2549)

### 1.6.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ อาจเป็นผลจากภาวะดื้ออินซูลินหรือมีความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้ง 2 อย่าง การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้มีการเสื่อมหรือทำลายอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท หลอดเลือด และเท้าอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา (ADA, 2008)

### 1.6.2 การรักษาโรคเบาหวาน

การรักษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจเริ่มด้วยการปรับพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย หากยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมาย จำเป็นต้องมีการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

### 1.6.3 ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจุบันยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับอนุมัติการใช้จากคณะกรรมการอาหารและยาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ตามกลไกของการออกฤทธิ์ ดังนี้ (ADA, 2014)

1.6.3.1 กลุ่มที่กระตุ้นให้การหลั่งอินซูลินจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น (insulin secretagogue) ได้แก่

1) ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ออกฤทธิ์กระตุ้นตับอ่อนให้หลั่งอินซูลิน มักใช้รักษาผู้ที่ไม่ตอบสนองต่อการควบคุมอาหาร อาการไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) คลื่นไส้ อาเจียน ซีด ชื่อยากลุ่มนี้ เช่น ไกลเบนคลาไมด์ (glibenclamide) กลิพิไซด์ (glipizide) ไกลคลาไซด์ (gliclazide) และกลิมิพิไรด์ (glimepiride) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มนี้อยู่ ควรมีการปรับขนาดยาลดลง แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการทำงานของไตลดลง

2) ยากลุ่มที่ไม่ใช่ซัลโฟนิลยูเรีย (non-sulfonylurea หรือ glinide) ออกฤทธิ์คล้ายกลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) เลือกใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียหรือผู้ที่รับประทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลา หรือในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด hypoglycemia อาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย คือ hypoglycemia ชื่อยาในกลุ่มนี้ คือ เนตไกลโนด์ (nateglinide) เรปาไกลโนด์ (repaglinide)

3) ยาที่ยับยั้งการทำลาย glucagon like peptide-1 (GLP-1) ได้แก่ ยากลุ่ม DPP-4 inhibitor หรือ sitagliptin มีฤทธิ์เพิ่มการหลั่งอินซูลิน ลดการหลั่งกลูคากอน ผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบน้อย อาจใช้ยานี้ร่วมกับ sulfonylurea และ metformin ได้

### 1.6.3.2 กลุ่มที่ลดภาวะดื้ออินซูลินคือ biguanide และกลุ่ม thiazolidinedione

1) ยากลุ่มไบกัวไนด์ (biguanide) ยาชนิดนี้ออกฤทธิ์ ยับยั้งการสร้างกลูโคส จากตับ ลดการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ อาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ คลื่นไส้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร ไม่สบายท้อง ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร ยาในกลุ่มนี้คือ เม็ตฟอร์มิน (metformin)

2) ยากลุ่มไทเอโซลิดินไดโอน (thiazolidinediones) ช่วยกระตุ้นการออกฤทธิ์ ของอินซูลินในการควบคุมเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ไม่ควรใช้ในผู้ที่ตับบกพร่อง ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้คือ โรซิกลิตาโซน (rosiglitazone) และไพโอกลิตาโซน (pioglitazone)

1.6.3.3 กลุ่มที่ยับยั้งเอ็นไซม์ alpha-glucosidase (alpha-glucosidase inhibitor) ออกฤทธิ์ยับยั้ง การดูดซึมของคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ อาการไม่พึงประสงค์ คือ ท้องอืด แน่นอึดอัดท้อง จึงควรรับประทานพร้อมอาหารเพื่อลดอาการดังกล่าว ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อะคาร์โบส (acarbose)

## 1.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.7.1 ความหมายโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease, CAD) หรือ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสม อยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการ และอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบ ร้อยละ 50 หรือ มากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อย เช่น อาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลม หหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์และคณะ, 2557)

### 1.7.2 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญในการเข้ารับ การรักษาตัวในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพิ่มการ ไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจให้มากที่สุด ลดการทำงานของหัวใจ ทั้งนี้เพื่อยับยั้งความรุนแรงของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ferran, 1992) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ การรักษาโดยการ ใช้ยา และการเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้ในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตัน

1.7.2.1 การรักษาโดยการใช้ยา แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (Sabatine et al., 1998)

1) กลุ่ม nitrate มี 2 แบบ คือ ออกฤทธิ์เร็วและสั้น กับออกฤทธิ์ยาว ยาที่ออกฤทธิ์เร็วและสั้นได้แก่ nitroglycerin (glycerol trinitrate) จะถูกดูดซึมเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือด ยา

ที่ออกฤทธิ์ในระยะยาว ได้แก่ isosorbide dinitrate และ pentaerythritol tetranitrate ใช้สำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบไม่มีอาการ ออกฤทธิ์โดยขยายหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ เพื่อลดปริมาณหลอดเลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจ และยับยั้งการเกาะกลุ่มของเม็ดเลือด เช่น isosorbide dinitrate และ isosorbide-5-mononitrate

2) กลุ่ม beta-blocker เป็นยาที่ยับยั้งการทำงานของประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้ชีพจรเต้นช้าลง และความดันโลหิตลดลง ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Propranolol Metoprolol และ Atenolol เป็นต้น

3) กลุ่ม calcium channel blocker เป็นยาปิดกั้นช่องทางแคลเซียมเข้าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ออกฤทธิ์โดยทำให้หลอดเลือดแดงขยายตัวลดอัตราการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของหัวใจ แต่เพิ่มการไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ verapamil diltiazem amlodipine เป็นต้น

4) แอสไพริน (aspirin) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเกร็ดเลือดมาเกาะกลุ่มและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยเจ็บหน้าอกรุนแรง ขนาดที่ใช้ 75-325 mg ต่อวัน ขนาดที่สูงกว่านี้จะไม่เพิ่มประสิทธิภาพการรักษา แต่จะมีผลต่อการระคายเคืองกระเพาะอาหาร

1.7.2.2 การเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้ในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตัน เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพิ่มขึ้น โดยวิธีต่างๆ ได้แก่

1) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty หรือ PTCA) (Porth, 1998)

2) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตัน (coronary artery bypass grafting surgery หรือ CABG surgery) (Sabatine et al., 1998)

## 1.8 โรคหลอดเลือดสมอง

### 1.8.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ให้ความหมายว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/Cerebrovascular Disease [CVD]/Cerebrovascular Accident [CVA]) เป็น กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของระบบประสาท ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมงการมีสาเหตุจากหลอดเลือด โดยไม่รวมถึงสาเหตุอื่น ที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตก สมองขาดเลือดไปเลี้ยงโดยไม่รวมถึงอาการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)



### 1.8.2 การรักษาและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

1) ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) ให้ในกรณีที่ ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 3-4.5 ชั่วโมงแรก หลังจากเริ่มเกิดอาการ ยาที่ใช้คือ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) โดยผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต้องไม่พบว่ามีเลือดออก (Adams et al., 2008)

2) ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และต่อต้านการจับกลุ่มของเกร็ดเลือด และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (พรภัทร ธรรมสโรช , 2553)

3) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) ยานี้มีฤทธิ์ในการป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus) มีประโยชน์ในด้านการป้องกันการเกิด ischemic stroke ซ้ำ warfarin จะมีประสิทธิภาพสูงกว่า aspirin ในการป้องกัน cardioembolic stroke แต่เป็นยา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้ง่าย ต้องติดตามระดับ INR ให้คงไว้ที่ 2-3 (Adams et al., 2008)

4) ยาลดความดันโลหิต จะเริ่มให้ยาใน 1-2 สัปดาห์ หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ยากลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) และยาขับปัสสาวะ สามารถลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ (Robinson et al. 2010)

5) ยาลดระดับไขมันในเลือดสมาคมโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา ได้ออกแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมไขมันในเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม statin เพื่อลดระดับไขมันในเลือดในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองทุกราย (รัชนก สิทธิโชติวงศ์, 2550; American Heart Association, 2012)

6) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันอันตรายต่อเซลล์สมองจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีผลลดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complication) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ (Furie et al., 2011)

### 1.9 ผลกระทบภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน และไม่มีความแน่นอนของโรคจึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตและส่งผลกระทบต่อหลายด้านในผู้สูงอายุ ดังนี้

1.9.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรคที่เป็น มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ไม่อาจรักษาให้กลับฟื้นคืนได้ บางรายอาจเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างจำกัดหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Phipps, 1999)

1.9.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การเกิดความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายเนื่องจากโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ตามมาอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรโดยเฉพาะในผู้สูงอายุเกิดความเครียดที่ต้องปรับตัวกับการเจ็บป่วยหรือรู้สึกเป็นภาระลูกหลาน

1.9.3 ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จึงเกิดข้อจำกัดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการเปลี่ยนบทบาทของตนเอง แยกตัวจากสังคมมากขึ้น อีกทั้งผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อเงินซึ่งจะต้องใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลหรือผู้ป่วยต้องเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับใช้ในการดำรงชีวิตขณะที่ไม่ได้ทำงาน เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากครอบครัวต้องมีรายจ่ายมากขึ้น (Curmbie & Lawrence, 2002)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

### 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีคำศัพท์ 3 คำที่มีความหมายใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้ (Osterberg & Blaschke, 2005) ได้แก่ medication adherence, medication compliance และ medication concordance คำที่นิยมใช้ในงานวิจัยที่ผ่านมา คือ คำว่า “medication compliance” หรือ “การใช้ยาตามสั่ง” เป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลรักษาสั่ง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ด้านเดียว (Fawcett, 1995) ส่วนคำว่า “medication adherence” หมายถึง การยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นความสัมพันธ์ของการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นคำที่มีความหมายที่ในทางบวก ซึ่งมีความหมายที่ดีมากกว่า เมื่อเทียบกับคำว่า “medication compliance” และอีกคำหนึ่งคือ “medication concordance” หมายถึง ผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงเจรจาพร้อมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาเอง อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีหรือนำมาใช้อย่างแพร่หลาย (Bissonnette, 2008) คำที่นิยมใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ Medication adherence ดังนั้นในการให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาในการศึกษานี้จึงใช้คำว่า medication adherence ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Johnson (2002) ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาว่า เป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเมื่อได้รับรู้ความจำเป็น และความปลอดภัยจากการรับประทานยา ผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบการรับประทานยาที่สม่ำเสมอเป็นประจำ

World Health Organization (WHO) (2003) ให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยผู้ป่วยให้ความร่วมมือและยินยอมในการรับฟังคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

MacLaughlin et al. (2005) กล่าวว่า Medication adherence เป็นขอบเขตของพฤติกรรมที่เกิดจากการความสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้บริการรักษาพยาบาล และผู้ป่วย โดยมีการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมา ให้รับรู้ถึงประโยชน์ในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ รวมถึงการจัดการควบคุมตนเองในการปฏิบัติตัวและการดำเนินในชีวิตประจำวัน

Osterberg (2005) ให้ความหมายของความร่วมมือในการใช้ยาว่า คือ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยตามแผนการรักษาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ตรงตามขนาด (จำนวนของยา) และตรงตามเวลาที่กำหนด ในแต่ละวัน

ดังนั้นความหมายของความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องตามขนาด ตามเวลา และตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

**2.2 อุปสรรคที่ทำให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา** (Osterberg & Blaschke, 2005)

1) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีน้อย ผู้ป่วยไม่เข้าใจในโรคและไม่เข้าใจถึงโอกาสที่จะเกิดความเสียหายต่างๆ หรือความรุนแรงจากโรคที่เป็น และไม่เข้าใจประโยชน์ของการรักษา ตลอดจนระบบบริการที่มีความซับซ้อน ไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับระบบบริการสุขภาพ เกิดจากแพทย์ขาดการสื่อสารกับระบบบริการสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ ต้นทุนของยา มีความพึงพอใจในงานน้อย

3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยขาดการประเมิน และไม่สามารรถเข้าถึงระบบบริการที่เป็นคลินิกเฉพาะทาง ไม่สามารรถเข้าถึงเภสัชกร และยาราคาสูง

**2.3 กลยุทธ์ความร่วมมือในการใช้ยา** (Osterberg & Blaschke, 2005)

1) ระบุปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา โดยพิจารณาถึงสิ่งที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น การไม่มาตามนัด การไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ถ้ามเกี่ยวกับอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาโดยไม่ต้องคาดคั้นผู้ป่วย

2) สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามการใช้ยาตามแผนการรักษา และเพื่อส่งเสริมการความร่วมมือในการใช้ยา บุคลากรทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำถึงผลดีหรือประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผลเสียหากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการใช้ยา

3) รับฟังปัญหาจากผู้ป่วย ลดความซับซ้อนของการใช้ยา และปรับปรุงระบบระบบการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

4) สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อนและระบบบริการสุขภาพชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้ยา

5) พิจารณาเพิ่มเกี่ยวกับคุณสมบัติของยา วิธีการให้ยาหรือการออกฤทธิ์ ถ้ายังไม่พบสาเหตุจากความร่วมมือในการใช้ยาที่แน่ชัด

#### 2.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา โดยมีรูปแบบที่หลากหลายดังนี้ (Brannon & Feist, 1997)

2.4.1 รูปแบบชีวการแพทย์ (The biomedical approach) เป็นรูปแบบที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ พื้นฐานด้านจริยธรรมรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ว่าจะในรูปแบบการใช้ยา ความรุนแรงของโรค

2.4.2 รูปแบบพฤติกรรม (The behavioral approach) เป็นรูปแบบพฤติกรรมในการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้บุคคลที่ปฏิบัติพฤติกรรมมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ได้แก่ การให้รางวัล การให้คำแนะนำ หรือทำสัญญาเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา

2.4.3 รูปแบบการติดต่อสื่อสาร (Patient-physician communication approach) เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ รวมถึงความตั้งใจของผู้ป่วย และสังคม โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีช่วยทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

2.4.4 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยใช้สติปัญญา (the cognitive approach) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพื้นฐานการรับรู้ของบุคคล ในการใช้ความคิดและสติปัญญาในการวิเคราะห์และเห็นคุณค่าในการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมา

2.4.5 รูปแบบทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ Pender (2006) เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4.6 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นรูปแบบที่กล่าวถึงความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล ที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่ง Rosenstock et al. (1988) กล่าวว่า บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เมื่อมีความเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เป็นจะมีความรุนแรงมากขึ้นหากยังละเลยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมามาก ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อและการรับรู้ต่ออุปสรรคสูง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาก นอกจากนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและปัจจัยร่วมก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถอธิบาย พฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาซึ่งรวมถึงการรับประทานยาด้วย

ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ประยุกต์ตัวแปรจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาโดย Rosenstock et al. (1988) เป็นแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

## 2.5 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยามีหลายวิธี จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีวิธีใดที่ถูกต้องแม่นยำมากที่สุด แต่ละวิธีจะมีข้อดีและข้อด้อยที่แตกต่างกันไป ทีมสุขภาพสามารถเลือกวิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาได้ตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้ (อรณพ หิรัญดิษฐ์, 2542; MacLaughlin et al., 2005)

### 2.5.1 การวัดโดยตรง

1) การสังเกตจากพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยตรงในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งค่อนข้างแม่นยำที่สุด แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา ยากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

2) เป็นการวัดผลทางห้องปฏิบัติการ ด้วยการตรวจระดับยาในเลือดหรือปัสสาวะ แต่วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้วิธีที่เฉพาะของยาแต่ละชนิด ยาบางตัวไม่สามารถตรวจพบได้ในเลือด หรือปัสสาวะ และในแต่ละบุคคลจะมีความสามารถในการดูดซึมและการเผาผลาญที่ต่างกัน จึงบอกได้แต่เพียงว่าใช้ยาจริง แต่ไม่สามารถบอกได้ว่ารับประทานยาได้ตรงตามเวลาหรือไม่

### 2.5.2 การวัดโดยอ้อม

เป็นการวัดจากสิ่งอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรงแต่ สิ่งที่ว่านั้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี ดังนี้

1) การนับเม็ดยา (Pill counts) การนับเม็ดยาเหลือที่ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานเมื่อมาตรวจตามนัด เป็นวิธีการที่สะดวก และประหยัด แต่อาจทำได้เมื่อผู้ป่วยไม่ได้นำยามาด้วยในวันนัด และไม่สามารถตรวจสอบได้หากมีการแบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทานหรือมีการเก็บซ่อนยาไว้

2) การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices) เพื่อบันทึกการรับประทานยาที่ใช้ เช่น ขวดยาเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ Medication Events Monitoring System (MEMS) เป็นอุปกรณ์ที่มีกลไกในการบันทึกวันและเวลาที่ผู้ป่วยใช้ยา โดยเชื่อมต่อกับระบบคอมพิวเตอร์ แต่มีราคาแพง อาจขาดแม่นยำหากผู้ป่วยลืมปิดฝาขวด หรือเปิดขวดยาแต่ไม่รับประทานยา

3) อัตราการมารับยา หรือมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยา เป็นวิธีที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยา

4) การวัดผลการตอบสนองทางคลินิก ประเมินได้จากผลการตอบสนองทางคลินิก เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลที่วัดได้อาจมีผลการเปลี่ยนแปลงยาที่เปลี่ยนแปลงตามภาวะของร่างกายในขณะนั้น จึงไม่อาจสรุปผลได้ว่า เป็นผลจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

5) การรายงานจากผู้ป่วย (self-report) เป็นการรายงานจากผู้ป่วยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์หรือการใช้แบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ผ่านมาของผู้ป่วย วิธีนี้สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล ข้อจำกัด คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด หรือเกิดเบื่อหน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป (Osterberg & Blaschke, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ดังนี้

The Morisky Medication Adherence Scale: MMAS พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี 1986 เป็นแบบประเมินมี 4 ข้อคำถาม และมีการพัฒนาเครื่องมือในปี 2008 ให้มี 8 ข้อคำถาม (MMAS-8) ค่าความเชื่อมั่น .83 โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและมีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรังอื่นๆ

Medication-Taking Questionnaire (MTQ) พัฒนาโดย Fung (2009) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโรคหัวใจ โดยประยุกต์จากแบบสอบถาม MTQ: Patterned Behavior ของ Johnson (2002) ที่ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น .71

Medication Adherence Report Scale (MARS) ชนิด 5 คำถาม พัฒนาโดย Horne & Weinman (2002) ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 5 ข้อคำถาม ค่าความเชื่อมั่น .71

Medication Adherence Self-Report: MASRI แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาใช้ ในผู้ป่วยโรคเอดส์ ลักษณะข้อคำถามเน้นความถี่ และเวลาในการรับประทานยา มีจำนวน 12 ข้อ

คำถาม (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002) ต่อมาได้นำไปใช้ในผู้ป่วยโรค Systemic Lupus Erythematosus ค่าความเชื่อมั่น .70 (Koneru et al., 2007)

## 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับยาหลายขนาน (Polypharmacy)

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มักพบโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา จากสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน มักพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับเด็กเล็ก ขาดผู้ดูแลการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาได้ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

ปัญหาการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) และการใช้ยาไม่เหมาะสมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของยาในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงด้านอายุ (age-related change) จะส่งผลน้อยในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง แต่จะมีผลมาก ในผู้สูงอายุที่ใช้ยาหลายขนาน และมีโรคเรื้อรังหลายโรค มีภาวะทุพโภชนาการ หรือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและอันตรกิริยาระหว่างยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (Hepler, 1990)

การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) เป็นคำที่มักใช้กับผู้ป่วยที่รับประทานยาจำนวนมาก ใช้ยาหลายชนิด มีการใช้ยาในลักษณะซ้ำซ้อนกัน หรือการรับประทานยามากเกินความจำเป็น Junius-Walker and colleague (2007) ได้ให้คำจำกัดความของ Polypharmacy หมายถึง การสั่งใช้ยาพร้อมกันหลายขนานหรือหลายชนิดในผู้ป่วยรายเดียวกัน หรือในคราวเดียวกัน มีการสั่งจ่ายยาที่เกินกว่าข้อบ่งใช้ทางคลินิก (หรือมีรายการที่ไม่จำเป็นต้องได้รับในขณะนั้นอย่างน้อย 1 ตัว) ซึ่งส่วนใหญ่มักกำหนดว่าการสั่งใช้ยาเกิน 5 รายการต่อครั้ง ถือว่าเป็น (Polypharmacy) อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ก็หลีกเลี่ยงได้ยากที่จะไม่ให้เกิดการสั่งจ่ายยาหลายขนาน เนื่องจากโรคเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ยาหลายชนิดพร้อมๆ กันในการรักษา แต่การสั่งใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันก็ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (สุดา, 2551)

มีการศึกษาการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุของประเทศญี่ปุ่น ส่วนใหญ่พบว่ามักเกิดในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน และมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี (Kim et al, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laroche et al (2006) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่รับยาหลายชนิดกลับไปใช้ที่บ้าน จะได้รับยาที่มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายจากอันตรกิริยาระหว่างยา เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 39 อย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.01$ )

การใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เป็นสาเหตุของอุบัติการณ์การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาในผู้สูงอายุที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด เนื่องจากยาแต่ละชนิดจะมีการแย่งที่กันในการขับถ่ายออกทางไต ยาตัวหนึ่งสามารถเหนี่ยวนำ/ยับยั้ง hepatic enzyme activity ต่อยาอีกตัวหนึ่ง และมีการแย่งที่

การจับกับ protein binding site ซึ่งกลไกที่กล่าวมา ล้วนแต่ส่งผลให้ระดับยาในเลือดที่เป็น free form สูงขึ้น เกิดผลข้างเคียงจากยาตามมาได้ (สุตา, 2551)

ในแง่ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยากับยา มีผู้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิดมักได้รับอันตรายจากพิษและผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์อาจจากตัวยาเอง หรือเกิดปฏิกริยาต่อกันของยากับยา โดยเฉพาะการใช้ยารักษาโรกระบบประสาทส่วนกลาง ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ยาระงับประสาท ยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาขับปัสสาวะ(Diuretic drugs) ยาปฏิชีวนะ (antibiotics drug) ร่วมกับยาอื่น เช่น aspirin ถ้าได้รับร่วมกับ heparin, warfarin จะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น เลือดออกไม่หยุด/หยุดยาก ยากลุ่ม cardiac glycosides ถ้าได้รับร่วมกับยา quinidine จะทำให้ได้รับพิษจากยา cardiac glycosides มากขึ้น เป็นต้น ส่วนปฏิกริยาต่อกันของยากับอาหาร มีผู้ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) และเล็กตีเมกาแพ ประสิทธิภาพจากยารักษาอาการจะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาหารบางชนิดทำให้ค่าความว่างของกระเพาะ (gastric emptying) เปลี่ยนแปลง หรือลดค่าความเป็นกรดของกระเพาะทำให้รบกวนการดูดซึมยา ยับยั้งหรือเหนี่ยวนำให้ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในตับเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนค่าความเป็นกรด-ด่างของปัสสาวะทำให้เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยา เป็นต้น (Kim, 2005)

### 2.6.1 สาเหตุของการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

สาเหตุของการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ที่พบได้บ่อยมีดังนี้ (Beers, 2003)

1) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมักจะมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ระบบของร่างกาย จำเป็นต้องได้รับยาพร้อมกันหลายชนิด ทำให้ผู้ป่วยไปตรวจรักษากับแพทย์หลายๆ คน และได้รับยาซ้ำซ้อน แต่แต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล เมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย เรามักจะพบว่า แพทย์อาจสั่งยาใหม่ให้ผู้ป่วยเสมอ โดยไม่ได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมียาอะไรอยู่ที่บ้านบ้างและมีจำนวนเท่าไร

2) การที่ผู้สูงอายุได้รับยาต่อเนื่องโดยไม่ได้พบแพทย์ อาจเนื่องจากการมีข้อจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีพยาธิสภาพหลายระบบทำให้การเคลื่อนไหวลำบาก เช่น parkinsonism, osteoarthritis เป็นต้น ส่วนด้านจิตใจ เช่น ผู้สูงอายุไม่ยอมรับการให้ผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล รู้สึกเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือแม้กระทั่งข้อจำกัดด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การคมนาคม ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้อาจพบว่าญาติผู้ดูแลเองก็มีแนวโน้มไม่อยากจะลำบากพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ จึงพบได้บ่อยในทางเวชปฏิบัติว่าญาติมาขอรับยาเดิมจากแพทย์โดยไม่พาผู้ป่วยมารับการติดตามอาการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายกินยาชุดเดิมอยู่หลายปีโดยไม่เคยพบแพทย์ทั้งที่อาจจะไม่มีข้อบ่งชี้ยาเหล่านั้นแล้ว ทำให้ได้รับยาจำนวนมากโดยไม่จำเป็น

3) แนวทางการรักษาหรือ Guideline ที่ออกมาจากหลาย ๆ แหล่ง ทำให้ความเห็นหรือคำแนะนำในการเลือกใช้ยาก่อนข้างแตกต่างในประเด็นรายละเอียด ยกตัวอย่างสิ่งที่พบ



ก็คือ ในปี 2005 (กรกฎาคม) พบว่ามี Guideline ที่กล่าวถึงเฉพาะโรคเบาหวานอย่างเดียวถึง 386 Guidelines แต่ละ Guideline อาจซ้ำซ้อนหรืออาจมีความเห็นขัดแย้งกันเอง

4) ผู้สูงอายุชื้อยามารับประทานเอง เนื่องจากในประเทศไทยนั้นประชาชนสามารถชื้อยามารับประทานเองจากร้านขายยาได้อย่างสะดวก และเกิดจากแรงเสริมทางจิตสังคม (psychosocial contribution) บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหรือญาติมักต้องการใช้ยาที่ผ่านการโฆษณาทางสื่อต่างๆ ทั้งที่ยาที่โฆษณาเหล่านั้นเป็นเพียงการกล่าวอ้างสรรพคุณแต่ยังไม่ได้รับการรับรองรายงานจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ และผู้ป่วยมักไม่บอกแพทย์ว่าไปชื้อยามารับประทานเอง หรือผู้สูงอายุอาจชื้อยาที่แฉงมาในรูปยาสมุนไพรมารับประทาน ซึ่งคนทั่วไปคิดว่าปลอดภัย เนื่องจากทำจากสมุนไพร แต่บางชนิดมีการผสมยาบางชนิดลงไป เช่น corticosteroids เป็นต้น นอกจากจะเป็นการใช้ยาที่ขาดข้อบ่งใช้ ทำให้รับประทานยาหลายขนานโดยไม่จำเป็นแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดพิษร้ายแรง หรืออันตรกิริยาระหว่างยากับยาตัวอื่นๆ

5) ผู้สูงอายุมีการสะสมยาไว้ที่บ้าน เนื่องจากการมีพยาธิสภาพของร่างกายหลายระบบ และเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหลายโรคทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายขนาน และผู้สูงอายุอาจจะเก็บสะสมยาไว้ ถ้าวรับประทานยาไม่หมด เมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็จะเลือกใช้ยาจากยาที่สะสมไว้ซึ่งเคยใช้ได้ผล (ประเสริฐ, 2559) ทำให้รับประทานยาเกินความจำเป็น และถ้ายาเหล่านั้นหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ หรือมีข้อห้ามใช้นั้น ก็จะทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้

6) ผู้ป่วยสูงอายุไปพบแพทย์ในแต่ละสาขาเฉพาะทาง โดยไม่มีแพทย์คนใดรับรู้ว่าผู้ป่วยกำลังได้รับยาอะไรอยู่บ้าง ผู้ป่วยอาจได้รับยาชนิดเดียวกันจากแพทย์ต่างคน ต่างวาระกัน มีรูปร่างเม็ดยาไม่เหมือนกัน ทำให้เข้าใจผิดคิดว่าเป็นคนละชนิดกัน เป็นเหตุให้รับประทานยาหลายขนาน เมื่อรับประทานยาเข้าไปพร้อมกันจะเกิดการได้รับยาเกินขนาด (over dosages) ถึงระดับที่เป็นพิษได้

7) ผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลายาวนานเนื่องจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ มักมีการบริหารยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยอาจปรับลดยาเองโดยกินเพียงครั้งหนึ่งของจำนวนยาที่แพทย์สั่ง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น โรคกำเริบขึ้นจากการขาดยา ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้ได้รับยาเพื่อการรักษาอาการของโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้น รวมทั้งการเกิดปัญหาไม่พึงประสงค์จากยา อาจทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรคใหม่ที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น เกิดปัญหา edema จากยา thiazolidinedione อาจเข้าใจผิดว่าเป็น อาการแรกเริ่มของ Heart failure ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาชนิดอื่น ๆ เพื่อรักษาอาการที่เกิดขึ้นอีกหลายตัว

## 2.6.2 ผลที่ตามมาจากการใช้ยาในลักษณะ Polypharmacy (Emily, 2007)

- 1) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาซ้ำซ้อน
- 2) มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง (Medication adherence) ของ

ผู้สูงอายุ มีการได้รับยามากหรือน้อยเกินไป

เพิ่มขึ้น

- 3) ปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจมากขึ้นตามจำนวนชนิดของยาที่เพิ่มขึ้น
- 4) ปัญหาปฏิกิริยาระหว่างยา-ยา หรือ ยา-อาหาร
- 5) สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น
- 7) ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- 8) เพิ่มภาระในกระบวนการจัดจ่ายยา เพิ่มโอกาสเสี่ยงให้เกิด Medication Error ในทุกขั้นตอน เพิ่มระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องรอรับยานานขึ้น
- 9) ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมทางด้านการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง โดยอาจไม่ชอบหากได้รับยาน้อย ทั้งที่การได้รับยาน้อยแต่พอประมาณเท่าที่จำเป็นเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้ป่วย รวมทั้ง ในหลายกรณีอาจมีการแจกจ่ายยาที่ได้รับไปแบ่งปันให้ญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้เคียงได้
- 10) อาจทำให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น หากเกิดปัญหาจากยา รวมทั้งอาจต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือ สั่งจ่ายยาอื่นๆ เพิ่มเติม หรืออาจต้องทำการผ่าตัดหากเกิดปัญหาจากการใช้ยา

### 2.6.3 หลักการใช้ยาในผู้สูงอายุ (Kim, 2005; สุดา, 2551)

บุคคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องรู้และเข้าใจหลักการใช้ยาในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา และลดผลไม่พึงประสงค์จากยาโดยตรงจากการขาดยา และปฏิกิริยาระหว่างยา โดยประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

- 1) เมื่อพิจารณาว่าภาวะหรือโรคที่ผู้สูงอายุเป็น จำเป็นต้องให้การรักษา ควรเริ่มจากการรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน
- 2) หากมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย ต้องประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยานั้นๆ ก่อนว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากกว่าได้รับผลเสียจากการใช้ยานั้นๆ โดยจำเป็นต้องมีความรู้ด้านเภสัชพลศาสตร์และเภสัชจลศาสตร์ของยาในผู้สูงอายุแต่ละรายเป็นอย่างดี เช่น หากมีการทำงานของไตและตับบกพร่อง ต้องมีความระมัดระวังในการเลือกใช้ยาบางชนิดมากขึ้น นอกจากนี้ต้องทราบผลไม่พึงประสงค์จากยาและปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยตนเองหรือกับโรคของผู้ป่วย
- 3) ขนาดยาเริ่มต้น ควรให้จากขนาดต่ำกว่าและค่อยๆ เพิ่มขนาดยาซ้ำๆ จนได้ขนาดยาต่ำสุดที่มีประสิทธิภาพในการรักษา และควรให้การรักษาด้วยยาที่ละตัวก่อน
- 4) ควรเลือกใช้ยาราคาถูกและมีประสิทธิภาพดีที่สุดก่อน
- 5) ต้องมีการกำหนดเป้าหมายของการรักษาที่ชัดเจนรวมทั้งแนวทางในการติดตามผลการรักษาและผลไม่พึงประสงค์จากยาและการขาดยา

6) ควรมีการทบทวนยาทุกชนิดและทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทั้งชนิด จำนวน เม็ดยาที่เหลือว่าถูกต้องหรือไม่ ควรถามถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์หรือบุคคลอื่น ยาที่ซื้อตามร้านขายยารวมถึงสมุนไพรและอาหารเสริม เพราะผู้ป่วยอาจคิดว่าไม่สำคัญ จึงไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ ที่สำคัญควรมีการประเมินข้อบ่งชี้ในการให้ยา ผลข้างเคียงและความคุ้มค่าจากการใช้ยา

7) ควรลดหรือหยุดยาที่ไม่จำเป็น โดยถ้าเป็นยาที่มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงช้าๆ เพื่อป้องกันอาการจากการขาดยา

8) ควรประเมินสถานะของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ เมื่อต้องรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ยา และกระตุ้นให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเห็นความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง

### 3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งเป็นความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคล ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง Rosenstock, Strecher และ Becker (1988) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ถูกพัฒนาครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ.1951 จากแนวคิดของ Kert Lewin ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าไปใกล้ในสิ่งที่ตนคิดว่าเป็นผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนคิดว่าจะส่งผลเสียต่อตนเอง จากแนวคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและนำมาใช้ครั้งแรกโดย Rosenstock และคณะ ในปี ค.ศ.1974 มีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยที่เอื้ออำนวย หรือชักนำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการโรค และ Becker (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ศึกษาไว้ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (modifying factors) และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการโรคของบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1977 Strecher และ Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ โดยมุ่งเน้นความเชื่อและเจตคติของบุคคล มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยร่วม (modifying factors) การรับรู้ของบุคคล (individual perceptions) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (likelihood of action) ต่อมาในปี 1988 Rosenstock, Strecher และ Becker ได้ร่วมกันทบทวนแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพใหม่โดยมีการเพิ่มตัวแปร Self-efficacy (Bandula, 1977) ใน

Health Belief Model ด้วย เพื่อช่วยอธิบายความสามารถของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008)

**3.1 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)** เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ที่ช่วยส่งผลทางอ้อมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่

3.1.1 ปัจจัยด้านลักษณะประชากร (Demographic variables) เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น

3.1.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Sociopsychological variables) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพในสังคม เพื่อนฝูง เป็นต้น

3.1.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural variables) ความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ผลข้างเคียงของการรักษา เป็นต้น

**3.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual Beliefs)** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

3.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในสภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละคน ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหรือการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรค

3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเกิดผลกระทบทางสังคม

3.2.3 การรับรู้ภาวะถูกคุกคาม (Perceived threat) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงผลกระทบที่จะเกิดกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใดเมื่อได้รับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

3.2.4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits) เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่ โดยเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรม แล้วเลือกปฏิบัติสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

3.2.5 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญ

ต่อพฤติกรรมกำบังโรค และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งสามารถใช้ทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

3.2.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1) การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishments) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากบุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

2) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (vicarious experience) เป็นการที่บุคคลได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ทั้งด้านที่ล้มเหลวหรือประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการที่บุคคลได้รับการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม นิยมในการนำมาใช้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งมีประสิทธิภาพน้อยกว่าการลงมือกระทำด้วยตนเอง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น แต่ก็ยังสามารถเป็นส่วนส่งเสริมที่มีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อความคาดหวังผลหรือแรงจูงใจ

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากเกิดความวิตกกังวลอาจส่งผลกระทบต่อบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ได้ ถ้าบุคคลสามารถกำจัดความวิตกกังวลเหล่านั้นได้ ก็จะทำให้ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

**3.3 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)** การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นสิ่งชักนำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีมากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โปสเตอร์ คำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพ

### 3.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งรวมไปถึงการแสดงความรู้สึกในทางที่ดีต่อกัน การให้ความเชื่อมั่นว่า

บุคคลนั้นสามารถประพฤติตนได้ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่ให้นั้นต้องเป็นสิ่งที่ผู้รับต้องการ จึงจะเกิดผลลัพธ์ในทางด้านบวก

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลซึ่งได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย หรือการยกย่อง ทำให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ

Jacobson (1986) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล มีความรัก ความห่วงใยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยมีการช่วยเหลือในด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของและด้านความรู้ความเข้าใจ

### 3.3.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการหรือเกิดขึ้นตามธรรมชาติได้แก่ คู่สมรส ครอบครัว กลุ่มเพื่อน โดยเฉพาะครอบครัวจะเป็นแหล่งการสนับสนุนที่สำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการหรือกลุ่มที่มีลักษณะการช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ

### 3.3.3 รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถกระทำในรูปแบบของพฤติกรรมได้ 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการที่บุคคลได้รับการให้ความเชื่อถือ การได้รับการยกย่อง การได้รับความรักความห่วงใยจากบุคคลที่ใกล้ชิด
- 2) การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคลเพื่อให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองและนำข้อมูลมาใช้ในการประเมินตนเอง
- 3) การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคล
- 4) การให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือความจำเป็นในด้านต่างๆ โดยตรง เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยอย่างกว้างขวางทั้งในเรื่องของการป้องกันการเกิดโรคหรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปิยนุช สาวภาคย์, 2549) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ซึ่งเป็นพื้นฐานในการคิด ตัดสินใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีดังนี้

**อายุ** เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Hildebrandt, Brewer, & Wolf, 2012) อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเองในการใช้ยา (พินิตา ไกรนราและคณะ, 2554) จากการศึกษาของ Park et al. (1992) เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบกันระหว่างผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า (อายุเฉลี่ย 78 ปี) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (อายุเฉลี่ย 66 ปี) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับ Hernandez-Ronquillo et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี Ibrahim, Jirjees, & Mahadi (2011) การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับ Karakurt (2012) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุ 70 ปี และมากกว่า มีความสม่ำเสมอในการใช้น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2553) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงทางลบกับระดับความรู้คิดและสติปัญญา และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง O'Carroll et al. (2010) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา แต่โดยส่วนใหญ่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา กล่าวคือ ผู้ที่อายุน้อยกว่าจะมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ที่อายุมาก

**เพศ** เป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาทของบุคคลในสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Becker, M. H., 1974) จากการศึกษาของ Walker et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับอำนาจการทำนายผลลัพธ์ของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) สอดคล้องกับ ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และคณะ (2550) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า เพศหญิงมีอัตราการให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสราวัลย์ ศีตีสาร (2556) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา

**ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (Orem, 1985) มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (Gazmararian et al., 2006) สอดคล้องกับ Pourghaznein, Ghaffarin, Hasanzadeh & Chamazari (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .008$ ) สอดคล้องกับ ภัสราวัลย์ ศีตีสาร (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < 0.05$ ) แต่มีผลการศึกษาที่แตกต่างจาก รัตนชัย รัตนโคตร (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบชั้นประถมศึกษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรี ( $p = .03$ )

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ



### การประเมินปัจจัยร่วม

การประเมินปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการศึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

**การรับรู้โอกาสเสี่ยง** การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือการรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลับเป็นซ้ำ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน บุคคลก็จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรค โดยผู้ป่วยจะเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ตามแผนการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลับเป็นซ้ำ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ความดันโลหิตสูงและ ปิยพูน เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ความรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### การประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีแบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคดังนี้

1) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคไขมันในเลือดสูง ของ รัชนก ลิทธิโชติวงศ์ (2550) ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาแอสเตตินตามกรอบแนวคิดของ Backer (1974) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุลและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับและลักษณะของโรคมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันกับโรคเรื้อรัง

ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อน อย่างต่อเนื่อง

**การรับรู้ความรุนแรง** การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด จะช่วยให้บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น และเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ตามแผนการรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงความรุนแรงของโรคที่จะมีผลให้เกิดความพิการ เสียชีวิต จากโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ สุมาลี วัจนารชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = 0.16, p < 0.01$ )

#### **การประเมินการรับรู้ความรุนแรง**

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับและลักษณะของโรคมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

**การรับรู้ประโยชน์** เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้นๆ โดยมีการเปรียบเทียบข้อดี

ข้อเสียของพฤติกรรม แล้วเลือกปฏิบัติสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ผู้ป่วยจะรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาว่าสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคที่จะมีผลให้เกิดความพิการ เสียชีวิต จากโรคเรื้อรัง จากการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีของอิสรียกัร สุรศรีสกุลและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การประเมินการรับรู้ประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีแบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศศิธร อุตตะมะ (2549) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.80 และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดของ อิสรียกัร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดของ อิสรียกัร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับและลักษณะของโรคมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อน อย่างต่อเนื่อง

**การรับรู้อุปสรรค** การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เช่นค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีจะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาของสุภุจฉรี สุขะ (2556) ศึกษาวิสัยในการรับประทานยาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิสัยในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบใน

ระดับปานกลางด้านการแข็งตัวของเลือด กับวินัยในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .05

### **การประเมินการรับรู้อุปสรรค**

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีแบบประเมินการรับรู้อุปสรรคดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันของ นิรัชรา จ้อยชู (2556) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79

2) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของ อิศริย์กร สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยพิจารณาข้อความและลักษณะของโรคมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันกับโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Rosenstock et al., 1988) จากการศึกษาของ Criswell et al. (2010) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอควบคุมความดันโลหิตสูง ( $p < .004$ )

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีในระดับมาก จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง เนื่องจากบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง ว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้ จึงทำให้มีความมั่นใจที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อไป

### **การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน**

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งดัดแปลงจาก Medication Adherence Self-efficacy scale ของ

Ogedegbe et al. (2003) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาและ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งดัดแปลงจาก Medication Adherence Self-efficacy scale ของ Ogedegbe et al. (2003) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 25 ข้อเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.85 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยพิจารณาจากข้อคำถามมีความกระชับ และสามารถดัดแปลงให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

**การสนับสนุนทางสังคม** การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือน หรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Rosenstock et al., 1988) การที่ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในครอบครัวและได้รับคำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสารที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนที่ได้จากคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว (Delamater, 2006) การศึกษาของ Glader et al.(2010) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับ Bushnell et al. (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านรายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ )

ในการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาทางบวก

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า มีแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1) แบบประเมินการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ตามกรอบแนวคิดของ House (1989) จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินการการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของและการสนับสนุนโดยรวม เท่ากับ 0.916, 0.883, 0.918, 0.833 และ 0.963 ตามลำดับ

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.91 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.70

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) เนื่องจากจำนวนข้อคำถามมีความเหมาะสม ไม่มากเกินไป กระชับและลักษณะของโรคมืดคลั่งสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุมาลี วัจนากร (2551) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = 0.16$ ,  $p < 0.01$ )

อิสริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 154 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 การรับรู้อุปสรรคและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุภจลรี สุขะ (2556) ศึกษาวิจัยในการรับประทานยาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว สรรกับวินัยในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม จำนวน 150 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางด้านการแข็งตัวของเลือด กับวินัยในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.05 กล่าวอีกในหนึ่งคือ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคมากจะมีวินัยในการรับประทานยาในระดับต่ำ

ศรัทธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 98 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.444, p < 0.01, r = 0.550, p < 0.01$ ) ตามลำดับ

ศุภเชษฐ์ ชนนะชัย (2558) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 76 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ จำนวนปี ที่ป่วยเป็นเบาหวานและจำนวนยาเบาหวานที่ผู้ป่วยได้รับ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการอยู่กับครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง

Walker et al. (2006) ศึกษาเกี่ยวกับอำนาจการทำนายของการให้ความร่วมมือเพื่อ ป้องกันโรคด้วยยาโดยใช้โปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวาน (The diabetes prevention program : DDP) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,155 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศ หญิงให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ )

Criswell et al.(2010) ศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุน ทางสังคมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วย นอก จำนวน 584 ราย ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ( $p < 0.004$ )

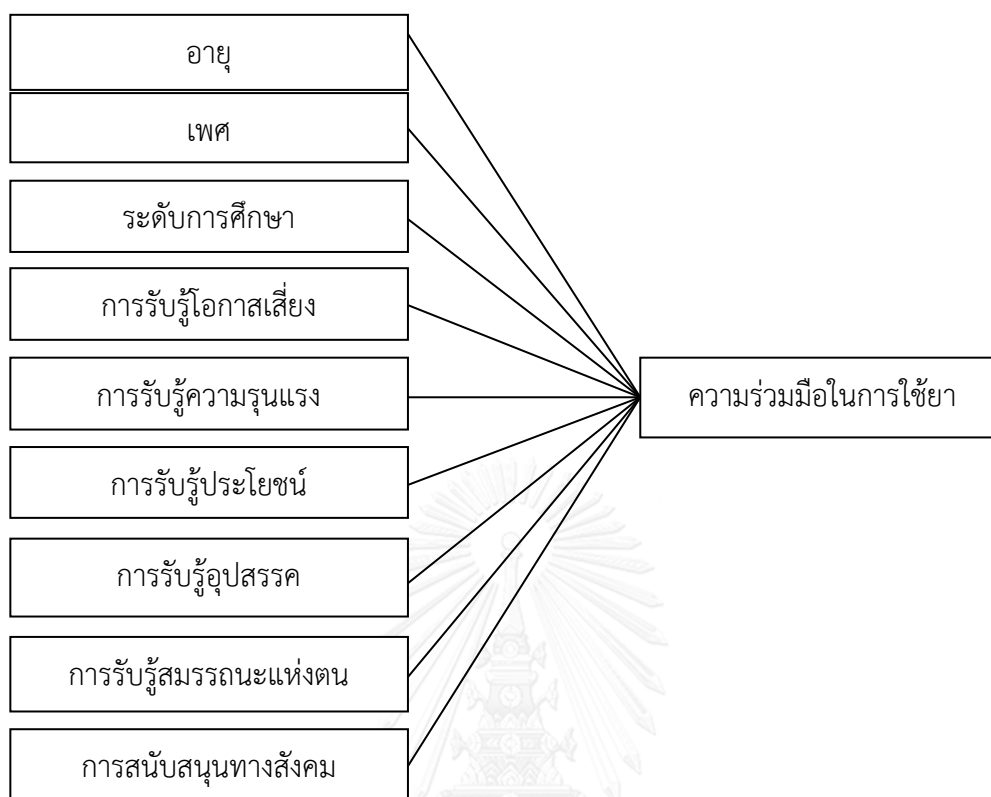
Park et al. (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศเกาหลี จำนวน 108 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเอกชนที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

Karakurt (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 750 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุ 70 ปี และมากกว่า มีความสม่ำเสมอในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สัมพันธ์กัน มีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการไม่ให้เกิดการดำเนินโรคแย่ลง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเลือกศึกษาปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) Rosenstock, Strecher, & Becker. (1988) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน โดยสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3 เดือนขึ้นไป ว่ามี 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง รักษาด้วยการรับประทานยา 5 ชนิดขึ้นไป มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3 เดือนขึ้นไป ว่ามี 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง รักษาด้วยการรับประทานยา 5 ชนิดขึ้นไป มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ศึกษาในช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2558 มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

1. รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรัง 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลา 3 เดือนขึ้นไป
2. รับประทาน 5 ชนิดขึ้นไป (วนิดา มานะกิจจกกล, 2549; Hayes, Klein & Barrueto, 2007)
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) โดยมีจุดตัดคะแนนที่แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย, 2542) ดังนี้
  - 3.1 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน
  - 3.2 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จาก

คะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.3 ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4. ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยินสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษา

### วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size criteria) ใช้วิธีการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) คือ

$$n = 10k + 50$$

$$n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$k = \text{จำนวนตัวแปร}$$

$$10 = \text{ค่าคงที่}$$

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมและความร่วมมือในการใช้ยา จากการแทนค่าในสูตรจะได้ดังนี้

$$n = (10 \times 10) + 50 = 150$$

ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 150 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) ดังนี้

2.1 เลือกโรงพยาบาลตามสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติเข้ารับการรักษาสูง และผู้ป่วยที่มารับบริการมีทั้งในกรุงเทพและจากต่างจังหวัด ทั่วประเทศ จึงเป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่ที่มีความหลากหลาย สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ (รัชชชัย วรพงศธร, 2540) ดังนี้

2.1.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคทรวงอก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิดสิน

2.1.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2.1.3 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

2.1.4 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2.1.5 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

2.1.6 โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใช้หลักความน่าจะเป็นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) 2 สังกัด จาก 6 สังกัด ได้สังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

2.2 เลือกโรงพยาบาล สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ด้วยการสุ่มอย่างง่าย และทำการจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) ได้โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า (สังกัดกระทรวงกลาโหม) และโรงพยาบาลตำรวจ (สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี)

2.3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่

**ชุดที่ 1.** แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ โดยมีจุดตัดคะแนนที่แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย, 2542) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

2) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

**ชุดที่ 2.** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ การวินิจฉัยโรค จำนวนเม็ดยา การมาตรวจตามนัด ผู้ดูแล มีจำนวน 11 ข้อ

**ชุดที่ 3. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา** ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของ Fung (2009) ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยยังคงความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3-7 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-2 ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับได้แก่

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อย	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ทำนานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

#### เกณฑ์การให้คะแนน

		คำถามทางลบ	คำถามทางบวก	
ทำเป็นประจำ	เท่ากับ	1	5	คะแนน
ทำบ่อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
ทำนานๆ ครั้ง	เท่ากับ	4	2	คะแนน
ไม่เคยทำเลย	เท่ากับ	5	1	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม อยู่ในช่วง 7-35 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ความร่วมมือในระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	27 – 35	คะแนน
ความร่วมมือในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	17 – 26	คะแนน
ความร่วมมือในระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	7 – 16	คะแนน

#### ชุดที่ 4. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา ได้แก่

4.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อิศรียกร สุรศรีสกุลและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	13 – 16	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	8 – 12	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	4 – 7	คะแนน

4.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อิศริย์กร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 3 ข้อเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้แก่

ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	10 – 12 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	6 – 9 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	3 – 5 คะแนน

4.3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของอิสรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้ เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	13 – 16 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	8 – 12 คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	4 – 7 คะแนน

4.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของอิสรียกัร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้แก่

ระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิสรียกัร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนมารวมกัน หาค่าเฉลี่ย คะแนนอยู่ในช่วง 8 – 32 คะแนน กำหนดเกณฑ์การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

การรับรู้อยู่ในระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง	25 – 32	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	16 – 24	คะแนน
การรับรู้อยู่ในระดับน้อย	มีคะแนนระหว่าง	8 – 15	คะแนน

**ชุดที่ 5.** แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อิสรียกัร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งดัดแปลงจาก Medication Adherence Self-efficacy scale ของ Ogedegbe et al. (2003) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) จำนวน 23 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับได้แก่

ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด
มั่นใจบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน
มั่นใจบางครั้ง	เท่ากับ	2	คะแนน



มั่นใจมากที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23 - 69 แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	55 - 69	คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	38 - 54	คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	23 - 37	คะแนน

**ชุดที่ 6.** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับได้แก่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน อย่างยิ่ง

#### เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลคะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลคะแนนของ อิศรียกร สุรศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555) โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามแต่ละคนทั้งหมดมารวมกัน หาค่าเฉลี่ยคะแนนรวม แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	41 - 55	คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	26 - 40	คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	11 - 25	คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่

- 1.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรเวชกรรม 1 คน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน
- 1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยด้านอายุรกรรม 1 คน
- 1.4 เกสัชกรผู้มีความเชี่ยวชาญบริการจ่ายยาผู้ป่วยในกลุ่มงานเภสัชกรรม 1 คน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และนำแบบสอบถามคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ปริกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อความครอบคลุมของเนื้อหา มีความตรงกระชับ อ่านเข้าใจง่ายมีความถูกต้องเหมาะสมของภาษาสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

### 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปหาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากันจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน (n=30, และ n=150)

แบบสอบถาม	CVI	Reliability	
		n=30	n=150
1. ความร่วมมือในการรับประทานยา	1.00	0.82	0.77
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.80	0.86	0.79
3. การรับรู้ความรุนแรง	1.00	0.85	0.84
4. การรับรู้ประโยชน์	1.00	0.89	0.83
5. การรับรู้อุปสรรค	1.00	0.93	0.74
6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.92	0.90	0.90
7. การสนับสนุนทางสังคม	0.90	0.81	0.88

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและการขอรับพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

1.2 ภายหลังจากได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล

#### 2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันที่ให้บริการตรวจรักษา ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ คือ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเวลา 08.00 – 12.00 น. เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลสลับกันโรงพยาบาลละสัปดาห์ จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 150 คน โดยมีการดำเนินงานดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประสานกับ เจ้าหน้าที่พยาบาลหน้าห้องตรวจเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาตามนัด ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมกับการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

2.4 หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งละ 1 ราย โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 40 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ หรือมองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความและคำตอบให้ฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 150 ชุด เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์พร้อมเครื่องมือ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งที่ใช้ในการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกโรงพยาบาล ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ในการให้ข้อมูลไม่มีการปิดบังหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ให้ความเคารพความเป็นส่วนตัว และรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อ

และที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำการวิจัยและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้สถิติ Chi-Square test และเปรียบเทียบค่า เฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างเพศโดยใช้สถิติ t-test
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรู้แรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (Correlation Coefficient) หรือ ค่า (r) ถ้ามีค่าอยู่ระหว่าง -1 ถึง +1 ถ้าค่าใกล้ 0 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันน้อย ค่าใกล้ +1 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันมาก เครื่องหมาย + หรือ - แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ ถ้าเป็นเครื่องหมาย + แสดงว่ามีความสัมพันธ์ตามกัน ถ้าเป็นเครื่องหมาย - แสดงว่ามีความสัมพันธ์แบบผกผันกัน เปรียบเทียบระดับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยใช้เกณฑ์ดังตารางที่ 2 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
r เท่ากับ 1.00	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
r มากกว่า 0.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง 0.3 – 0.7	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
r น้อยกว่า 0.30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r เท่ากับ 0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตาราง ประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ระดับการศึกษาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 7

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**ตารางที่ 3** จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำแนก เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ การวินิจฉัยโรค จำนวนเม็ดยา ผู้ดูแล การมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n = 150 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	58	38.7
หญิง	92	61.3
<b>อายุ (ปี)</b>		
60-69	60	40
70-79	66	44
80-89	24	16
$\bar{x} \bar{X} = 71.63 \quad SD = 7.61$		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	10	6.7
คู่	110	73.3
หม้าย	25	16.7
หย่า/แยก	5	3.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	12	8.0
ประถมศึกษา	105	70.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	33	22.0
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	95.3
ประกอบอาชีพ	7	4.7



## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	111	74.0
ประกันสังคม	3	2.0
จ่ายค่ารักษาเอง	10	6.7
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25	16.7
อื่นๆ	1	0.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว / เดือน (บาท)		
น้อยกว่า 4,000	24	16.0
4,000 – 6,000	15	10.0
6,001 – 8,000	10	6.7
8,001 – 10,000	24	16.0
10,001 – 30,000	45	30.0
มากกว่า 30,000	32	21.3
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	140	93.3
โรคเบาหวาน	97	64.7
โรคหลอดเลือดหัวใจ	38	25.3
โรคหลอดเลือดสมอง	10	6.7
โรคอื่นๆ		
โรคเก๊าส์	13	8.7
โรคไขมันในเส้นเลือด	66	44.0
โรคข้อเข่าเสื่อม	4	2.7
โรคไต	3	2.0
โรคเอสแอลอี	1	0.7

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	14	9.3
2 โรค	68	45.3
3 โรค	57	38.0
มากกว่า 3 โรค	11	7.3
จำนวนเม็ดของยาที่ท่านรับประทานต่อวัน		
5 – 9 เม็ด	107	71.3
10 – 14 เม็ด	33	22.0
15 – 19 เม็ด	8	5.3
20 – 24 เม็ด	2	1.3
จำนวนมื้อยาที่ท่านรับประทานต่อวัน		
1 มื้อ	4	2.7
2 มื้อ	72	48.0
3 มื้อ	57	38.0
4 มื้อ	17	11.3
ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา		
ดูแลตนเอง	129	86.0
สามี/ภรรยา	3	2.0
บุตร/หลาน	17	11.3
อื่นๆ (เด็กศูนย์)	1	0.7
การมาตรวจตามนัด		
มาตรวจตามนัดทุกครั้ง	149	99.3
ไม่ได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง (ไม่มีคนพามา)	1	0.7

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ( $\bar{X} = 71.63$   $SD = 7.61$ ) อายุต่ำสุดของกลุ่มตัวอย่างคือ 60 ปี และมากที่สุด คือ 89 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่จบการระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95.3 ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 74 ใช้สิทธิสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001 – 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 64.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 25.3 และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 6.7 และโรคอื่นๆ พบโรคไขมันในเส้นเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวจำนวน 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมา มีโรคประจำตัว 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 5 – 9 เม็ด เม็ดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 71.3 จำนวน 2 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 48 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 86 และมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 99.3

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้ไคสแควร์ แสดงผลไว้ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	ความร่วมมือในการใช้ยา		Chi-Square (Sig.)
	ระดับปานกลาง n=30 จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก n=120 จำนวน (ร้อยละ)	
<b>เพศ</b>			
ชาย	8 (13.8)	50 (86.2)	2.277
หญิง	22 (23.9)	70 (76.1)	(0.131)
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้ศึกษา	3 (25.0)	9 (75.0)	0.256
ประถมศึกษา	21 (18.2)	84 (81.8)	(0.880)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (18.2)	27 (81.8)	

จากตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศและระดับการศึกษา ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้ค่า Chi-Square = 2.277, Sig.= 0.131 และ Chi-Square = 0.256, Sig. = 0.880 ตามลำดับ สรุปว่า เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในทางสถิติ

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศ (n = 150)

เพศ	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ชาย	29.74	2.78	1.33	0.184
หญิง	29.05	3.23		

\*p < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่าเพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรังไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t= 1.33)

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แสดงผลไว้ในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ช่วงคะแนน	ช่วงคะแนนแบบสอบถาม	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.50	1.54	11-16	4-16	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรง	10.73	1.50	7-12	3-12	ระดับมาก
การรับรู้ประโยชน์	13.88	1.79	10-16	4-16	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรค	11.48	2.78	8-23	8-32	ระดับน้อย
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	63.07	5.58	42-69	23-69	ระดับสูง
สนับสนุนทางสังคม	42.82	4.35	30-50	10-55	ระดับสูง
ความร่วมมือในการใช้ยา	29.32	3.07	23-35	7-35	ระดับสูง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อน คะแนนระหว่าง (4 - 16) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.50 (SD = 1.54) ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (คะแนนระหว่าง 3 - 12) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.73 (SD = 1.50) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก
3. การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 4 - 16) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.88 (SD = 1.79) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับมาก
4. การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา (คะแนนระหว่าง 8 - 32) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.48 (SD = 2.78) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับน้อย

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (คะแนนระหว่าง 23 - 69) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.07 (SD = 5.58) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับสูง
6. การสนับสนุนทางสังคม (คะแนนระหว่าง 10 - 50) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 (SD = 4.35) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง
7. ความร่วมมือในการใช้ยา (คะแนนระหว่าง 7 - 35) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.32 (SD = 3.37) ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยา อยู่ในระดับสูง



**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน แสดงผลไว้ในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	0.004	0.961	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.273**	0.001	ระดับต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	0.258**	0.001	ระดับต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	0.344**	0.000	ระดับปานกลาง
การรับรู้อุปสรรค	-0.445*	0.000	ระดับปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.530 **	0.000	ระดับปานกลาง
สนับสนุนทางสังคม	0.597**	0.000	ระดับปานกลาง

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273, 0.258$ ) ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.344, 0.530$  และ  $0.597$ ) ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.445$ )

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในทางสถิติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานาน 3 เดือนขึ้นไป ว่ามี 1 โรค และ/หรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง รักษาด้วยการรับประทานยา 5 ชนิดขึ้นไป มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ศึกษาในช่วงระหว่างเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม ปี พ.ศ. 2558 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา 4) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา ประกอบด้วย 4 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา 5) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00, 0.80, 1.00, 1.00, 1.00, 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 ราย ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) หลังปรับข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 0.82, 0.86, 0.85, 0.89, 0.93, 0.90 และ 0.81 ตามลำดับ



ผู้วิจัยใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ทางสถิติโดยมีการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการหาค่า ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา กับความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้สถิติ Chi-Square test และเปรียบเทียบค่า เฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างเพศโดยใช้สถิติ t-test
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ( $\bar{X}=71.63$  SD = 7.61) ส่วนใหญ่จบการระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 95.3 ด้านสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 74 ใช้สิทธิสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001 – 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 64.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 25.3 และโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 6.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68 มีโรคประจำตัวจำนวน 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 45.3 รองลงมา มีโรคประจำตัว 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 5 – 9 เม็ด เม็ดต่อวัน 71.3 คิดเป็นร้อยละ จำนวน 2 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 48 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 86 และมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 99.3

2. ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}= 29.32$ , SD = 3.07)

3. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม โดยเฉลี่ยเท่ากับ

14. 50 (SD = 1.54), 10.73 (SD = 1.50), 13.88 (SD = 1.79), 11.48 (SD = 2.78), 63.07 (SD = 5.58), 42.82 (SD = 4.35) ตามลำดับ

4. อายุ เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในทางสถิติ ( $r = 0.004$  และ Chi-Square = 2.277, 0.256) ตามลำดับ โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรังไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 1.33$ )

5. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273$ , 0.258) ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.344$ , 0.530 และ 0.597) ตามลำดับ

6. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.445$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบต่อไปนี้

### 1. ความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเท่ากับ 29.32 (SD = 3.07) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิได้รับการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นแนวทางการปฏิบัติตัว และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆ แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประทานยาตามขนาด ตามเวลาและตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ รับการรักษามาเป็นระยะเวลานาน จึงสามารถปรับตัวและเข้าใจถึงวิธีการในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ที่กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เมื่อรับรู้ว่าคุณเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค โรคที่เป็นมีความรุนแรงมากขึ้นหากละเลยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เมื่อรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

ที่ถูกต้อง รวมทั้งปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมามาก ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของความร่วมมือในการใช้ยา ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70 และรับรู้ว่าจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 44 โดยการรับประทานยาโรคเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีการจัดเก็บยาไว้ในที่ที่สามารถช่วยเตือนให้ไม่ลืมรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 57.3 กลุ่มตัวอย่างไม่ลืมรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 40 และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมาตรวจตามนัด จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.3 ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาการขาดยา ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมคิดเป็นร้อยละ 77.8 การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือน หรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการความไว้วางใจ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับ ธวัชชัย ใจคำวัง (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) และสอดคล้องกับ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ )

## 2. เพศและระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**เพศ** ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Chi-Square 2.277) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างเพศพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 1.33$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน เพศชายและหญิงมีบทบาทเท่าเทียมกันมากขึ้น ผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศใดจะมีการแสดงออกถึงบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อปรับตัวต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ด้วยการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น การ

ออกกำลังกายและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (สุกัญญา วชิรเพชรปราณี, 2553) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อมีสมาชิกภายในครอบครัว เกิดการเจ็บป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หลักของตนเอง เพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลทางด้านสุขภาพของบุคคลภายในครอบครัวให้เกิดความสมดุล โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (73%) มีสถานภาพสมรสคู่ การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างคู่สมรสด้วยกันเองจึงเป็นไปได้มาก รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสภาวะการณ์ของแต่ละบุคคลที่ต้องเผชิญ การใช้ยาตามการรักษาเป็นเรื่องที่จะบังเกิดผลลัพธ์กับบุคคลนั้นๆ โดยตรง ไม่ว่าจะ เป็นเพศไหน แต่ขึ้นอยู่กับความรู้ถึงประโยชน์ อันตราย และผลลัพธ์ในด้านบวกและลบ มากกว่าที่จะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน

สอดคล้องการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับ ธวัชชัย ใจวัง และคณะ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคเชนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และประวัติการอยู่กับครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

**ระดับการศึกษา** ไม่มีความสัมพันธ์ทางกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.64$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การศึกษารั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ให้เป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน จึงมีระยะเวลาเพียงพอที่จะได้รับการแนะนำเกี่ยวกับโรค มีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค อีกทั้งได้รับการสอน สุขศึกษาเป็นระยะๆ จากทีมสุขภาพและพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ถึงวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง มีประสบการณ์การในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลจัดการเรื่องยาในแต่ละวันได้ด้วยตนเองถึงร้อยละ 86 และส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่อยู่ในชุมชนชนเมือง ทำให้มีโอกาสรับสื่อต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ทางด้านสุขภาพ และมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการของสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงไม่แตกต่างกับผู้ที่มีการศึกษาที่สูงกว่า นอกจากนี้ยังได้รับ

การสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว คนใกล้ชิดและบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา กลุ่มตัวอย่างจึงมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

สอดคล้องกับ การศึกษาของ Walker (2006) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ คลิพัทธา ไชยศรี (2554) พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยานัยสำคัญทางสถิติ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และคเชนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และประวัติการอยู่กับครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

### 3. อายุ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = .004$ ) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถดูแลตนเองในการใช้ยาได้ดี เห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ดูแลตนเองในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 86 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 79 ปี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้นกับตอนกลาง ตามการแบ่งช่วงวัยของประเทศไทย แต่ในประเทศตะวันตกยังถือว่าเป็นช่วงที่คาบเกี่ยวระหว่างก่อนวัยสูงอายุ ถึงช่วงต้นของผู้สูงอายุตอนกลาง (65 - 84 ปี) เท่านั้น จึงไม่สามารถอ้างอิงได้จึงได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีอายุมากเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ อาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างอายุน้อยตามแนวคิดและการศึกษาในประเทศตะวันตก

ในขณะเดียวกัน ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของอวัยวะหรือระบบต่างๆ ภายในร่างกาย แต่ก็พบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีวุฒิภาวะเจริญเต็มที่ และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านมากมาย รวมถึงการเปลี่ยนผ่านจากภาวะสุขภาพดีสู่ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จนเกิดการสั่งสมประสบการณ์การเจ็บป่วย ทั้งจากตนเองหรือประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว จึงสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการใช้ยาหลายขนานอย่างต่อเนื่องมาตลอด จึงสามารถดูแลตนเองและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองในการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 86 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ยังได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นสามี/ภรรยา และบุตรหลาน การสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่เป็นข้อจำกัดให้มีความแตกต่างจากวัยอื่นในการใช้ยาแต่อย่างใด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ ธวัชชัย ใจวัง และคณะ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และภวัศกร ชัยมัน (2552) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และคเชนทร์ ชนะชัย (2558) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

**การรับรู้อุปสรรค** ของความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลาง กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยาส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ ไม่ว่าจะเป็นความไม่สบาย ความไม่สะดวก การเสียเวลา การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะกระทำการนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรม (Becker, 1974) ดังนั้น บุคคลที่รับรู้ต่ออุปสรรคน้อย มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ในทางบวก

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 45.3 จำเป็นต้องรักษาด้วยการรับประทานยาหลายขนานอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยา จำนวน 5 - 9 ชนิดต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 71.3 การรับประทานยาจำนวนมาก อาจส่งผลให้การบริหารยายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ แม้กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมโรคได้ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ก็ตาม แต่อาจเกิดความลำบาก ยุ่งยากในการใช้ยา

ที่มีจำนวนมากและเกิดความเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต (วนิดา มานะกิจจกมล, 2549)

สอดคล้องกับ สุมาลี วัจนากร (2551) ที่พบว่าจำนวนชนิดยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้สะดวก ไม่เป็นภาระที่กระทบต่อชีวิตประจำวันหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ ทำให้การบริหารยาสะดวกและไม่มีคามยุ่งยากเมื่อเทียบกับจำนวนชนิดยาที่น้อย ผู้ป่วยจะสามารถบริหารยาได้อย่างสะดวกและไม่เกิดปัญหาการใช้ยา และ ภาวคร ชัยมัน (2552) ที่พบว่าจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เม็ดทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลงมากกว่าการได้รับจำนวนเม็ดยาเบาหวานที่น้อยกว่า 3 เม็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.48 (SD = 2.78) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84 มีอายุระหว่าง 60 -79 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยที่เกษียณราชการและไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 95.3 จึงไม่มีภาระงานหรือกิจวัตรประจำวันที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการรับประทานยา ทำให้สามารถรับประทานยาได้ตรงตามเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่สามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาได้ คิดเป็นร้อยละ 86 และโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง อยู่ในเขตชุมชนเมือง การคมนาคมสะดวก จึงช่วยลดปัญหาอุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างในการเดินทางมารับการตรวจรักษา โดยพบว่ามีการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการใช้ยา ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา จึงเกิดความมั่นใจในการรับประทานยา เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคดังที่กล่าวมานั้นไม่มีหรือน้อย จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นว่า หากบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคในการใช้ยาหลายขนานหรือมีอุปสรรคน้อยมาก สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้แน่นอน ก็จะทำให้มีความร่วมมือยาในการใช้ยาอย่างชัดเจน

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภุจฉรี สุขะ (2556) ที่ศึกษาวินัยในการรับประทานยาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวินัยในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด กับวินัยในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 1.16 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย และสอดคล้องกับ สุมาลี วัจนากร ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 ( $R^2 = 0.16$ ,  $p < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สาเมาะ (2551) ซึ่งศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคเรื้อรังว่ามีน้อยมากหรือไม่ มีอุปสรรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

#### 4. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้

**การรับรู้โอกาสเสี่ยง** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในสภาวะการณ์เจ็บป่วยของแต่ละคน เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เป็นอยู่จะส่งผลให้มีการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคนาน้อยเพียงใด จึงเกิดความตระหนักและพยายามลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของตนเอง (Becker, 1974) ดังนั้นบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่ โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ในระยะทรงตัว (stable) ซึ่งความเจ็บป่วยและอาการของโรคในระยะนี้ สามารถควบคุมได้ด้วยการรับประทานยา อีกทั้งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบหลอดเลือด โดยจะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ต่อภาวะคุกคามที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง แต่อาจไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการตระหนักถึงอันตรายที่อาจขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง



ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.32 (SD = 3.07) จึงไม่มีการกำเริบของโรค ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงส่งผล ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 14.50 (SD = 1.54) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังเป็นระยะเวลาช้านาน ขณะมารับการตรวจรักษาจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการใช้ยาอย่าง ถูกต้องจากบุคลากรทีมสุขภาพ อีกทั้งมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยอื่นที่มารับ การตรวจรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การ กำเริบของโรค และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หากขาดการรับประทานยาอย่างถูกต้องและ ต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน หากขาดการรับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ว่าการปฏิบัติตาม คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาจะสามารถลดโอกาสการกำเริบของโรคได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร อุตมะ (2549) ที่พบว่าผู้ที่มี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ ความรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่ รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรับประทานยาจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญของการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง สนับสนุนและตัดสินใจให้ความร่วมมือในการใช้ยาในเวลาต่อมา

**การรับรู้ความรุนแรง** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.258$ ) เป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความร่วมมือในการใช้ยา

การรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อ บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามและ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับ ตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและความพยายามที่จะ หลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น (Rosenstock et al., 1988) จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลที่รับรู้ถึงความรุนแรง ของโรคเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นไปในทางบวก

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่ อาการอยู่ในระยะทรงตัว ซึ่งความเจ็บป่วยและอาการของโรคเรื้อรังที่เป็น ยังสามารถควบคุมได้ด้วยการรับประทานยา และไม่มีอาการแสดงที่รุนแรง เท่าโรคภัยแรงอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของโรค ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาชิน สามาะ (2551) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 10.73 (SD = 1.50) ทั้งนี้เนื่องจาก มีการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าอาการของโรคเป็นอยู่จะรุนแรงมากขึ้น และอาจทำให้เสียชีวิตได้เมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง และเห็นว่าการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง นอกจากการรับประทานยา และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมแล้ว ยังเป็นผลมาจากการรับประทานยาตามแผนการรักษา จึงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อไป

อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร มีโอกาสการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยา ร่วมกัน ทำให้เกิดพฤติกรรม การรับประทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.444, p < 0.01$ )

ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า ถ้าขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดอาการของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่รุนแรงมากขึ้น จนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความรุนแรงจากอาการและการดำเนินของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญของการรับประทานยา เลือกรูปแบบวิธีที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย จึงมีความร่วมมือในการใช้ยา

**การรับรู้ประโยชน์** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.344$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 (SD = 4.35) และขณะมารับการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การใช้ยาอย่างถูกต้อง และประโยชน์จากการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ จาก

บุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ดังที่ Pender (2006) อธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง การได้รับคำชมเชย จึงพบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคเรื้อรัง มีการรับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอทุกวันเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดโอกาสของการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.88 (SD = 1.79) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมากสอดคล้องกับ การศึกษาของสุมาลี วัจนการ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองรวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการใช้ยา ย่อมเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านการรับประทานยาที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อย่างเหมาะสม

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.530$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 99.3 ให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง จึงมารับการตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นผลมาจากการรับประทานยาตามแผนการรักษา จึงเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาโดยบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร ประกอบกับมีโอกาสได้

แลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ยา ร่วมกับผู้ป่วยอื่น จึงเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในการใช้ยา ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคล ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.07 (SD = 5.58) แสดงถึงความเชื่อมั่นของบุคคล ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพได้โดยไม่มีความยุ่งยากใดๆ เช่น เชื่อมั่นว่าตนเองจัดการเรื่องการใช้ยาหลายขนานได้ดี จึงปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามความเชื่อนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Criswell et al. (2010) ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ( $p < 0.004$ ) สอดคล้องกับ Park et al. (2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และจากการศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.550, p < 0.01$ ) ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการจัดการในการการรับประทานยา จะสามารถดำเนินการกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีความมั่นใจในการแสดงออกถึงความร่วมมือในการใช้ยาว่า

**การสนับสนุนทางสังคม** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.597$ ) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ ทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพ และจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเอื้อนាំให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมการรับการรักษาที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส คอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้ง

ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกาย และจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคลากรทีมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 (SD = 4.35) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดและทีมสุขภาพเป็นอย่างดี พฤติกรรมการใช้ยาจึงไม่ใช่เรื่องยุ่งยาก จากการศึกษาการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากญาติที่ดูแลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Glader et al., 2010; Bushnell et al., 2011) สอดคล้องกับ รัชชชัย ใจคำวัง (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) และสอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.01$ ) (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด ได้รับการเอาใจใส่จากบุคลากรทีมสุขภาพ ในด้าน อารมณ์ ด้านทรัพยากรต่างๆ หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเรื่องการใช้ยา จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามมา

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 29.32$ ,  $SD = 3.07$ ) การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.273$ ,  $0.258$ ) ตามลำดับการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.344$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.530$ ,  $0.597$ ) ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.445$ ) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ส่วนปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ อายุ เพศและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในทางสถิติ ( $r = 0.004$ ,  $\text{Chi-Square} = 2.277$ ,  $0.256$ ) ตามลำดับ โดยที่เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาโรคเรื้อรังไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 1.33$ ,  $p > 0.05$ ) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นผลของปัจจัยอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

เช่น บุคลิกภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพื้นฐานให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมถึงปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในระยะยาว เช่น บุคคลที่มีส่วนช่วยในการตัดสินใจด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนถึงแบบแผนพฤติกรรมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน

### ข้อจำกัดจากการวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนเมือง และเป็นผู้เกษียณอายุราชการ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐบาลของทหารและตำรวจเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผลการศึกษามีความจำเพาะในกลุ่มที่มารับการตรวจรักษาเท่านั้น
2. การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ส่วนใหญ่มารับการตรวจตามแพทย์นัด และให้ความร่วมมือในการรักษาดีอยู่แล้ว จึงเกิดข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีลักษณะแตกต่างไปจากการศึกษานี้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เนื่องจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงควรเน้นการส่งเสริมการรับรู้ดังกล่าว โดยนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติทางการพยาบาล ร่วมกับการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมชักนำให้ผู้สูงอายุเกิดการความร่วมมือในการใช้ยา
2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลป้อนกลับ ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้มีการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ อาจจัดทำในรูปแบบโปรแกรมกลุ่ม มีการจัดทำสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ คู่มือ วิดีโอ โดยให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น การแสดงออกถึงการเห็นคุณค่า แสดงความห่วงใย และกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการรับประทานยา เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังนี้

1.1 พัฒนารูปแบบของโปรแกรมที่มีผลต่อการคงอยู่ของความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.2 ควรมีการศึกษากลุ่มประชากรในแหล่งชุมชน โดยจัดทำในรูปแบบของโปรแกรมกลุ่มหรือกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

1.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ความรู้เรื่องการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

2. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาและการรับรู้ด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน มีลักษณะให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งมีการแบ่งเป็นหลายระดับและมีระดับที่แตกต่างกันในแต่ละแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่ถูกต้อง เสนอแนะให้มีการสร้าง ตารางหรือสเกลของระดับความคิดเห็น ที่ใช้เป็นตัวช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกตอบข้อคำถามได้สะดวกยิ่งขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย. (2542). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- คลีพัตรา ไชยศรี. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิติกานต์ กาลเทศ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 2-14.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย ใจวัง, และนันทนา พุ่มพวง. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2), 1115-1121.
- ธิตี สนับบุญ. (2549). ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. ใน ธิตี สนับบุญ และ วราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์. (บรรณาธิการ), *การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 25-32). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยเภสัชยนิพนธ์*, 7(1), 1-18.
- นิรัชรา จ้อยชู. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พวงรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.



- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5).  
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยะวรรณ เหลืองจิโรนทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ, และรุ่งทิวา หมื่นปา. (2550). ความร่วมมือในการรักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด : กรณีศึกษา ณ คลินิกพิเศษอายุรกรรม. *วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล*, 17(3), 223-230.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2559). *ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ*. 14 มิถุนายน 2559 สืบค้นจาก [www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge](http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/knowledge)
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: บริษัทไกรรูป เพรส จำกัด.
- พรภัทร ธรรมมสโรช. (2553). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน พรภัทร ธรรมมสโรช และเพิ่มพูน ธรรมสโรช (บรรณาธิการ), *ประสาทวิทยาทางคลินิก* (หน้า 67-97). กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศการพิมพ์.
- พนิดา ไกรนราการ, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรภิกช นาทิสวรรณ และธีระศักดิ์ แก้วอมตะวงศ์. (2554). *ดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 287-304.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ, มารยาท รุจิวิษณุ และวรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย. (2552). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมจัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 58(1-2), 69-84.
- ภวัศร ชัยมัน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัสราวลัย ศิตติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจรรุวรรณ ใจลังกา. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-135.
- มะยาชิน สาณะ. (2551). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มีนา เพชรมี. (2549). *ผลการใช้ภาชนะบรรจุยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการ*

- รับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนก สิริโชคติวงศ์. (2550). *ความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาสแตติน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- รัตนชัย รัตนโคตร. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลลำโรงทับ อำเภอลำโรงทับ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- วรนนัน คล้ายหงษ์. (2559). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1) 65-75.*
- วนิดา มานะกิจจงกล. (2549). *การใช้ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล, และอรอุษา สุวรรณประเทศ. (2555). *การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 6 (2), 76-88.*
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- ศรัทธา ประกอบชัย. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(3), 43-51.*
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. 24 กุมภาพันธ์ 2558 สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>*

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สุกัญญา วชิรเพชรปราณี. (2553). บทบาทผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวอย่างมีสุขในชุมชนกิ่งเมืองจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 50-59.
- สุดา วรรณประสาท. (2551). ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 7, 75-80. 12 มิถุนายน 2559 สืบค้นจาก [www.kmutt.ac.th/.../general](http://www.kmutt.ac.th/.../general).
- สุมาลี วัจนการ, ชุตินา ผาติदारกุลและปราณี คาจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุกร บุขปนวิช และพงศักดิ์ ด่านเดชา. (2549). พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24(4), 281-287.
- สุภาพร แนวบุตร. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญฉวี สุขะ (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการวินัยในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริลักษณ์ นานาวิชิต. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมืออุปสรรคและผลลัพธ์ทางคลินิกในการรับประทานยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในโรงพยาบาล หางดง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุง ปี 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สมลักษณ์ เทพสุรียนนท์. (2553). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. (2551). *การจัดการตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ . (2558). *กลุ่มโรค NCDs.26* กุมภาพันธ์ 2558 สืบค้นจาก <http://www.Thaihealth.or.th>

- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. 24 กุมภาพันธ์ 2558 สืบค้นจาก [http:// www.boe.moph.go.th /](http://www.boe.moph.go.th/) เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพูนกุล. (2543). โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ. *วารสารแพทยศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(2), 53-59.
- อัจฉรา พุ่มดวง, ศิริจิตร์ จันทร์ และนิตยา สมบัติแก้ว. (2541). การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย*, 23(1), 20-28.
- อิสริกรีย์ สุศรีสกุล และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 5(1), 170-171.
- อรรณพ หิริญดิษฐ์. (2542). เกสัชกรโรงพยาบาลกับการให้คำปรึกษาเรื่องยา. ใน *สัปดาห์พัฒนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, อรุณรัตน์ รัตน์จันทร์ และภริณี เหมะจุฑา. (บรรณาธิการ). *คู่มือมาตรฐานวิชาชีพ เกสัชกรโรงพยาบาล*. (หน้า78-95). กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลประเทศไทย.
- อรรวรรณ แพนคง. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). *เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Adams, R. J., Albera, G., Alberts, M. J., Benavente, O., Furie, K., Goldstein, L. B., et al. (2008). Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 39(5), 1647-1652.
- Adelman, A. M. (2001). Managing chronic illness. In A. M. Adelman, M. P. Daly & B. D. Weiss (Eds.), *20 common problems geriatrics* (pp. 3-81). Boston: McGraw-Hill Companies.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes-2008. *DiabetesCare*, 31(1), s12-54.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetesd-2014. *Diabete Care*, 37(1), s14-79.
- American Heart Association. (2012). Heart disease and stroke statistics 2012 update a

- report from the American heart association. *Circulation*, 125, 2-220.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: prentice-Hall.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education & Behavior*, 1(11), 1-47.
- Beers, M. H., Fick, D. M., Cooper, J. W., Wade, W. E., Waller, J. L., Maclean, J. R. (2003) Updating the Beerscriteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Archives of internal medicine*. 163, 2716-2724.
- Bissonnette, M. J. (2008). Adherece: a concept analysis. *Journal complication*, 18(5), 634-643.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. New York: ITP
- Bushnell, C. D., Olson, D. M., Zhao, X., Pan, W., Zimmer, L. O., Goldstein, L. B. Alberts, M. J., et al. (2011). Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*, 77, 1182-1190.
- Carneiro S.C., Azevedo-e-Silva M.C. & Ramos-e-Silva M. (2011). Drug eruptions in the elderly. *Clinics in Dermatology*, 29(1), 43-48.
- Cramer, J.A., Roy, A., Burrell, A., et al. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*, 11(1), 44-47.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-313.
- Cowell, S. J., Newby, D. E., & Boon, N. A., (2004). Coronary artery disease in the elderly Patient. *Reviews in Clinical Gerontology*, 14, 105-118.
- Colivicchi, F., Bass, I. A., Santini, M. & Caltagirone, C. (2007). Discontinuation of Statin Therapy and Clinical Outcome After Ischemic Stroke Retrived from <http://stroke.ahajournals.org/> by guest on March 5, 2015 doi: 10.1161/STROKEAHA.107.487017
- Criswell, T. J., Weber, C. A., Xu, Y., & Carter, B.L. (2010). Effect of Self-Efficacy and Social Support on Adherence to Antihypertensive Drugs.

- Pharmacotherapy*, 30(5), 432–441. doi:10.1592/phco.30.5.432.
- Curmbie, A. & Lawrence, J. (2002). *Living with chronic condition: A Practitioner's Guide to providing care*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Curtin, M. & Lubkin, I. (1998). Impact of the disease. In I. M. Lubkin & P. D. Larson (Eds.), *Chronic Illness: Impact and Interventions* (4<sup>th</sup> ed., pp. 3 – 25). Boston: Jones & Bartlett.
- Delon, S., Mackinnon, B. & Alberta Health CDMAC. (2009). Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Healthcare Quaterly*, 13, 98-104.
- Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Diabetes care*, 24(2), 71-77.
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Emily, R., Angela, C., Joseph, T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 345-351.
- Ferran, E. C., Zeewic, J. J., Wibur, E. J., and Lason, L. J. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Fung, S. C. 2009. *Factors associated with medication adherence of patients with congestive heart failure*. The doctoral dissertation of Rush University.
- Furie, K. L., Kasner, S. E., Adams, R. J., Albers G. W., Bush, R. L. Fagan, S. C., et al. (2011). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*, 42(1), 227-276. doi: 10.1161/STR.0b013e3181f7d043.
- Gazmararian, J. A. Kripalani, S., Miller, M. J. Echt, K.V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related diseases. *Journal of general internal medicine*, 21,1215–1221. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00591.x
- Glader, E. L., Sjolander, M., Eriksson, M., & Lundberg, M. (2010). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*, 41, 379-401.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: (4<sup>th</sup> ed.). San Francisco: Lossey-Bass.

- Garrison, T. M. (2011). Chronic illness and rehabilitation. In S. E. Meiner (Ed.), *Gerontologic nursing* (4<sup>th</sup> ed., pp. 293-304). St. Louis: Mosby.
- Hayes, B. D., Klein, S. W. & Barrueto, F. Jr. (2007). Polypharmacy and the geriatric patient. *Clinical Geriatric Medicine*, 23(2), 371-390.
- Hepler C.D., Strand L.M. (1990). Opportunity and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospital pharmacy*, 47, 533-42.
- Hernandez-Ronquillo L., Tellez-Zenteno J. F., Garduno-Espinosa J., Gonzalez-Acevez E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mexico*, 45(3):191-7.
- Hildbrand, M., Brewer, M. & Wolf, T. (2012). The impact of mind stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke Research and Treatment*, 2012, 1-6. doi:10.1155/2012/548682
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-67.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ibrahim, O.M. Jirjees, F. J., Mahdi, H. J. (2011). Barriers affecting compliance of patients with chronic diseases: a preliminary study in United Arab Emirates (UAE) population. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 4(2), 42-45. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health Social Behavior*, 27, 250-264.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T. et al. (2014). 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults – report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC8). *Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.
- Johnson, M. J. (2002). *The medication adherence model: A guide for assessing medication-taking*.
- Joint National Committee7. (2003). *The seventh report of the joint national*

- committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2560-2572.
- Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. (2007) Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Family Practice*, 24(1), 14-19.
- Kahn, R. I. (1979). Aging and social support. In M.M. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: terdisciplinary perspective* (pp.77-79). Colorado: Westveiw Presss.
- Karakurt, P. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of vascular nursing*, (4), 118-125.
- Kim, J., Cooper, A. (2005). Geriatric drug use. In: Koda-Kimblc, M. A., Young, L. Y., Kradjan, W. A., Guglielmo, B.J., (Eds). *Applied therapeutics: The clinical use of drugs* (8<sup>th</sup> ed., pp.1-19). New York:Lippincott Williams & Wilkins.
- Koneru, S., Shishor, M., Ware, A., Farhey, Y., Mongey, A. B., Graham, T. B., et al. (2007). Effectively measuring adherence to medications for systemic lupus erythematosus in aclinical setting. *Arthritis Rheumatism*, 57(6), 1000-1006.
- Laroche, M. L., Charmes, J. P., Nouaille, Y., Picard, N., Merle Louis. (2006) Is Inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly?. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(2),178-86.
- Lee, V. W. Y., & Leung, P. V. (2003). Glycemic control and medication compliance in Diabetes patient in a pharmacist-managed clinic in Hong Kong. *American Journal of health-System Pharmacy*, 60,2593-2596.
- Lubkin, I. M. & Larsen, D. P. (1998). *Chronic illness: impact and interventions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P. & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?. *Drugs Aging*, 22(3), 231-255.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adult* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich)*, 10(5), 348-354.



- Najjar, S. S., Scuteri, A., Shetty, V., Wright, J. G., Muller, D. C., Fleg, J. L., & Spurgeon, H. P. et al. (2008). Pulse Wave Velocity Is an Independent Predictor of the Longitudinal Increase in Systolic Blood Pressure and of Incident Hypertension in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(14), 1377-1383.  
doi:10.1016/j.jacc.2007.10.065
- O'Carroll, R., Whittaker, J., Hamilton, B., Johnson, M., Sudlow, C. & Dennes, M. (2011) Predictors of adherence to secondary preventive medication in stroke patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 41(3), 383–90.  
doi:10.1007/s12160-010-9257-6
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., & Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 520-529.
- O' Reilly, P. (1988). Methodological issue in social support and social network research. *Social Science & Medicine*, 8, 863-873.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing concept of practic*. (3<sup>rd</sup> ed.). New York : McGraw-Hill Book Company.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Park, D. C., Morrell, R.W., Frieske, D., & Kincaid, D. (1992). Medication adherence behaviors in older adults: effects of external cognitive supports. *Psychology and aging*, 7, 252-256.
- Park, K. A. et al. (2010). Factors that affect medication adherence in elderly patients with diabetes mellitus. *Korean Diabetes Journal*, 34(1):55-65.  
doi: 10.4093/kdj. 2010.34.1.55.Epub 2010 Feb 28.
- Phipps, W. J. (1999). Chronic illness and rehabilitation. In W. J. Phipps, J. K. Sands & J. F. Marck (Eds.), *Medical-surgical nursing: Concepts and clinical practice*. (16<sup>th</sup> ed., pp.129-162). St. Louis: Mosby, Inc.

- Port, C. M., (1998). Pathophysiology: Concepts of altered health states (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Raven.
- Pourghaznein, T., Ghaffarib, F., Hasanzadehc, F., & Chamanzarid, H. (2013).The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Science Journal* ,10(4), 38-46.
- Ratanasuwan, T., Indharapakdi, S., Promrerker, R., Komololviphat, T., & Thanamai, Y. (2005). Health belief model about diabetes mellitus in Thailand: The culture consensus analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88(5), 623-631.
- Robinson, T. G., Potter, J. F., G. A., Bulpitt, C. J., Chernova, J., Jagger, C., et al. (2010). Effects of antihypertensive treatment after acute stroke in the continue or stop post stroke antihypertensive collaborative study (COSSACS): A prospective, randomize, open, blinded-endpoint trail. *Lancet Neurology*, 9(8), 767-775.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175–183.
- Rottlaender, D., Scherner, M., Schneider, T. & Erdmann, E. (2007). Polypharmacy Compliance And non-prescription medication in patients with cardiovascular disease in Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132(4):139-144.
- Sabatine, M. S., Gara, P.T., & Lilly, L.S. (1998). Ischemic heart diease. In L. S. Lilly (Ed.), *Pathoplysiology of heart disease* (2<sup>nd</sup> ed., pp.119-143). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Saini, S. D., Schoenfeld, P., Kaulback, K. & Dubinsky, M. C. (2009). Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. *American Journal of Managed Care*, 15(6), e22-33.
- Stegemann, S. et al. (2012). Adherence measurement systems and technology for medications in older patient populations. *European Geriatric Medicine*, 3(4), 254-260. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2012.05.004>
- Tanner, E. K. (2004). Chronic illness demands for self management in older adult.

*Geriatric Nursing*, 25(5), 313-317.

- Touhy, T. A. & Jett, K. F. (2010). Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging : *Safe medication use for older adults* (3rd ed). Missouri: Elsevier.
- Vlasnik, J., Aliotta, S. & DeLor, B. (2005). Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager*, 16(2), 47-51.
- Walid, F., Gellad, M. D., Jerry, L. G., & Zachary, A. M. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(1): 11–23. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.02.004.
- Walker, E. A., et al. (2006). Adherence to preventive medications predictors and outcomes in the diabetes prevention program. *Diabetes care*, 29(9), 1997-2002.
- Walsh, J. C., Mandalia, S., & Gazzard, B. G. (2002). Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS*, 16(2), 269-277.
- Weiss, R. W. (1974). The provisions of social relationships. In Z., Robin (Ed.), *Doing unto others*. New Jersey: Prentice Hall.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global Health and Aging*. Retrieved from: [www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf) on February 23, 2015.
- Wu, J-R., Chung, M., Lennie, T. A., Hall, L. A., & Moser, D. K. (2008). Testing the psychometric properties of the medication adherence scale in patients with heart failure. *Heart Lung*, 37(5), 334–343. doi:10.1016/j.hrtlng.2007.10.001



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาริรัตน์ จิตรมนตรี	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาล รากฐานพยาบาลคณะศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นาวาเอก นายแพทย์ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์	แพทย์ฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
อาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและ บริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นาวาโทหญิง พรรณงาม ประสารชัยมนตรี	หัวหน้าแผนกเภสัชกรฝ่ายบริการ สุขภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก	พยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ภาคผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย  
และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ คอ 0512.11/ 4121

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑๐ สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

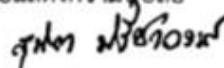
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลรากฐาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นารีรัตน์ จิตรมนตรี  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151  
นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459



ที่ ศธ 0512.11/1171

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

10 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

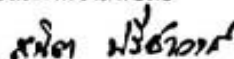
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

อาจารย์ ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459

ที่ ศธ 0512.11/177

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

(0 สิงหาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

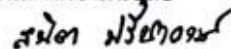
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |   |   |
|---|---|
| 1. นาวาเอก นายแพทย์ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์ | แพทย์ฝ่ายบริการสุขภาพ   |
| 2. นาวาโทหญิง พรรณงาม ประสารชัยมนตรี    | เภสัชกรฝ่ายบริการสุขภาพ หัวหน้าแผนก<br>บริการจ่ายยาผู้ป่วยในกลุ่มงานเภสัชกรรม<br>ฝ่ายสนับสนุน |
| 3. นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก          | พยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นาวาเอก นายแพทย์ ศักดิ์ชัย ปาละวัฒน์, นาวาโทหญิง พรรณงาม ประสารชัยมนตรี และนาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151
ชื่อนิสิต	นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459



ที่ ศธ 0512.11/1984

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๙ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประณี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 105 คน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิต มณีอำภรณ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประณี โทร. 02-218-1156

ข้อมิติด

นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459



ที่ ศธ 0512.11/ 1384

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 75 คน โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)  
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1156

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459



## บันทึกข้อความ

กรมแพทยทหารเรือ
เลขรับ ๒๕๐๕๐
วันที่ ๑๐ พ.ย. ๒๕๕๘
เวลา ๑๑.๑๕

ส่วนราชการ.....

ที่ ...../๕๘ วันที่ ๑๐ ต.ค. ๕๘

เรื่อง...ขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....

เสนอ กรมแพทยทหารเรือ

๑. เนื่องด้วยดิฉัน น.ต.หญิง ศศิธร รุ่งสว่าง ตำแหน่งประจำ พร. ได้ขออนุญาตศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) ภาคปกติ ณ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือ รหัสโครงการ RPO๒๙/๕๘ วันที่รับรอง ๒๖ ตุลาคม ๒๕๕๘- ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙ เรียบร้อยแล้ว

๒. เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุตามวัตถุประสงค์ และเป็นไปตามแนวทางการดำเนินการวิจัยของ พร. เห็นควรขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” ณ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - เดือน มีนาคม ๒๕๕๙ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเสนอมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นควรกรุณาอนุมัติตามข้อ ๒.

น.ต.หญิง ศศิธร รุ่งสว่าง  
( ศศิธร รุ่งสว่าง )  
ประจำ พร.

- กษ.น.ค.  
น.ต.หญิง  
๑๐ พ.ย. ๕๘

เสนอ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.

เพื่อโปรดพิจารณา เสร็จแล้วส่งเรื่องคืน

น.อ.   
ท.น.น.พ.พร.  
๑๐ พ.ย. ๕๘

-เสนอ พร.

โครงการวิจัยฯ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รหัส RPO29/58 นี้ ได้รับการรับรองระหว่าง ๒๖ ต.ค.๕๘ - ๒๕ ต.ค.๕๙ หมายรวมถึงผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลตามขอบเขตที่ได้เสนอไว้ในโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองฯ เห็นควรให้ผู้วิจัยนำหนังสือรับรองฯ ประสานหน่วยงานที่จะเก็บข้อมูลได้ด้วยตนเอง และขอให้แผนกอายุรเวชกรรมผู้ป่วยนอก รพ.สมเด็จพระปิยะเกล้าให้ความอนุเคราะห์ต่อไป

พล.ร.ต. ส.น.ค.

ประธานคณะกรรมการฯ

๑๖ พ.ย. ๕๘



โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๔๔๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๑๑-๒๐๕/๒๕๕๘

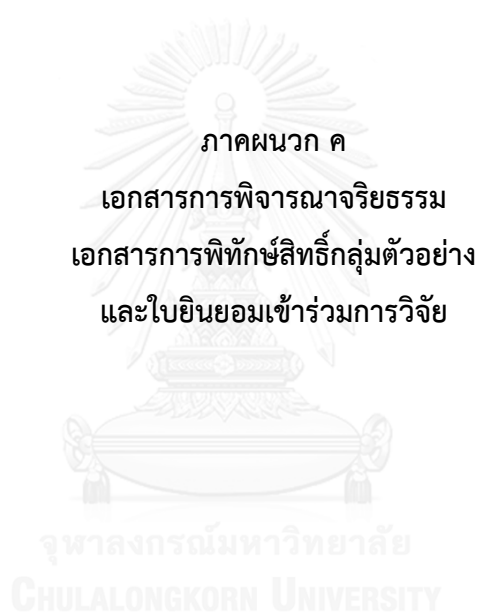
ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY MEDICATION ADHERENCE AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๘ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัครประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๘
วันหมดอายุ	๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๘

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง พรอศ รังษิฎาภรณ์  
( พันตรี รังษิฎาภรณ์ )  
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก อนันต์ สุวรรณทนะคุปต์  
( อนันต์ สุวรรณทนะคุปต์ )  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ



ที่ ศธ 0512.11/ 1384

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

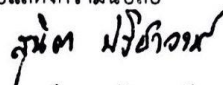
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
  3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
  4. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด
  5. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1156

นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459



ที่ ศธ 0512.11/ 1455

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

15 กันยายน 2558

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

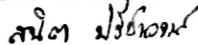
เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างการวิจัย 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด
  3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
  4. ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด
  5. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ




(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิตโทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1156  
นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง โทร. 08-9770-4459

	<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA)</b> <b>โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b>	
	<b>สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b> เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคโคโล ถนนปทุม 10600 โทร.02-4752705	NO. : COA-NMD-REC032/58 : Expedited Review
หมายเหตุ : คู่มือให้การวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยข้าราชการนอกหน่วย หรือดำเนินการโดยบุคลากรสถาบันสหพบ เป็นไปตามระเบียบของ พ.ร./ นโยบาย พ.ร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พ.ร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง รพ.สมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP029/58
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2,วันที่ 19 ตุลาคม 2558) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2,วันที่ 19 ตุลาคม 2558) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2,วันที่ 19 ตุลาคม 2558)
วันที่รับรอง	26 ตุลาคม 2558
วันหมดอายุ	25 ตุลาคม 2559

พล.ร.ต. อ.น. อภิศิติน

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.





โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ  
๕๕๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ๐๑-๑๐๕/๒๕๕๔

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS RELATED TO POLYPHARMACY MEDICATION ADHERENCE AMONG OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔ (Version 1.0 Date 13 October 2015) (ฉบับภาษาไทย) ๔. ยึดคประดิษฐ์วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๔
วันหมดอายุ	๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ  
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

ผู้วิจัยสามารถเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย

พันตำรวจเอกหญิง พิภพดี รัตนสุภาวดี  
( พันพิภพดี รัตนสุภาวดี )  
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก อนันต์ สุวรรณทนะคุปต์  
( อนันต์ สุวรรณทนะคุปต์ )  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย  
โรงพยาบาลตำรวจ

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย      ัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุ  
โรคเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย              นาวาตรีหญิงศศิธร รุ่งสว่าง

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย      504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตึกเทียมเชิดบุญเมืองชั้น 3 ถ.ตากสิน 22  
แขวงบुकคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

เบอร์โทรศัพท์              (ที่ทำงาน) 02-4752922-3 (มือถือ) 089-7704459

E-mail: keng.rungsawang@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้โดยจะให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ต่อตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดๆ ในรายงานการวิจัยที่จะระบุถึงตัวข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน  
กรุงเทพ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/ Participant Information Sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**ชื่อผู้วิจัย** นาวาตรีหญิงศศิธร รุ่งสว่าง นิสิตสาขาการพยาบาลศาสตร์  
(การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย**

ที่ทำงาน : 504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตึกเทียมเชิดบุญเมืองชั้น 3 ถ.ตากสิน 22

แขวง บุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 02-4752922-3

ที่บ้าน : 504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า หอพักอาคาร 4 ถ.ตากสิน 22

แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์มือถือ: 097-0524480

E-mail: keng.runggsawang@gmail.com

**ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้**

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3. วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) โดยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม จำนวน 150 คน ผู้ดำเนินการวิจัย นาวาตรีหญิงศศิธร รุ่งสว่าง จัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ โรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้ดำเนินการวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่านเกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ

แสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกคำตอบเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 9 ส่วนได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลาทำประมาณ 30 - 40 นาทีต่อคน เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้รับไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

4. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อวางแผนและแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง ไม่มีการใช้ยา หรือให้ท่านทำกิจกรรมใดๆ เป็นพิเศษ จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ หากท่านมีอาการเจ็บป่วยขณะรอตรวจ ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมการวิจัย

6. การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

7. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมการวิจัย

8. ในการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีภาระบุชื่อและที่อยู่ของท่านข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อ และที่อยู่ของผู้ป่วยจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของผู้ป่วย

9. ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 26 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 E-mail: [eccu@chula.ac.th](mailto:eccu@chula.ac.th)

ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





## แบบสอบถาม

### เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา

หลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

### คำชี้แจง

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด ข้อ ดังนี้
- |  |              |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย        | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล                    | จำนวน 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 3. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา        | จำนวน 7 ข้อ  |
| ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา |              |
| 4.1 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง                      | จำนวน 4 ข้อ  |
| 4.2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง                       | จำนวน 3 ข้อ  |
| 4.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์                         | จำนวน 4 ข้อ  |
| 4.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค                          | จำนวน 8 ข้อ  |
| ส่วนที่ 5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน             | จำนวน 23 ข้อ |
| ส่วนที่ 6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม                | จำนวน 10 ข้อ |

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

Mini – Mental State Examination : Thai version (MMSE - Thai 2002)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีผู้ที่ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

- | 1. Orientation for time (5 คะแนน)<br>(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน) | บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง<br>(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) | คะแนน                    |
|--|---|--------------------------|
| 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร                                     | .....   | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้วันอะไร  | .....   | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร                                      | .....   | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้ปีอะไร  | .....   | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร  | .....   | <input type="checkbox"/> |
| 2. Orientation for place (5 คะแนน)                         |   |                          |
| 3. ....  |   |                          |
| 4. ....  |   |                          |
| 11. ....   |   |                          |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย (√) ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี .....เดือน

3. สถานภาพสมรส

4. ....

5. ....

.

.

11. ....



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำบ่อย	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ทำนานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้งหรือเกือบไม่ปฏิบัติเลย
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

โปรดระบุเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ เกิดขึ้นบ่อยเพียงใดในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	ทำ เป็น ประจำ	ทำ บ่อย	ทำเป็น บางครั้ง	ทำ นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย ทำ เลย
1) ฉันลืมรับประทานยา					
2) ฉันลืมรับประทานยาเมื่อฉันไปพักผ่อนหรือมีการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน					
3) .....					
4) .....					
.					
.					
7) .....					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้ประโยชน์ของ การรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม รับรู้อุปสรรคการของการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง</b> 1) โรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อกำเริบเมื่อหยุดรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 2) การปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา สามารถลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังกำเริบได้ 3)..... . . 19).....				

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุในการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง (Not at all sure) หมายถึง ท่านไม่มั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

มั่นใจบางครั้ง (Somewhat sure) หมายถึง ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

มั่นใจมากที่สุด (Very sure) หมายถึง ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

สถานการณ์	ไม่มั่นใจ อย่างยิ่ง	มั่นใจ บางครั้ง	มั่นใจ มากที่สุด
<p><b>ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ.....</b></p> <p>1) เมื่อฉันอยู่บ้านแล้วมีงานยุ่ง</p> <p>2) เมื่อฉันทำธุระนอกบ้าน</p> <p>3) เมื่อไม่มีใครคอยเตือนฉัน</p> <p>4) .....</p> <p>·</p> <p>·</p> <p>6).....</p>			

### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว ซึ่งแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง                    หมายถึง    ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง  
 เห็นด้วย                                    หมายถึง    ข้อความตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่แน่ใจ                                    หมายถึง    ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น  
 ไม่เห็นด้วย                                หมายถึง    ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง                    หมายถึง    ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1) สมาชิกในครอบครัวฉันและเพื่อนฉัน เป็นผู้ดูแลฉันได้หากจำเป็น					
2) ถ้าฉันรู้สึกเบื่อ ผิดหวัง หรือซึมเศร้า ฉันสามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน					
3).....					
4).....					
.					
.					
10).....					

ภาคผนวก จ  
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและ





### ค่าความเที่ยงของความร่วมมือในการใช้ยา

	Mean	Std. Dev	N
1. ADHER 1	4.67	.479	30
2. ADHER 2	4.57	.626	30
3. ADHER 3	4.57	.817	30
4. ADHER 4	4.70	.794	30
5. ADHER 5	3.77	.817	30
6. ADHER 6	3.43	.774	30
7. ADHER 7	4.83	.747	30

### Correlation Matrix

	AD 1	AD 2	AD3	AD 4	AD 5	AD6	AD 7
1. ADHER 1	1.000						
2. ADHER 2	.536	1.000					
3. ADHER 3	.059	.025	1.000				
4. ADHER 4	-.181	.007	.855	1.000			
5. ADHER 5	-.029	.065	.618	.685	1.000		
6. ADHER 6	-.062	-.097	.689	.668	.820	1.000	
7. ADHER 7	-.161	-.086	.838	.901	.612	.607	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	30.53	12.809	3.57	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ADHER 1	25.87	12.533	.014	.479	.863
ADHER 2	25.97	12.171	.056	.409	.869
ADHER 3	25.97	8.240	.832	.833	.752
ADHER 4	25.83	8.420	.815	.886	.756
ADHER 5	26.77	8.599	.739	.736	.771
ADHER 6	27.10	8.921	.712	.756	.777
ADHER 7	25.70	8.907	.751	.842	.771

**Reliability Statistics** 7 Items

Cronbach's Alpha = .826 Standardized Items = .791

**ค่าความเที่ยงของการรับรู้โอกาสเสี่ยง**

	Mean	Std. Dev	N
1. SUS1	3.83	.461	30
2. SUS2	3.83	.461	30
3. SUS3	3.80	.484	30
4. SUS4	3.67	.547	30

**Correlation Matrix**

	SUS1	SUS2	SUS3	SUS4
1. SUS1	1.000			
2. SUS2	.838	1.000		
3. SUS3	.772	.772	1.000	
4. SUS4	.456	.456	.521	1.000

N of Case = 30

Statistics for Scale	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
	15.13	2.740	1.655	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. SUS1	11.30	1.597	.799	.741	.799
2. SUS2	11.30	1.597	.799	.741	.799
3. SUS3	11.33	1.540	.803	.673	.795
4. SUS4	11.47	1.706	.515	.280	.920

Reliability Statistics 4 Items

Cronbach's Alpha = .867 Standardized Items = .875

**ค่าความเที่ยงของการรับรู้ความรุนแรง**

	Mean	Std. Dev	N
1. SEV1	3.80	.407	30
2. SEV2	3.77	.430	30
3. SEV3	3.67	.479	30

**Correlation Matrix**

	SEV1	SEV2	SEV3
1. SEV1	1.000		
2. SEV2	.709	1.000	
3. SEV3	.530	.780	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	11.23	1.357	1.165	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item	Scale Variance if Item	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item
--	--------------------------	------------------------------	--	------------------------------------	------------------

	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
1. SEV1	7.43	.737	.652	.504	.874
2. SEV2	7.47	.602	.854	.730	.687
3. SEV3	7.57	.599	.713	.610	.829

Reliability Statistics 4 Items

Cronbach's Alpha = .859 Standardized Items = .861

### ค่าความเที่ยงของการรับรู้ประโยชน์

	Mean	Std. Dev	N
1. BEN1	3.73	.521	30
2. BEN2	3.73	.521	30
3. BEN3	3.50	.509	30
4. BEN4	3.70	.596	30

### Correlation Matrix

	BEN1	BEN2	BEN3	BEN4
1. BEN1	1.000			
2. BEN2	.873	1.000		
3. BEN3	.521	.521	1.000	
4. BEN4	.733	.844	.626	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	14.67	3.540	1.882	4

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. BEN1	10.93	2.064	.805	.770	.857
2. BEN2	10.93	1.995	.866	.855	.835
3. BEN3	11.17	2.351	.597	.412	.927
4. BEN4	10.97	1.826	.843	.762	.842

### Reliability Statistics 4 Items

Cronbach's Alpha = .898 Standardized Items = .897

### ค่าความเที่ยงของการรับรู้อุปสรรค

	Mean	Std. Dev	N
1. BAR1	1.60	.675	30
2. BAR2	1.50	.682	30
3. BAR3	1.37	.669	30
4. BAR4	1.33	.711	30
5. BAR5	1.53	.681	30
6. BAR6	1.40	.675	30
7. BAR7	1.27	.640	30
8. BAR8	1.63	.718	30

**Correlation Matrix**

	BAR1	BAR2	BAR3	BAR4	BAR5	BAR6	BAR7	BAR8
1. BEN1	1.000							
2. BEN2	.674	1.000						
3. BEN3	.642	.718	1.000					
4. BEN4	.647	.711	.822	1.000				
5. BEN5	.480	.593	.691	.759	1.000			
6. BEN6	.591	.524	.657	.647	.720	1.000		
7. BEN7	.655	.632	.731	.707	.770	.863	1.000	
8. BEN8	.470	.246	.433	.450	.554	.740	.670	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	11.63	20.171	4.491	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Scale Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. BEN1	10.03	15.895	.710	.614	.927
2. BEN2	10.13	15.913	.697	.670	.928
3. BEN3	10.27	15.444	.814	.742	.920
4. BEN4	10.30	15.114	.823	.772	.919
5. BEN5	10.10	15.472	.790	.721	.921
6. BEN6	10.23	15.357	.824	.799	.919
7. BEN7	10.37	15.344	.882	.829	.915
8. BEN8	10.00	16.207	.596	.621	.936

Reliability Statistics 8 Items

Cronbach's Alpha = .932 Standardized Items = .933

ค่าความเที่ยงของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

	Mean	Std. Dev	N
1. EFF1	2.10	.403	30
2. EFF2	2.07	.365	30
3. EFF3	2.60	.563	30
4. EFF4	2.63	.556	30
5. EFF5	2.67	.479	30
6. EFF6	2.57	.504	30
7. EFF7	2.73	.450	30
8. EFF8	2.73	.450	30
9. EFF9	2.63	.490	30
10. EFF10	2.80	.407	30
11. EFF11	2.97	.183	30
12. EFF12	2.77	.430	30
13. EFF13	2.73	.450	30
14. EFF14	2.73	.450	30
15. EFF15	2.70	.535	30
16. EFF16	2.37	.490	30
17. EFF17	2.77	.430	30
18. EFF18	2.60	.498	30
19. EFF19	2.70	.466	30
20. EFF20	2.37	.490	30
21. EFF21	2.83	.379	30
22. EFF22	2.80	.407	30
23. EFF23	2.97	.183	30

## Correlation Matrix

	EFF1	EFF2	EFF3	EFF4	EFF5	EFF6	EFF7	EFF8
1. EFF1	1.000							
2. EFF2	.657	1.000						
3. EFF3	.487	.302	1.000					
4. EFF4	.478	.464	.506	1.000				
5. EFF5	.357	.328	.511	.560	1.000			
6. EFF6	.221	.162	.462	.275	.381	1.000		
7. EFF7	.343	.112	.517	.423	.373	.690	1.000	
8. EFF8	.343	.322	.517	.423	.373	.385	.489	1.000
9. EFF9	.367	.334	.575	.375	.636	.451	.323	.323
10. EFF10	.337	.325	.542	.427	.530	.404	.264	.264
11. EFF11	-.422	.034	.134	-.125	-.131	.212	-.112	-.112
12. EFF12	.338	.322	.455	.495	.279	.154	.202	.202
13. EFF13	.343	.112	.381	.285	.533	.385	.318	.148
14. EFF14	.343	.322	.571	.423	.373	.385	.318	.830
15. EFF15	.464	.459	.618	.545	.403	.652	.659	.516
16. EFF16	.157	.244	.175	.131	.098	.247	.302	.146
17. EFF17	.338	.322	.455	.351	.279	.154	.202	.202
18. EFF18	.378	.341	.147	.324	.289	-.027	.123	.431
19. EFF19	.349	.324	.447	.226	.463	.161	.263	.263
20. EFF20	.157	.244	.175	.131	-.049	.107	.302	.146
21. EFF21	.339	.332	.323	.518	.063	-.030	.135	.135
22. EFF22	.337	.325	.241	.427	.177	.067	.264	.641
23. EFF23	.516	.552	.537	.555	.263	.212	.308	.308



	EFF9	EFF10	EFF11	EFF12	EFF13	EFF14	EFF15	EFF16
9. EFF1	1.000							
10. EFF2	.657	1.000						
11. EFF3	.141	-.093	1.000					
12. EFF4	.398	.521	-.102	1.000				
13. EFF5	.323	.452	-.112	.380	1.000			
14. EFF6	.323	.264	-.112	.380	.318	1.000		
15. EFF7	.487	.349	-.106	.435	.373	.658	1.000	
16. EFF8	.005	.035	.141	.093	.302	.302	.302	1.000
17. EFF9	.398	.512	-.102	.814	.558	.380	.435	.256
18. EFF10	.226	.272	-.152	.354	.277	.431	.181	.339
19. EFF11	.257	.218	-.122	.499	.263	.263	.318	.196
20. EFF12	.005	.035	.141	.256	-.010	.146	.171	.282
21. EFF13	.217	.447	-.083	.599	.135	.135	.255	-.031
22. EFF14	-.035	.167	-.093	.315	.075	.641	.349	.208
23. EFF15	.244	.371	-.034	.337	.308	.308	.600	.141

	EFF17	EFF18	EFF19	EFF20	EFF21	EFF22	EFF23
17. EFF1	1.000						
18. EFF2	.515	1.000					
19. EFF3	.499	.356	1.000				
20. EFF4	.093	.339	.196	1.000			
21. EFF5	.388	.183	.293	.340	1.000		
22. EFF6	.188	.442	.218	.380	.447	1.000	
23. EFF7	.337	.277	.284	.141	.415	.371	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	60.83	34.971	5.914	23



	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. EFF1	58.73	32.133	.586	.	.903
2. EFF2	58.77	32.599	.537	.	.904
3. EFF3	58.23	30.254	.710	.	.899
4. EFF4	58.20	30.648	.652	.	.901
5. EFF5	58.17	31.592	.584	.	.903
6. EFF6	58.27	31.926	.490	.	.905
7. EFF7	58.10	31.886	.568	.	.903
8. EFF8	58.10	31.748	.596	.	.903
9. EFF9	58.20	31.683	.552	.	.903
10. EFF10	58.03	32.102	.586	.	.903
11. EFF11	57.87	35.223	-.132	.	.912
12. EFF12	58.07	31.789	.618	.	.902
13. EFF13	58.10	32.231	.497	.	.905
14. EFF14	58.10	31.472	.653	.	.901
15. EFF15	58.13	30.326	.740	.	.899
16. EFF16	58.47	32.947	.317	.	.909
17. EFF17	58.07	31.857	.603	.	.902
18. EFF18	58.23	32.047	.474	.	.905
19. EFF19	58.13	32.120	.499	.	.905
20. EFF20	58.47	33.154	.279	.	.910
21. EFF21	58.00	32.966	.428	.	.906
22. EFF22	58.03	32.585	.478	.	.905
23. EFF23	57.87	33.706	.581	.	.906

Reliability Statistics 23 Items

Cronbach's Alpha = .908 Standardized Items = .905

## ค่าความเที่ยงของการสนับสนุนทางสังคม

	Mean	Std. Dev	N
1. SOC1	4.90	.305	30
2. SOC2	4.87	.346	30
3. SOC3	4.83	.379	30
4. SOC4	4.80	.407	30
5. SOC5	4.80	.407	30
6. SOC6	4.63	.490	30
7. SOC7	4.17	.379	30
8. SOC8	4.93	.254	30
9. SOC9	4.87	.346	30
10.SOC10	4.93	.254	30

## Correlation Matrix

	SO1	SO2	SO3	SO4	SO5	SO6	SO7	SO8	SO9	SO10
1. SOC1	1.000									
2. SOC2	.850	1.000								
3. SOC3	.447	.351	1.000							
4. SOC4	.667	.784	.447	1.000						
5. SOC5	.667	.539	.671	.792	1.000					
6. SOC6	.438	.312	.217	.311	.484	1.000				
7. SOC7	.149	.175	.200	.224	.224	.340	1.000			
8. SOC8	.802	.681	.239	.535	.535	.351	.120	1.000		
9. SOC9	.196	.135	.088	.294	.294	.109	-.088	.288	1.000	
10.SOC10	-.089	-.105	.239	-.134	-.134	-.203	.120	-.071	.288	1.000

N of Case = 30

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Items
Scale	47.73	4.961	2.227	10

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. SOC1	42.83	3.937	.769	.	.775
2. SOC2	42.87	3.913	.679	.	.780
3. SOC3	42.90	4.024	.522	.	.796
4. SOC4	42.93	3.651	.736	.	.769
5. SOC5	42.93	3.582	.788	.	.763
6. SOC6	43.10	3.886	.432	.	.813
7. SOC7	43.57	4.392	.268	.	.824
8. SOC8	42.80	4.234	.634	.	.792
9. SOC9	42.87	4.464	.258	.	.823
10. SOC10	42.80	4.924	-.024	.	.838

### Reliability Statistics 10 Items

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิง ศศิธร รุ่งสว่าง เกิดเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2519 ภูมิลำเนาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือเมื่อปี พ.ศ. 2542 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 1 ส.ค. – 18 พ.ย. พ.ศ. 2554 และศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลฝ่ายบริการสุขภาพ หอผู้ป่วยเทียมเข็ดบุญเมือง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

