

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



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 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HEALTH BELIEF PROGRAM ON MEDICINE
USED BEHAVIOR IN OLDER PERSONS WITH HYPERTENSION

Miss Nattanun Kumpiriyapong



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 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดย	นางสาวณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกุศล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาสัตย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ : ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (THE EFFECT OF HEALTH BELIEF PROGRAM ON MEDICINE USED BEHAVIOR IN OLDER PERSONS WITH HYPERTENSION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 115 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ตัวแปร เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .81 และ .74 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5577215236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: OLDER PERSONS / HEALTH BEHAVIOR / MEDICINE USED

NATTANUN KUMPIRIYAPONG: THE EFFECT OF HEALTH BELIEF PROGRAM ON
MEDICINE USED BEHAVIOR IN OLDER PERSONS WITH HYPERTENSION.

ADVISOR: ASSOC. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 115 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of health belief model programme on medicine use behavior in older persons with hypertension. Forty older persons with hypertention admitted medication ward, the Thammasat university hospital. The participants were random assigned to the experimental and control groups (20 for each group). The control group received a conventional care while the experimental group received an intervention regard to health belief model programme, using the health belief of action influence health behaviors according to the health belief model (Becker, 1974). The programme was conducted for 5 weeks. The questionnaires consisted of demographic information, perceived health questionnaires, and medicine used behavior questionnaires. The reliabilities of the perceived health questionnaires and medicine used behavior were .81 and .74, respectively. Percent, mean, standard deviation, and independent t-test were used to analyze data. The results revealed that:

1. The mean of medicine used behavior score, after participating in the health belief programme, was significantly higher than that before participating in the programme at the statistical level of .05

2. The mean of medicine used behavior score, after participating in the health belief programme in the experiment group, was significantly higher than that before participating in the programme at the statistical level of .05

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ พร้อมทั้งให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิปป ประธานสอบวิทยานิพนธ์และ ผศ. ดร. อีระ สินเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้มอบวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลา ในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ได้ให้ความมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ และสมาชิกหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจตลอดมา

ท้ายที่สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบคุณบิดา และมารดา ผู้ให้ความรัก ความเข้าใจเป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนอยู่เบื้องหลังความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
คำถามการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. โรคความดันโลหิตสูง	11
2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง	16
3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	20
4. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	22
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ.....	28
6. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง	30
7. บทบาทพยาบาล	38

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40
9. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล	55
วิธีดำเนินการทดลอง.....	56
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	60
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	73
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผล.....	75
ข้อเสนอแนะ	77
รายการอ้างอิง	79
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	89
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	97
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล	112
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	115

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต	12
ตารางที่ 2 คุณสมบัตินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) โดย พิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค คะแนนความร่วมมือใน การใช้ยา.....	48
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค และโรค ประจำตัว.....	63
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความ ดันโลหิตสูง	66
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังการทดลอง.....	67
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังการทดลอง.....	69
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต สูงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	71
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	72

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด	45
ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	61



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากร 194 ประเทศทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคน อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ 640 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 34 และร้อยละ 66 ตามลำดับ (WHO, 2012) และในปี ค.ศ. 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในส่วนของประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 727.7 แสนคน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 1,570.6 แสนคน ในปี พ.ศ. 2555 และเป็นโรคเรื้อรังอันดับหนึ่ง รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 287.5 เป็น 1433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 4.99 เท่า (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) สอดคล้องกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาที่หน่วยผู้ป่วยนอกจำนวน 8,982 คน และ 13,067 ในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเพิ่มขึ้นจาก 4,531 ราย ไปเป็นเป็น 5,689 ราย ในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 ตามลำดับ (กองสถิติโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2556)

ในแต่ละปีมีประชากรเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึงเกือบ 8 ล้านคน ซึ่งในส่วนของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน (WHO Regional Office for South-East Asia, 2011) และในประเทศไทย พบว่า มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 3.9 ต่อประชากรหนึ่งแสนในปี พ.ศ. 2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554) และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 49 (WHO, 2002) และเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9.7 และร้อยละ 12.2 ตามลำดับ (World Health Organization & International Society of Hypertension, 2003)

การที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง หลอดเลือดโดยเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ การมีความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือด (Tunica intima) ถูกทำลาย เกิดเลือด (Fibrin) มาสะสม มีการบวมเกิดขึ้นและตามด้วยการอุดตันของหลอดเลือด รูภายในจะตีบแคบลง ซึ่งผลสุดท้าย คือ ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหัวใจ สมอง ไตและจอประสาทตา (Retina) ลดลง หน้าที่ของอวัยวะดังกล่าวบกพร่องลงไปเรื่อย ๆ และทำให้เกิดการขาดเลือด เกิดการตายของเนื้อเยื่อที่หลอดเลือดเหล่านี้ไปเลี้ยงได้ จะส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นจากความพิการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทในสังคมลดลงรวมทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 67.7 และมีเพียงร้อยละ 60.4 เท่านั้นที่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (Hadi & Rostami-Gooran, 2004) และจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ Methodist Hospital of Indiana พบว่าร้อยละ 30-46 ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาค่า (Shaw et al, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Van (2003) พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพียงร้อยละ 26 ถึง 59 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 35.9 และร้อยละ 35.8 ตามลำดับ (Chapman et al., 2005) และในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของการควบคุมความดันโลหิตได้ในผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 22-25 สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความร่วมมือในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (วิชัย เอกพลากร, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ อักษรศิริ (2543) ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ายาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 45.7 และในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 60 โดยพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เบี่ยงเบนไปจากการรักษา ได้แก่ การรับประทานยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง โดยลืมรับประทานยาเป็นบางครั้งและรับประทานยาทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 56 กรณีมีอาการข้างเคียงจากยาจะหยุดใช้ยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 70.7 ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการรักษาน้อยกว่า ร้อยละ 50 (สกวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (1999) พบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับเพิ่มและลดขนาดยาเอง และยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การใช้ยา และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังขาดการรักษาระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 63.8 (วรารัตน์ เหล่านากุล, 2546)

และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติด้วยภาวะความดันโลหิตสูงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม (มกราคม 2557) พบว่า ส่วนหนึ่งคิดว่า

อาการปกติ หายจากโรคความดันโลหิตสูงแล้วจึงไม่ได้รับประทานยาต่อ มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ขาบวม ไอ ปัสสาวะบ่อย จึงหยุดรับประทานยาเอง หรือมีการปรับขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ และมีความเกรงใจบุตรหลานในการพามาปรึกษา ส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้อายุไม่ต่อเนื่อง จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจากการรับรู้ และความไม่เข้าใจเกี่ยวโรคและผลข้างเคียงจากการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้สูงอายุยังไม่เกิดความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเอง และด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่แสดงอาการไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุจะไม่รับรู้ถึงอันตราย ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น หัวใจวาย ไตวาย และอัมพาต เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) และเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญของการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในการเรื่องการรับประทานยา เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสอดคล้องกับแผนการรักษา (สวัสดี เทียงธรรม, 2547) ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจัดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหนึ่งที่มีผลในการช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ (Becker, 1974) ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2543) ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพคือความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาโดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อนั้นๆ (ประภา เพ็ญสุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536)

ปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา โดยพบว่า พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) การรับรู้ถึงความรุนแรง

ของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535) โดยการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คาจันทร์ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 และการศึกษาของ Pires (2008) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพต่อการยึดมั่นในการรักษาความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์มากจะการยึดมั่นในการรักษาและพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อย Joho (2012) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามการรักษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทางที่ตีขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความจำกัดด้านการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะการใช้ยา การใช้ยาที่เหมาะสมเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจวิธีการรับประทานยาและการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และ นภาพร วาณิชย์กุล, 2551) ซึ่งยาแต่ละกลุ่มมีผลข้างเคียงที่แตกต่างกันโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องเข้าใจถึงผลข้างเคียงของยาและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาหากมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (บุญศรี นุเกตุ, 2541) จากการศึกษาของสกวรัตน์ ชัยสุนทร (2541) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้ในเรื่องของการใช้ยา จะนำไปสู่การปฏิบัติตนในการใช้ยาได้เป็นอย่างดี ดังนั้นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมความรู้ในการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับโรคและพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่องของการใช้ยา เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นหากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง (พินทนี สุวาสนะ, 2551) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดยาไว้เฉพาะมือรับประทาน แต่พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้สุภารัตน์ คลื่นแก้ว (2552) พบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ได้กล่าวถึงปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและแม้ว่าการสอนจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความร่วมมือใน

การรับประทานยาไม่เพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับความรู้จะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไป (Gibert & Heiser, 2005)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยมีส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มาจากทฤษฎีจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลายที่สัมพันธ์กับสุขภาพได้แก่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือถ้าอยู่ในความเจ็บป่วยก็จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรคและเชื่อว่า การปฏิบัติทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) การศึกษา การปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ผ่านมา มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เรื่องผลของโปรแกรม การให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อ หิน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลในกิจกรรมครั้งแรก ร่วมกับการติดตามอีก 3 สัปดาห์ ประเมินผล หลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่ เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (วันทนา รัตนมณี, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาในการจัดการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา (2549) ที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการ ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล หากสามารถพัฒนาแนวทางในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการ จัดการดูแลผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้เป็นจำนวนมาก (สุพัตรา บัวทิ, 2555) เพื่อให้บรรลุผล ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ ยาในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หรือไม่ อย่างไร
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และหากไม่ได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้คงที่แล้วระดับความดันโลหิตมักจะสูงมากเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ความดันโลหิตสูงวิกฤต (hypertensive crisis) และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (ศศิธร อุตตะมะ, 2549) การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา (adherence) คือความร่วมมือของผู้รับบริการที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผน โดยรับประธานยาตามคำสั่งการรักษาตามความถี่ และขนาด (Brunier, 2006)

พฤติกรรมการใช้ยาจัดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหนึ่งที่มีผลในการช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับความรู้และความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ (Becker, 1974) โดย Becker อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นการรับรู้ต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคล 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่เกิดตามมา (consequences) ในทุกๆด้าน 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ 4) การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบาย เป็นต้น และ 5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ เป็นตัวกระตุ้นหรือตัวเร่งให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบกับข้อเสียหรือ

อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ข้างต้นดีขึ้นรวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงหากไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยการค้นหาและประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพการทำงาน ชีวิตในครอบครัว ชีวิตในสังคม เป็นต้น ให้ข้อมูลที่เป็นจริง จากการศึกษาของอรสา พันธุ์ภักดี (2542) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยง จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535)

2. เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการอธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม อธิบายถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมข้างต้นอย่างชัดเจน (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Becker, 1974) นอกจากความเข้าใจในคำแนะนำแล้วยังรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (ศศิธร อุตตะมะ, 2549) โดยการกำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร ในเวลาใด

3. ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริการ ให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ ลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้ (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, 2549)

4. จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ การกระตุ้นทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดขึ้น ปัจจัยนี้อาจเป็นปัจจัยภายในตนเอง เช่น การรับรู้สภาพของตนเอง หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่างๆ ความเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น การกระตุ้นการปฏิบัติโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติอย่างชัดเจน การให้ฟังคำแนะนำจากตัวแบบที่ดี กระตุ้นการตระหนักรู้ สร้างระบบการกระตุ้นเตือน (วัลลา ตันตโยทัย, 2543)

จากแนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest and posttest design control group) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตัวแปรที่ใช้ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการใช้ยา ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 5 ครั้งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน

1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลที่เป็นการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงประเมินความเสี่ยง ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลนั้นและการสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงแจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุกๆ ด้าน ให้ข้อมูลที่เป็นจริง

2. การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลที่เป็นการสร้างการรับรู้ประโยชน์ อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างชัดเจน กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. การจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นการสร้างการรับรู้อุปสรรค ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิดๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ

4. การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลที่เป็นการสร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้สูงอายุ สร้างการตระหนักรู้ ให้ข้อมูลการปฏิบัติที่ชัดเจน ใช้โทรศัพท์กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมกรใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนความผิดพลาดของ ขนาดและเวลารับประทานยาการหยุดรับประทานยา การลืมและความรู้สึกในการรับประทานยา

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลของพยาบาลประจำการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับผู้ป่วย และตอบข้อคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม โดยไม่มีการประเมินความร่วมมือในการรักษา ไม่มีการตรวจสอบกลับว่าผู้ป่วยมีการใช้ยาที่เหมาะสมหรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ในการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยา และพฤติกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ
6. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
7. บทบาทพยาบาล
8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. โปรแกรมการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. โรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงไว้ว่า ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มีค่าสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 1999) และในการประชุมครั้งที่ 7 ของคณะกรรมการป้องกัน การสืบค้น การประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของประเทศสหรัฐอเมริกา (The Seventh Report of Joint Nation Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: JNC 7) ได้แบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเป็น 4 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

ระดับความดันโลหิต	Systolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)	Diastolic blood pressure (มิลลิเมตรปรอท)
ระดับความดันโลหิตปกติ	<120	< 80
ความดันโลหิตสูงเริ่มต้น	120-139	80-89
ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 1	140-159	90-99
ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 2 หรือ	> 160	>100

ที่มา JNC 7 (อ้างอิงใน พีระ บุรณกิจเจริญ, 2545)

1.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ 2 ประเภท คือ

1.2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension หรือ essential hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ซึ่งสาเหตุการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่า ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการพยากรณ์ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายและอายุ ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคอยู่ในปัจจุบัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545)

1.2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากโรคอื่น ๆ ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; ผ่อนพรรณ อรุณแสง, 2548)

1) Primary renal disease เป็นจุดเริ่มต้นที่เรามักพบในผู้ป่วยที่เป็นเฉียบพลัน (acute) หรือโรคไตเรื้อรัง (chronic renal disease) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไต

2) การได้รับยาบางชนิด เช่น Corticosteroid NSAID และ ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน เป็นต้น โดยพบว่า ยาคุมกำเนิดทำให้ผู้หญิงบางคนเกิดความดันโลหิตสูงได้หลังได้รับยาและจะดีขึ้นหลังหยุดยา

3) Pheochromocytoma เป็นเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วน Medulla ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine เข้ามาในกระแสเลือดทำให้หลอดเลือดหดตัวเกิดความดันโลหิตสูง

4) Cushing's syndrome เป็นความผิดปกติของต่อมหมวกไตที่หลั่ง Cortisol ออกมามาก ผู้ป่วยจะมีลักษณะหน้ากลม หลังโหนก แขนขาอ้วน พบว่า ทำให้ผู้ป่วยเกิดความดันโลหิตสูง

5) ความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ แรงดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเนื้องอกสมอง และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (sleep apnea syndrome)

6) หลอดเลือดเอออร์ตาตีบตัว (coarctation of aorta) ความผิดปกติของหลอดเลือดเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงในเด็กทำการตรวจโดยถ่ายภาพรังสีทรวงอก

7) โรคของต่อมไร้ท่ออื่นๆ อาจพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น Hypothyroidism หรือ hyperthyroidism

8) ภาวะตั้งครรภ์ จะมีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป เกิดขึ้นในอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และความดันโลหิตจะลดลงหลังคลอด

1.3 สาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรที่มีอายุเกิน 65 ปี จะมีความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) > 160 มม.ปรอท และมีความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) < 90 มม.ปรอท หรือต่ำกว่า ถ้ามีความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) สูงด้วยหลังอายุ 60 ปี ต้องนึกถึงโรคของหลอดเลือดไต (renovascular disease) และถ้าพบว่าความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) แสดงถึงการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุสูงขึ้น ส่วนสาเหตุอื่น ๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมุ่งดังต่อไปนี้ (จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

1.3.1 ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น

1) หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดจะตีบแข็งมากขึ้น ทำให้ขาดความยืดหยุ่นขนาดของรูหลอดเลือดเล็กลงเป็นผลให้ความต้านทานส่วนปลายทางรวมของหลอดเลือดสูงขึ้น

2) อัตราการกรองของไตลดลงและปริมาณเลือดที่ไหลไปยังไตลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการคั่งของของเสีย และเกลือแร่ จึงทำให้มีการคั่งของเหลวในร่างกายเพิ่มขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของ rennin angiotensin system พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการทำหน้าที่ของเรนินจะลดลงเป็นสาเหตุทำให้มีการกระตุ้นการสร้างเรนินเพิ่มขึ้น

1.3.2 แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาหารที่มีไขมันสูง อาหารลดเค็ม การสูบบุหรี่ รวมทั้ง การดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น

1.3.3 จากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น เช่น โรคโลหิตจางอย่างรุนแรง โรคไตวาย โรคของต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น

1.4 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการ ควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลจากการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ส่งผล ให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; Scott, 1998; Chobanian et al., 2003; Potter, 2003) ได้แก่

1) สมอง โรคความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองมี ลักษณะหนาขึ้น ภายในหลอดเลือดขรุขระและตีบแคบลง และในผู้สูงอายุพบว่าผนังหลอดเลือดแดง จะลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากการเสื่อมของผนังของหลอดเลือด บางลงและเปราะ (ชูศักดิ์ เวชเพศย์, 2538) ทำให้หลอดเลือดอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง หรือหลอดเลือดแตกได้ ผู้สูงอายุที่มีแรงดันใน หลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) เพิ่มขึ้น 10 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาส เกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Potter, 2003) และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 50 ใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศสหรัฐอเมริกา (Groer, 2001) ถ้าความดันโลหิตสูงขึ้นอย่าง เฉียบพลันและรวดเร็ว จะมีอาการทางสมอง (hypertensive encephalopathy) โดยจะมีอาการ ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้อาเจียน ชีพ สับสน ชักและอาจถึงหมดสติได้ บางครั้งอาจมีอาการอัมพาต เกิดขึ้นชั่วคราว

2) หัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดที่ เลี้ยงหัวใจคือโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดมีการตีบและแข็ง กล้ามเนื้อหัวใจมีปริมาณคอลลาเจนเพิ่มขึ้น และมีเยื่อพังผืด (fibrotic tissue) แทรกอยู่ระหว่างเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจเข้าไปแทนที่เส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจ (Aronow, 1999) มีผลให้ความยืดหยุ่นในการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานหนัก เนื่องจากแรงต้านที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรง ต้านที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปอีกทั้งเส้นใยของ กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุจะขยายตัวได้น้อย หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงานเกิดอาการ เลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจนปอดได้ เลือดจึงไหลย้อนกลับสู่ปอด เกิด

อาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้องขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจวาย (Scott, 1998; Woods, 2002)

3) ไต การเกิดโรคไตในผู้สูงอายุจากความดันโลหิตสูงมักจะเกิดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากและนานพอสมควร เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนาและแข็งรูหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ชรุขระ เนื่องจากเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พบว่าเลือดที่ไหลผ่านไตลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยลดลงประมาณ 10% เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุก 10 ปีจากอายุ 20 ปีในคนอายุ 80 ปีจะมีค่าเพียง 300 ml/min ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลง และพบว่าขนาดของ glomerulus เล็กลง ทำให้ glomerular filtration rate (GFR) ลดลงนอกจากนี้หน้าที่ของหลอดเลือดก็ลดลงด้วย โดยเฉพาะสำหรับการขนส่งกลูโคส การขับถ่ายกรด และการขนส่งโซเดียม (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสูงอายุ และมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มีการทำลายของ glomerulus ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงและไตเสื่อมสภาพ อาจพบโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

4) ตา ในรายที่ความดันโลหิตสูงรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือหลอดเลือดฝอยตีบแคบอย่างรวดเร็ว และเมื่อมีอายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือด บางลงและเปราะ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตา และหัวประสาทตาบวม (papilledema) ทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (scotomata) ตามัว และอาจตาบอดได้ (Swales, 1995; Woods, 2002)

1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกเครียดที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้บางรายอาจรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ เบื่อหน่าย (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในรายที่รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตหลายชนิด ทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากมักจะคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานเนื่องจากผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหนื่อยง่ายเป็น

ตัน (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดี, 2542; Kaplan,1998) ซึ่งทำให้เกิดความเครียดตามมาได้

1.4.3 ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ

จากผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต โรคหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติงานได้เหมือนเดิมเป็นภาระต่อครอบครัว และยังส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา (สุพรรณ ธีโฮ, 2547) โดยสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกาประมาณค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2553 อยู่ที่ 76.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Lloyd-Jones et al., 2010) และสำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (สำนักนิเทศ, 2550)

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตที่ลดลงจะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดกับหัวใจ และหลอดเลือด การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลักการที่สำคัญ คือ ไม่ควรให้ยาทันที ยกเว้นกรณีที่มีความดันโลหิตสูงมาก สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีอยู่ 2 ประเภท คือ การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (non pharmacological treatment) และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacological treatment)

2.1 การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (Non pharmacological treatment)

การรักษาโดยการไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่ใช้กันมานาน ซึ่งคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC, 2003) ได้พิจารณาให้เป็นวิธีการที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอในการรักษาความดันโลหิตสูงระดับน้อย และใช้วิธีนี้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง และรุนแรง ซึ่งวิธีดังกล่าวมีประโยชน์คือ ลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงของยาและลดค่าใช้จ่าย รวมไปถึงลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยโดยมีวิธีการปฏิบัติในการควบคุมระดับความดันโลหิตดังนี้

2.1.1 การควบคุมอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว

หลักสำคัญในการรับประทานอาหารของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมจำนวนแคลอรี การจำกัดอาหารประเภทโซเดียม อาหารที่มีแคลอรีสูงได้แก่ อาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องใน กะทิ เพื่อลดระดับไขมันในเลือดด้วย เนื่องจากการมีไขมันสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (American Heart Association, 2004) และลดอาหารเค็มเนื่องจากโซเดียมทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้นส่งผลให้ปริมาตรของเลือด

การทำงานของหัวใจ และ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น การลดอาหารเค็มจึงช่วยให้การควบคุมระดับความดันโลหิตดีขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) ส่วนการลดน้ำหนักตัวก็ถือเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนักมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและในขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลงมักพบว่าความดันโลหิตจะลดลงด้วย (Lois & Gena, 2002)

2.1.2 การออกกำลังกายและการพักผ่อน

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และช่วยลดน้ำหนักตัวในคนที่มีรูปร่างอ้วน นอกจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว การพักผ่อนอย่างเพียงพอก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการนอนในตอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการพักผ่อนหลังอาหารทุกมื้อ เนื่องจากการลดการใช้พลังงาน ช่วยให้อวัยวะทุกส่วนของร่างกายลดการทำงานลงและยังการเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดอีกด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Lois, 2002)

2.1.3 หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยด้วยกันคือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด การรับประทานอาหาร เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ดังกล่าวโดยการปฏิบัติดังนี้

1) การเลิกสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด กระตุ้นปมระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกให้หลั่งสาร catecholamines ออกมามีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (William, 2004) และการสูบบุหรี่จะทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เป็นความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542)

2) การเลิกดื่มสุรา กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้น จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้นเพราะแอลกอฮอล์ทำให้การ oxidation ของกรดไขมันน้อยลง แอลกอฮอล์ยังมีแคลอรีสูงทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มและเป็นอันตรายต่อหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) และถ้าดื่มเป็นประจำจะทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ (Kaplan, 2002)

3) การจัดการกับภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดเป็นผลให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ เนื่องจากความเครียดจะทำให้มีการหลั่ง adrenaline มา ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2002) การเรียนรู้ทักษะในการผ่อนคลายความตึงเครียด จึงเป็นสิ่งสำคัญ การผ่อนคลาย (relaxation) จะทำให้ลดการตอบสนองต่อ epinephrine ในเลือด จึงลดการต้องการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และลดอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสบายมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อการรักษาความดันโลหิตสูงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2542)

2.2 การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological treatment)

การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยาจะเริ่มต้นเมื่อระดับแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวมากกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท หรือ 90-94 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้วซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยาเป็นวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน โดยในปัจจุบันมียาสำหรับรักษาความดันโลหิตสูงมากมายหลายชนิดซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องของกลไกการออกฤทธิ์ของยาและฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาในแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่ายาลดความดันโลหิตที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีทั้งหมด 7 กลุ่ม ได้แก่

2.2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ลดปริมาณเลือดและเกลือในร่างกายเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง ซึ่งยาขับปัสสาวะถือเป็นยากลุ่มแรกที่มีนำมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูง แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มตามตำแหน่งการออกฤทธิ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; Paula, 2001; Lois & Gena, 2002; William, 2004) ได้แก่

- 1) ยาที่ออกฤทธิ์ที่ proximal tubule เช่น carbonic anhydrase inhibitor
- 2) ยาที่ออกฤทธิ์ที่ loop diuretics เช่น furosemide
- 3) ยาที่ออกฤทธิ์ที่ distal convoluted tubule เช่น thiazide
- 4) ยาขับปัสสาวะที่ช่วยเก็บโปตัสเซียม เช่น spironolactone

ฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้มีความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ (electrolyte) ในร่างกาย เกิดโปตัสเซียม แมกนีเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำและแคลเซียมในเลือดสูง มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมัน ทำให้เกิดไขมันในเลือดสูง ความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคสเกิดน้ำตาลในเลือดสูง มีโอกาสเกิดเกาต์ได้เนื่องจากมีกรดยูริกในเลือดสูง (Paula, 2001)

2.2.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocker)

กลไกการออกฤทธิ์ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ยับยั้งการหลั่งเรนิน เปลี่ยนแปลงความไวของปลายประสาทรับ

ความรู้สึกและมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมองส่วนกลาง (Paula, 2001)

ฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้หลอดเลือดตีบแคบจากการหดตัวทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หัวใจเต้นช้าลงจึงควรระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นช้า หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจหรือโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ เช่น propanolol, metoprolol และ atenolol

2.2.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blocker)

กลไกการออกฤทธิ์ ยับยั้งการซึมผ่านเข้าผนังเซลล์ของเกลือแคลเซียม จึงทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด อัตราการเต้นของ SA node ลดลงและการส่งกระแสไฟฟ้าผ่าน AV node ลดลง ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ผลที่ตามมาคือความดันโลหิตลดลงด้วย (วีรวรรณ อุชายภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

ฤทธิ์ข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ มึนงง บวมตามขาส่วนปลาย หัวใจเต้นเร็ว ต้องระวัง การให้ยาก่อนนี้ในผู้ป่วยหัวใจวายและอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอาการรุนแรงขึ้น และ ท้องผูก ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น verapamil, nifedipine

2.2.4 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ในการลดแรงต้านในหลอดเลือดโดยทำให้กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดส่วนปลายคลายตัว และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วและเพิ่มการบีบตัวทำให้ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และเรนนินในเลือดเพิ่มขึ้น มีการคั่งของโซเดียมและน้ำ ยาจะถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหารและถูกกำจัดออกทางปัสสาวะ (วีรวรรณ อุชายภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

ฤทธิ์ข้างเคียง ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง มีการคั่งของน้ำ และในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนจะกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น hydralazine, minoxidil, nitroprusside

2.2.5 ยาต้านระบบเรนิน (Angiotensin converting enzyme inhibitors)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งเรนินและยับยั้งการทำงานของเรนิน รวมทั้งยับยั้งการหลั่งแอนจิโตนินเพื่อมิให้ angiotensin I เปลี่ยนเป็น angiotensin II ไม่ให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการหลั่งอัลโดสเตอโรน ข้อดีคือไม่มีอาการข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลาง

ฤทธิ์ข้างเคียง พบได้น้อย เช่น อาการไอ ผื่นขึ้น การรับรสเปลี่ยนไป เม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะอาหารและลำไส้อักเสบ โปตัสเซียมในเลือดสูงโดยเฉพาะผู้ที่ไตทำหน้าที่บกพร่อง ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น captopil, enalapril (ชมพูนุท อ่องจรีต 2538; พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2545)

2.2.6 ยากั้นแอลฟา (Alpha blocker)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้ง post synaptic alpha 1 receptor มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงขยายตัวทำให้ความต้านทานส่วนปลายในหลอดเลือดลดลงมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (วีรวรรณ อุชายภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

ฤทธิ์ข้างเคียง คืออาจทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ จากการเปลี่ยนท่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ให้นยาใหม่ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย ท้องเดินและอาจหมดสติได้ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น prazosin

2.2.7 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Centrally acting adrenergic inhibiting compounds)

กลไกการออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการกระตุ้นซิมพาเทติกส่วนปลายโดยศูนย์ควบคุมหลอดเลือดของก้านสมอง ในระยะแรกจะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ลดลง แต่เมื่อใช้ไปเป็นระยะเวลาานก็จะกลับมาเป็นปกติและลดแรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลาย มีฤทธิ์ข้างเคียงได้มากเนื่องจากสามารถผ่าน blood brain barrier เข้าไปในสมองได้ (วีรวรรณ อุชายภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

ฤทธิ์ข้างเคียง คือ ง่วงซึม ปากแห้ง ความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า แต่มีข้อดีคือรักษาระดับเลือดไปเลี้ยงไตและลดปัญหาหัวใจเวนทริเคิลซ้ายโต ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ เช่น methydoxa, clonidine

3. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือในการรักษา (adherence) หมายถึง การปฏิบัติตามของผู้รับบริการที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผน และดูแลรักษาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาตามเป้าหมายอย่างอิสระในการตัดสินใจ ซึ่งผู้รับบริการต้องเป็นผู้กระทำด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจจะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆอย่างสม่ำเสมอ โดยเคร่งครัด (สุพัตรา บัวที, 2555) ต่างจากคำที่เคยนิยมใช้ คือ การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา (compliance) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางวิชาชีพ ซึ่งความหมายของคำทำให้ผู้รับบริการอยู่ในฐานะของผู้ยอมทำตามคำสั่งแพทย์และแผนการรักษาโดยไม่มีพื้นฐานบนข้อตกลงของการรักษาโรคหรือการกำหนดข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ซึ่งมีความหมายเชิงบังคับมากกว่าคำว่า “adherence” (Osterberg & Blaschke, 2005)

ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย คือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรับประทานยา

อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (Krousel-Wood et al., 2009) และในความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) มีผู้ให้คำจำกัดความไว้คล้ายคลึงกัน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication adherence) ว่าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการยินยอมรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางแพทย์แนะนำ

Haynes et al. (2008) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ มีความต่อเนื่องในการรับประทานยา และรับประทานได้อย่างถูกต้อง ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวอื่นๆ ได้แก่ การเก็บรักษา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา

3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมส่งเสริมอย่างหนึ่ง แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการนำมาอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา มีอยู่หลายทฤษฎีที่สามารถสรุปได้ ดังนี้ (Kaptein, 1992; Dracup and Melies, 1982 อ้างในประณีต ส่งวัฒนา; 2547)

3.2.1 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบทางชีวภาพ (The biomedical approach) หรือรูปแบบทางการแพทย์ (The medical model) เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับลักษณะหรือคุณสมบัติคงที่ของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรค ลักษณะของแผนการรักษา เช่น ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความซับซ้อนของแผนการรักษา และผลข้างเคียงของยา นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงสร้างของการรักษาได้แก่ เวลาการรอคอยพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายต่างๆในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง เป็นต้น

3.2.2 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบเชิงพฤติกรรม (The behavioristic approach) อยู่บนฐานแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ที่มีต่อพฤติกรรมความร่วมมือ รูปแบบนี้เชื่อว่า การที่บุคคลจะกระทำหรือประพฤติปฏิบัติบุคคลต้องคาดหวังความสามารถในตนเองว่าจะกระทำได้ ซึ่งเป็นความคาดหวังในความสามารถด้านร่างกาย พลังความสามารถของตนเอง นอกจากนี้บุคคลจะคำนึงถึงผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้าแล้วว่าถ้าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นด้านบวกจึงจะทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม

3.3.3 แนวคิดรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย (Patient physician communication approach) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความร่วมมือเกิดจากผลผลิตของความคิด

ในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ได้มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อมูลข่าวสาร หรือเนื้อหาต่างๆที่แพทย์หรือบุคลากรทางทีมสุขภาพบอกให้ได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้ป่วยได้แก่ ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนร่วมงานหรือกลุ่มช่วยเหลือ ซึ่งจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วย ให้ความร่วมมือในการรักษา

3.3.4 แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการใช้สติปัญญา (The cognitive approach) ผู้ป่วยจะใช้ความคิด สติปัญญาและการรับรู้ต่อสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย วิธีการรักษาหรือวิธีแก้ไข และการเผชิญความเครียด อันเป็นการแสดงถึงความพยายามและความร่วมมืออย่างหนึ่ง วิธีการเหล่านี้ถือว่าเป็นแรงขับอย่างหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังการมาพบแพทย์ การรับรู้อาการของโรคและการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งโดยทั่วไปเรียกว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ

4. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น พฤติกรรมการใช้ยาในด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เช่นการเก็บรักษายา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อาจมีทั้งดีและไม่ดี การใช้ยาเกี่ยวกับการรักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายจากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่อาจจะเกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ แบ่งพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

4.1 พฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง หมายถึง การรับประทานยาถูกต้องตามเวลา การรับประทานยาถูกต้องตามขนาด การรับประทานยาถูกต้องตามวิธี รวมไปถึงมีการตรวจสอบฉลากยาเกี่ยวกับชื่อยา ขนาด และเวลาที่รับประทานก่อนรับประทานยาทุกครั้ง มีการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาดังนี้ (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2536; Lois, 2002; Barbara, 2003)

4.1.1 การใช้ยาถูกคน (right person) หมายถึงการใช้ยาถูกบุคคล ไม่เอายาของบุคคลหนึ่งไปให้อีกคนหนึ่งถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือเป็นโรคเดียวกันก็ตามเพราะยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด แต่ละชนิดก็ให้ผลในการรักษาที่ไม่เหมือนกัน ก่อนการใช้ยาแต่ละครั้งจะต้องมีการอ่านป้ายหน้าของยาและตรวจสอบชื่อ สกูลให้ถูกต้อง

4.1.2 การใช้ยาถูกโรค (right medicine) หมายถึงการใช้ยาให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งโรคหรืออาการแต่ละอย่างมักมียารักษาเฉพาะอาการของโรคนั้น ๆ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของกลไกการออกฤทธิ์ของยาซึ่งมี

ฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต ดังนั้นการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงก็จะต้องใช้ให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่สามารถที่จะนำยารักษาโรคอื่นมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงได้

4.1.3 การใช้ยาถูกทาง (right route) การใช้ยามีหลายวิธีทางได้แก่ ทางปาก ทางหลอดเลือด ทางเยื่อ ซึ่งยาแต่ละอย่างจะบ่งบอกถึงวิธีทางใช้ยาโดยเฉพาะ ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาแต่ละชนิดนั้น ๆ และการออกฤทธิ์ในบริเวณที่ต้องการให้ออกฤทธิ์ (Lois, 2002)

4.1.4 การใช้ยาถูกขนาด (right dose) ซึ่งโรคชนิดเดียวกันจะมีอาการ การดำเนินของโรคแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงทำให้ระดับของการรักษาแตกต่างกันออกไป ขนาดยาที่ให้จึงแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อมาพบแพทย์แต่ละครั้งถ้าอาการหรือการดำเนินของโรคไม่ดีอาจจะมีการเพิ่มหรือลดขนาดของยาได้ในแต่ละครั้ง การรับประทานยาให้ถูกขนาดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องระมัดระวังในการรับประทานยา

4.1.5 การใช้ยาถูกเวลา (right time) เพื่อให้ยาได้ดูดซึมได้ดีที่สุด ให้ยาออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้เหมาะสมจึงควรใช้ยาให้ถูกเวลา เช่น ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน เพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษของยามากเกินไป และระดับของยาไม่น้อยเกินไป จนไม่สามารถรักษาโรคได้ (Hardman & Limbird, 2001) หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลารับประทานยาในมื้อต่อไป ให้งดรับประทานยาในมื้อนั้นและรับประทานยาในมื้อต่อไปตามปกติโดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545; สุรัชย์ อัญเชิญ, 2543)

การใช้ยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมียาที่ใช้ในการรักษาอยู่หลายชนิด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้รับประทาน มีทั้งยาที่รับประทานก่อนอาหารและหลังอาหาร โดยในผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้รับยาที่ไม่เหมือนกันทั้งชนิด ขนาดและเวลา ตามระดับความรุนแรงของโรคและระดับความดันโลหิต ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงต้องมีการรับประทานยาให้ถูกต้องตามหลักการใช้ยาเพื่อประสิทธิภาพของการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

4.2. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือการจัดการกับอาการข้างเคียง หมายถึง การสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้จากการรับประทานยาที่เกิดกับตนเองทุกครั้งหลังรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้ที่เกิดขึ้นกับตนเองและการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงที่จะเกิดกับตนเอง อันตรายจากการใช้นั้นแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ อันตรายจากการใช้ยาทั่วไปและอันตรายจากการแพ้ยา รวมทั้งปฏิกิริยาหรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2536; Lois, 2002; Barbara, 2003) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 อันตรายจากการใช้ยาทั่วไป ได้แก่

1) อันตรายจากการใช้ยามิถ ซึ่งเกิดจากการใช้ยามิถโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือโดยความพลั้งเผลอ เช่น รับประทานยาขับปัสสาวะโดยเข้าใจผิดคิดว่าเป็นยาแก้เวียนศีรษะ เป็นต้น

2) อันตรายจากการใช้ยาผิดขนาด ได้แก่ การใช้ยาน้อยกว่ากำหนดทำให้ไม่มีผลในทางการรักษาและอาจทำให้เกิดการดื้อยาได้หรือการใช้ยามากกว่ากำหนด ทำให้เกิดพิษได้

ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักพบอันตรายจากการใช้ยาผิดและการใช้ยาผิดขนาดได้เช่น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายมักเข้าใจผิดคิดว่ายาขับปัสสาวะเป็นยาที่ใช้รักษาอาการเวียนศีรษะ ดังนั้นเมื่อเกิดอาการเวียนศีรษะก็จะรับประทานยาขับปัสสาวะโดยอาจรับประทานที่หลายๆ เม็ดเพื่อต้องการให้อาการเวียนศีรษะนั้นหายไปก่อให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ หรือมีการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ผิดขนาด เนื่องจากกลัวว่าจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วจนเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้จึงลดขนาดของยาเองจาก 1 เม็ด เป็นครึ่งเม็ด จนทำให้ไม่มีผลในการรักษา เป็นต้น

4.2.2 อันตรายจากการแพ้ยาและอาการข้างเคียงของยา ได้แก่

1) การแพ้ยา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับสิ่งแปลกปลอม เช่น ยาทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายพยายามกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นให้หมดไป เมื่อกำจัดได้ไม่หมด จะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อร่างกาย อาจรุนแรงเฉียบพลันหรือค่อยๆ เป็นได้ จะเป็นมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้ที่รับประทานยาควรจะมีการสังเกตอาการแพ้ยาของตนเองอยู่เสมอทุกครั้งที่รับประทานยาว่ามีหรือไม่ ซึ่งอาการแพ้ยาจะเกิดได้กับทุกส่วนของร่างกาย เช่น อาการทางผิวหนัง จะมีอาการคันโดยอาจไม่มีผื่น ลมพิษ เป็นผื่นนูนแดง เป็นตุ่มน้ำพองใส เป็นรอยดำ เป็นต้น อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ตับอักเสบ อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ อาจจะมีการทำงานของไตเสียไป เกิดไตวายได้ หรืออาการทางหู อาจเกิดอาการหูอื้อ หูหนวกได้ เป็นต้น (Lois, 2002) ดังนั้นเมื่อสงสัยว่าเกิดอาการแพ้ยา ควรปฏิบัติดังนี้ อันดับแรกให้หยุดยาทันที ถ้าใช้ยาหลายชนิดไม่ทราบว่าแพ้ยาตัวไหน ควรหยุดยาทุกชนิด แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องใช้ยาและอาการแพ้ยาไม่รุนแรง อาจจะใช้ยาต่อไปได้และมีการเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดจากนั้นให้กินยาแก้แพ้ ถ้ากินแล้วไม่ดีขึ้นให้รีบไปพบแพทย์และควรนำตัวอย่างยาทุกชนิดที่รับประทานอยู่ไปให้แพทย์ดูด้วย และเมื่อหายจากอาการแพ้ยาแล้วให้จดชื่อยาและลักษณะอาการที่เกิดจากการแพ้ยาไว้ แจ้งให้แพทย์ทราบทุกครั้งเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาและไม่ควรซื้อยารับประทานเอง (พูนทรัพย์ โสภารัตน์, 2536)

2) อาการข้างเคียง หรือฤทธิ์อันไม่พึงประสงค์ของยาเป็นฤทธิ์ยาที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ใช้ยาไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่มักจะเกิดขึ้นเสมอร่วมกับฤทธิ์ทางการรักษาแต่เมื่อเลิกใช้ยาอาการก็จะหายไป ซึ่งอาการข้างเคียงนี้อาจจะไม่เกิดขึ้นกับยาทุกตัวหรือกับทุกคนก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการต้านทานยาของผู้ใช้แต่ถ้าอาการมากจนทนไม่ไหวควรหยุดใช้ยานั้นและปรึกษาแพทย์ แต่ฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางอย่างก็สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้หรือให้เกิดขึ้นน้อยลง เช่น ยาที่ทำให้คลื่นไส้ อาเจียนเนื่องจากกระคายเคืองกระเพาะอาหารควรเลือกเวลารับประทานยาขณะที่ท้องไม่

ว่าง หรือขาดความดันโลหิตจะมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้หลังจากรับประทานยา ควรใช้เวลาพักประมาณ ครึ่งชั่วโมงแล้วค่อยไปทำงาน หรือยาจำพวกขับปัสสาวะจะขับสารพวก โปตัสเซียมออกไปทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้จึงควรให้รับประทานผลไม้จำพวก กล้วยหรือส้ม ทดแทน เป็นต้น (Paula, 2001)

4.3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา หมายถึง มีการเก็บรักษายาถูกต้องตามที่เจ้าหน้าที่พยาบาล หรือเภสัชกรแนะนำ เพื่อให้ยาคงประสิทธิภาพอยู่ได้นาน เนื่องจากยาที่ผลิตมาแล้วจะมีอายุการใช้งานที่แตกต่างกันไปในแต่ละชนิดของยา ซึ่งเมื่อถึงวันที่ยาหมดอายุนั้นจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ยาบางชนิดยังไม่ถึงวันหมดอายุแต่มีการเก็บรักษายาที่ไม่ดีพอไม่เหมาะสมก็จะทำให้ยาเสื่อมสภาพลงได้ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคไม่ดี ดังนั้นผู้ใช้ยาจึงควรที่จะมีวิธีการเก็บรักษายา ที่ถูกต้อง มีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาและการสังเกตวันหมดอายุของยาด้วยเพื่อคุณภาพการรักษาที่ดีที่สุด การสังเกตการเสื่อมสภาพของยาชนิดต่างๆ มีลักษณะดังนี้ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) ยาแคปซูล จะแยก บวม ขึ้น นิ่ม ขึ้นรา หรือเปลี่ยนสี เมื่อถอดแคปซูลดูสีของผงยาจะเปลี่ยนไป ยาเม็ด ลักษณะเม็ดยาจะเยิ้มละลาย เม็ดแตกร้าว กลิ่นหรือสีเปลี่ยนไป ยาน้ำ เมื่อเสื่อมสภาพจะเปลี่ยนสี กลิ่น รส มีตะกอนแยกชั้นกัน เป็นต้น

4.4 หลักปฏิบัติในการเก็บยา

เพื่อเป็นการป้องกันการเสื่อมสภาพของยา จึงควรเก็บรักษายาให้ถูกต้องโดยยึดหลักการ ในการปฏิบัติดังนี้

4.4.1 บริเวณที่หรือห้องเก็บยา ควรเป็นบริเวณโดยเฉพาะที่ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสารเคมี นั่นคือ ปลอดภัยจาก ความร้อน ความชื้น และแสงรวมไปถึงเก็บไว้ใกล้ แหล่งของเชื้อโรค

4.4.2 ที่เก็บยาต้องรักษาความสะอาดอยู่เสมอ จัดวางของใช้ต่างๆ ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เย็น แห้ง ไม่อับชื้น ไม่อยู่ใกล้แหล่งความร้อนและไม่ถูกแสงแดดส่องถึง

4.4.3 ยาทุกชนิดควรเก็บไว้ที่เฉพาะและปลอดภัยจากการหยิบใช้โดยพลการจาก บุคคลภายนอก

4.4.4 ยาสำรองต่างๆ ควรได้รับการตรวจตราอยู่เสมอ และถ้าพบว่ามียาเสื่อมสภาพให้ แยกออกมาและทำลายโดยทันที

4.4.5 ไม่ควรโยกย้าย ถ้ายาออกจากขวดโดยไม่จำเป็นเช่นการแบ่งยาบางส่วนใส่ใน ถูหรือขวดเล็กๆ ควรใส่ไว้ในขวดเดิมที่ซื้อมาทั้งหมดและปิดขวดให้สนิท

4.4.6 ยาทุกชนิดจะต้องมีฉลากยากำกับขวดยาให้ชัดเจน สะอาด และถูกต้อง ตลอดเวลา

4.4.7 ยาที่ไม่ต้องการหรือขวดยาที่ไม่ใช้แล้วไม่ควรจะเก็บไว้ในที่เก็บยาให้กำจัดทิ้ง เพราะอาจเปลืองไปหยิบใช้

4.4.8 ที่เก็บยาในบ้านควรเก็บให้พื้นมือเด็กและมีกุญแจปิดเสมอ

4.4.9 ไม่ควรเก็บยาไว้ในห้องน้ำเนื่องจากมีความชื้นสูงและเด็กอาจจะหยิบไปเล่นได้ง่าย จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการรักษาความดันโลหิตสูงโดยการใช้น้ำนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการใช้น้ำให้ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาที่ดี ซึ่งการรักษาความดันโลหิตสูงโดยการใช้น้ำจะต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมการใช้น้ำของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เช่น การหยุดรับประทานยาเองจากความไม่สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เพิ่มขนาดยาเอง รับประทานยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น ทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ผลจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ (Lois, 2002)

4.5 การประเมินพฤติกรรมรับประทานยา

การประเมินพฤติกรรมการใช้น้ำสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ประเมินซึ่งวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้น้ำแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.5.1 การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

1) การสังเกตพฤติกรรมการใช้น้ำว่าถูกต้องตามหลักการใช้น้ำ มีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง มีการสังเกตลักษณะยา สังเกตอาการแพ้ยา สังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้น้ำ สังเกตปฏิกริยาระหว่างยา

2) การบันทึกและรายงานพฤติกรรมตนเองที่เกิดจากการใช้น้ำ เช่น มีการบันทึกเวลาที่รับประทานยา บันทึกอาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา

3) การวัดผลที่เกิดขึ้นและวัดผลทางสรีระ เช่น มีการชั่งน้ำหนักของตนเองระหว่างการได้รับยาขับปัสสาวะ มีการวัดความดันโลหิตระหว่างการได้รับยาลดความดันโลหิต

4) การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่นหรือญาติผู้ดูแล

4.5.2 การประเมินทางอ้อม

ประกอบด้วยการใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้น้ำหรือแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีส่วนหนึ่งที่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้น้ำทำได้ทั้งแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ เช่น

1) แบบสัมภาษณ์ประชาชนเกี่ยวกับการใช้น้ำสมุนไพรในตำบลแม่หมอก อำเภอเถิน จังหวัดลำปางของ ประหยัด วงศ์อายุตาล (2546) ที่ใช้สัมภาษณ์ประชาชนที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการเคยได้รับและใช้น้ำสมุนไพร การรู้จักสรรพคุณ ผลการใช้ ลักษณะอาการ

แม้ ระยะเวลาที่ใช้ ข้อดี ข้อเสียของการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งลักษณะคำถามที่ใช้สัมภาษณ์จะเป็นคำถามปลายเปิดมีข้อความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา

2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ซึ่งสร้างตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ด้านคือความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในควมมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือปฏิบัติสม่ำเสมอปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติเลย ซึ่งการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาจะอยู่ในหัวข้อการใช้ระบบบริการสุขภาพแต่ไม่ได้มีข้อความครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในทุกด้านซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

3) แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ของ สร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ อรพินท์ กายโรจน์ (2542) ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจตามนัด รวมทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

4) แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ของศศิธร อุตตะมะ (2549) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวอื่นๆ เช่นการเก็บรักษา ยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติทั้งข้อความที่มีความหมายทางบวกและข้อความที่มีความหมายทางลบ โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนนโดยใช้สูตรภาคพื้นแบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง และเหมาะสมน้อย

5) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire (MRAS) ของ Morisky (2008) ฉบับภาษาไทยที่แปล และแปลย้อนกลับ โดยนงลักษณ์ อิงคณิ (2553) ผ่านการทดสอบความเที่ยงอยู่ในระดับสูง (Alpha Coefficient = 0.76) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อเกี่ยวกับ ความผิดพลาดของ ขนาดและเวลารับประทานยาการหยุดรับประทานยา และการลืม ตัวเลือกการตอบ ใช่ หรือไม่ใช่ 7 ข้อและความรู้สึกในการรับประทานยา 1 ข้อ ตัวเลือกเป็นความถี่ของความรู้สึก 5 ระดับคือไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง เกือบทุกครั้ง และประจำทุกครั้ง จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 8 คะแนน จัด

คะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก ระดับปานกลาง ต่ำ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนความผิดพลาดของ ขนาดและเวลารับประทานยา การหยุดรับประทานยา การลืม และความรู้สึก ในการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็น มาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ .90 และเมื่อนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ดังนี้

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

5.1.1 เพศ

เพศเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Becker, 1974) โดยการศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 68 ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Shalanky, Levy & Ignaszewski, 2004)

5.1.2 อายุ

World Health Organization (2003) กล่าวว่า อายุมีผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุด (Shaw et al., 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Morrell (1997) ที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากที่สุด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Shalanky (2004) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี ขึ้นไป รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของ Kronish and Ye (2013) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 50-69 ปี แต่อย่างไรก็ตาม สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแผนการรักษา

5.1.3 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานอาจส่งผลต่อการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เรื้อรัง จึงส่งผลต่อการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Clark, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ Heiss and Peterson (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจหยุดรับประทานยา ภายหลังจากได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะที่เจ็บป่วยน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนาน (อุบลรัตน์ จิตาวณิชย์, 2545)

5.2 การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

การที่บุคคลรับรู้ต่อโอกาสการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของตนเอง จะส่งผลให้บุคคลนั้นๆ มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค (Becker, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahlner and Saljo (2000) ซึ่งพบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลัวภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและกลัวควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าจะชีวิตอยู่ในอันตรายจะเป็นผู้ป่วยที่จะกลับมารับประทานยาใหม่อีกครั้ง (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) สอดคล้องกับ Johnson (2002) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม ในกรณีของผู้สูงอายุไม่รับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้การรักษาล้มเหลว จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.9 ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เพราะคิดว่าระดับความดันโลหิตของตนปกติ (Youssef and Moubark, 2002)

5.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าจะสิ่งทีตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Becker, 1974) จากการศึกษาของ Benson and Bitten (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกที่จะรับประทานยาคความดันโลหิตสูง เพราะรู้ว่าประโยชน์ของการรับประทานยา ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและลดอันตรายจากโรคหลอดเลือดสมอง

5.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา เป็นการรับรู้ถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคจากการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974) ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการรักษา สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ การ

รับประทานยาไม่ครบขนาด การรับประทานยารวันละหลายมื้อ จำนวนเม็ดยา การได้รับยารวันละหลายขนาน และอาการข้างเคียงของยาเป็นต้น (Googyer, 2002)

6. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

6.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยความเชื่อ นั้นไม่จำเป็นที่จะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงเสมอไป ความเชื่อจะเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2543) ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) โดยสรุป ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาโดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อนั้น ๆ

6.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผนที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยา สังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal and Rosenstock ที่มีความสนใจที่จะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย เนื่องจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ. 1950 – 1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker, 1974 อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ การกล้า, 2550) โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ) ภายใต้อาณัติเฉพาะอย่างเท่านั้น

บุคคลจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับเป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคจากพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา

Becker (1974 อ้างถึงใน เยาวลักษณ์ การกล้า, 2550) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามียุทธวิธีต่อการป้องกันโรค ภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคจนเป็นที่ยอมรับแล้ว จึงนำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มี สุขภาพดีและผู้ป่วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน บุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้น (Janz & Becker, 1984) ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล (Becker, 1974)

Connelly (1987) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดและต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ยาที่ใช้ นอกเหนือจากจะมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตแล้วยังมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยทนรับประทานยาต่อไปไม่ได้ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นไปได้ยากและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงมักจะเกิดกับอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย (Lois & Gena, 2002)

เมื่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมย่อมจะทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางด้าน พฤติกรรมการใช้ยาในการรักษาความดันโลหิตสูงให้ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นดังเช่นการศึกษาของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง จะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับ Johnson (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้เกี่ยวกับอาการ เช่น อาการปวดศีรษะ ซึ่พจรเต้นเร็ว

หรือรู้สึกอาการผิดปกติเป็นอาการแสดงเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต จะส่งผลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

6.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ (Becker, 1984) กล่าวคือผู้ป่วยจะตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเพื่อลดความรุนแรงมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ดังเช่นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาเมื่อมีการรับรู้โรคและภาวะแทรกซ้อนนั้นมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อตนเองก็จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมได้

กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี วัจนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คาจันท์ (2551) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16

6.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียนอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานยาจะสามารถทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงด้วย ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ถ้าหากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Becker, 1974)

การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่เหมาะสมความสำคัญการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Joho, 2012) สอดคล้องกับ Pires (2008) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการยึดมั่นในการรักษาความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์มากจะการยึดมั่นในการรักษาและพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อย

การรับรู้ประโยชน์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับผลดี หรือประโยชน์ทางด้านสุขภาพร่างกายเมื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง

2) การรับรู้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เนื่องจากยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนมีราคาค่อนข้างสูง โดยสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกาประมาณค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2553 อยู่ที่ 76.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Lloyd-Jones et al., 2010) และสำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (สำนักนิเทศ, 2550)

3) การรับรู้ประโยชน์ด้านสังคมและครอบครัว หมายถึง การได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างและบุคคลในครอบครัว การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้พบเพื่อนใหม่เกิดการมีเครือข่ายให้การช่วยเหลือกันมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิต การลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและยังเป็นการลดภาระการดูแลจากครอบครัวเมื่อเกิดความพิการหรือเกิดความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เห็นได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยา ซึ่งถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงรับรู้ว่ามีประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการ

ใช้ยาที่เหมาะสมนั้นจะมีผลดีต่อสุขภาพ สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้ก็จะมี การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น

6.2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม โดยเมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่ง Joho (2012) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามการรักษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการแสดง พฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและ ได้รับการรักษาโดยการใช้ยานั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มีประโยชน์ในการป้องกันโรคและ ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงแล้วยังพิจารณาว่าการกระทำนั้นมีอุปสรรคทำให้ตนเองเกิด ความไม่สะดวก ความไม่สบาย การเสียเวลา การสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด ความกลัวหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยทางลบหรือเป็นอุปสรรคที่จะขัดขวางให้บุคคลหลีกเลี่ยงหรือไม่แสดง พฤติกรรมสุขภาพนั้นออกมา แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นมี ประโยชน์และมีอุปสรรคน้อย เช่น สามารถปฏิบัติได้ง่ายไม่ซับซ้อน ไม่เสี่ยงอันตรายหรือไม่เกิดความ สูญเสีย บุคคลนั้นก็จะมี การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น (Becker, 1974) ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่

1) การรับรู้อุปสรรคภายนอกตัวบุคคล เป็นอุปสรรคภายนอกบุคคลที่ ขัดขวางการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เช่น

1.1) การมีข้อจำกัดด้านเวลา จากการทำงานที่ต้องมีการรับผิดชอบทั้งงานใน อาชีพและงานภายในบ้านส่งผลให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาในการรับประทานยาได้ถูกต้อง และไม่สามารถจัดสรรเวลาในการมารับยาที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัดได้ทำให้มีการขาดการรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่อง

1.2) การขาดปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ที่มีความดัน โลหิตสูง เช่น การขาดค่าใช้จ่ายในการรับยา ขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งจาก การศึกษาของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) พบว่า การขาดปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายในการรับยา สิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทาน ยาของผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารับยาและการรักษา สอดคล้องกับ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น การไม่มาตรวจตามนัด การไม่มารับยาและรับการรักษา

1.3) การขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม่มีผู้ที่ยกย่องเมื่อถึงเวลารับประทานยา หรือเตือนเมื่อถึงวันนัดที่ต้องมาโรงพยาบาล ดังเช่นการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่โรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 100 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร (2548) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4) ยาและฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ซึ่งในการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยานั้นเป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการรับประทานยาและยาบางชนิดอาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดกับตัวผู้ป่วยได้ เช่น อาการอ่อนเพลีย มึนงง ปัสสาวะบ่อย ใจสั่น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนอาจจะทนฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยาไม่ได้ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมได้เช่น อาจมีการหยุดยาเอง ขาดยา หรือขาดนัดจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามมาได้ซึ่งจากการศึกษาของ Hershey et al. (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2542) ซึ่งได้ศึกษาตัวแปรด้านความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง 132 คน พบว่า การรับรู้การควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษา เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา

2) การรับรู้อุปสรรคภายในตัวบุคคล เป็นอุปสรรคภายในตัวบุคคลที่ขัดขวางการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ป่วย เช่น

2.1) การขาดความรู้ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนและการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยา ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในเรื่องของความเสี่ง ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่าควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและวิธีการรักษาหรือควบคุมโรคที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งเมื่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความรู้ที่ถูกต้องแล้วก็จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่งและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้เมื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งจะ

มีการพิจารณาถึงการเกิดผลดีหรือประโยชน์ต่อตนเองและอุปสรรคที่จะทำให้ตนเองมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมด้วย

2.2) การมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เช่น มีความเชื่อว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตทุกวันจะทำให้ความดันโลหิตลดต่ำเกินไปจึงไม่รับประทานอย่างสม่ำเสมอ หรือเชื่อว่าเมื่อรับประทานยาแล้วไม่มีอาการ รู้สึกสบายดี สามารถทำงานได้ ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หมายถึง การหายจากความดันโลหิตสูงจึงไม่ไปตรวจกับแพทย์เพื่อรับยาอีก (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) จะเห็นได้ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความพร้อมในการปฏิบัติมาก โดยรับรู้ว่าคุณอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาน้อยก็จะเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมาได้

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านดังกล่าวน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นั่นคือถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ และรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ จะทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม โดยการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา (ศศิธร อุตตะมะ, 2549)

6.3 การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ วิทยาลัย

การประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การประเมินองค์ประกอบที่สำคัญของความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการประเมินความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมที่แสดงออกในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ปัจจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Champion, 1984) ซึ่งมีวิธีการประเมินทางการวิจัยได้หลายวิธี เช่น การใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ โดยการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาว่าต้องการที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลใด โดยได้มีการสร้างและพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพไว้หลายรูปแบบ ได้แก่

6.3.1 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะกระดูกพรุนของ Kim, Horan, Gendler, & Patel (1991 cited in Barbara, 2003) ซึ่งเป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

โดยศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

6.3.2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) ซึ่งดัดแปลงและเรียบเรียงจากเครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ Maiman et al. (1977) สร้างขึ้นและอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นพื้นฐาน โดยแบ่งความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วม มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .69

6.3.3 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) โดยแบ่งความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าลักษณะคำตอบจัดเป็นลำดับคุณภาพ 6 อันดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

6.3.4 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุตตะมะ (2549) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งความเชื่อด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพเหมาะสมมาก ปานกลาง และน้อย ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

6.3.5 แบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของการรับประทานยา ของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ซึ่งสร้างตามเกณฑ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) คือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะของโรคความดันโลหิตสูง ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 การ

รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

7. บทบาทพยาบาล

7.1 การป้องกันโรค

7.1.1 การป้องกันในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) โดยการส่งเสริมสุขภาพ แนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

7.1.2 การป้องกันในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) โดยการตรวจสุขภาพประจำปี วัดความดันโลหิต เพื่อตรวจหาและให้การดูแลโรคตั้งแต่ระยะแรก ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

7.1.3 การป้องกันในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะ เป้าหมายในระบบหัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา ฯลฯ รวมทั้งการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

7.2 การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย

7.2.1 การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง คือ

1) การติดตามดูแลตนเองด้วยการตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งน้ำหนักตัว และวัดรอบเอวอยู่เสมอ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าวัยอื่น หากพบค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) เท่ากับหรือมากกว่า 25 รอบเอวในผู้ชายมากกว่า 102 เซนติเมตร และในผู้หญิงมากกว่า 88 เซนติเมตร ควรลดน้ำหนักตัว

2) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน อาการปวดศีรษะตื้อ ๆ แบบไม่เกรน เลือดกำเดาไหล ตามัวหรือตามองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่งชั่วคราว อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มือเท้าชา บวม แขนขาอ่อนแรง ควรรีบมาพบแพทย์เพื่อรักษาตั้งแต่ระยะแรก

3) สร้างสุขนิสัยที่ดีและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนักตัว ลดความอ้วน ไม่บริโภคอาหารมากเกินไป ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูง ลดความเครียด งดการสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์

7.2.2 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนดังนี้

1) การควบคุมอาหาร คือ

- แนะนำให้ผู้ป่วยลดหรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารรสเค็มต่างๆ ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม หลีกเลี่ยงการใช้สารอาหารและยาที่มีโซเดียมสูง

- ควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้ไขมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มเพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์ เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวซึ่งจะทำให้หลอดเลือดอุดตัน

- ควบคุมอาหารที่มีพลังงานสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มันมาก เช่น ข้าวขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู มันกุ้ง มันปู

2) การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอให้เหมาะสม กับสภาพหัวใจ หลอดเลือด สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ หรือแม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น

3) หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดด้วย เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจวายได้

5) หลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ

6) แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาดการรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือช้าที่สุดควรบอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงจึงควรมีการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง รวมไปถึงการสังเกตปฏิกิริยาระหว่างยา ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อให้ยาตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปด้วยกัน (สุรัชย์ อัญเชิญ, 2543; Lois, 2002) หรือเป็นปฏิกิริยาระหว่างยากับอาหาร หรือระหว่างยากับโรค ทำให้ผลของยาชนิดใดชนิดหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป

7) แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (Caregiver) เพื่อประเมินผลการรักษาและพยาธิสภาพของผู้ป่วยการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะได้ค่าที่เที่ยงตรงมากขึ้น เนื่องจากอยู่ในภาวะผ่อนคลายมากกว่า

8) อธิบายให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจโรคและการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุภาพร แนวบุตร (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลดอนมดแดง และศูนย์สุขภาพชุมชน อ.ดอนมดแดง จ.อุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อาการข้างเคียงของยา ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา อาการข้างเคียงของยา ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

ปิยะนุช เสาวภาค (2549) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงบ้านนาหม่อม พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ศึกษาการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมตามการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) ศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 116 คน พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 1.0) มีโรคร่วมเฉลี่ย 2 โรค จำนวนรายการยาที่ใช้ 2-14 รายการ มีระยะเวลาการใช้ยาเฉลี่ย 6.1 ปี (SD = 0.6) ซึ่งพบ ผู้ป่วยร้อยละ 87.1 มีการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ โดยผู้ป่วยแต่ละรายพบปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำมากกว่า 1 ปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ คือ มีการใช้น้อยกว่ากำหนด เช่น ลืมรับประทานยา ลดขนาดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หยุดยาเองเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาหรือรู้สึกว่าการใช้ยาดีขึ้นแล้ว สาเหตุรองลงมาคือ มีการใช้ยามืดเวลา ไม่มารับยาเพิ่มเติม ใช้ยามากกว่ากำหนดและใช้ยามืด

ขนาด นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ร้อยละ 11.2 ซึ่งมีระดับความรู้ เรื่องการใช้ยาในระดับต่ำ

เยาวลักษณ์ การกล้า (2550) ศึกษาการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทงานบริการผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง หลังการศึกษา 1 เดือน และติดตามหลังการศึกษา 6 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกคน

สุมาลี วัจนกร (2551) ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิติกานต์ กาลเทศ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรกมล เฟ็งกุล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Pires (2008) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการยึดมั่นในการรักษาความดันโลหิตสูง โดยการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาสร้างแบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง 106 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์มากจะการยึดมั่นในการรักษาและพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อย

Newell et al. (2009) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรผิวดำที่อาศัยอยู่ในกรุงลอนดอน ตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 312 คน โดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจสอบความเชื่อของพวกเขาเกี่ยวกับการป้องกันความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคของตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะลดความ

เสียงของโรคความดันโลหิตสูง และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจะช่วยลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มนี้

Cook et al. (2010) ศึกษาผลการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 278 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ต้องรับประทานยา mesalamine โดยติดตามในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Chiu & Wong (2010) ศึกษาผลของโปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตสูงและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่งในประเทศฮ่องกง เป็นการศึกษาแบบ RCT ผู้วิจัยใช้โทรศัพท์ในการติดตามทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ให้ข้อมูลอย่างมีแบบเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรค ให้การสนับสนุนและเสริมแรงผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Bowry et al. (2011) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ทวีปแอฟริกา ทวีปเอเชีย ทวีปอเมริกากลางและอเมริกาใต้ พบว่า จากงานวิจัย 76 เรื่อง ความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมของกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 57.5 และพบงานวิจัย 29 เรื่องที่กล่าวถึงปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การพร่องความรู้ในการใช้ยา การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่ได้รับในแง่ลบ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและยามีราคาสูง

Joho (2012) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามการรักษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่เหมาะสมและการรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มโรคความดันโลหิต เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความควบคุมความดันโลหิต ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และปัจจัยที่มีส่วนในการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาที่สำคัญคือการรับและความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง (พันนีย์ สุวาสนะ, 2551) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดยาไว้เฉพาะมือรับประทาน แต่พบว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นอกจากนี้สุภารัตน์ คลื่นแก้ว (2552) พบว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ได้กล่าวถึงปัญหาความ

ไม่ร่วมมือในการใช้ยา และแม้ว่าการสอนจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับความรู้อาจจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไป (Gibert & Heiser, 2005) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker (1974) เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มาจากทฤษฎีจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ มาประยุกต์ในการสร้างโปรแกรมการความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เชื่อว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่าจะมีความรุนแรงจะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ข้างต้นดีขึ้น รวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น

9. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพียงร้อยละ 26 ถึง 59 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้น (Van, 2003) ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 22-25 สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความร่วมมือในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (วิชัย เอกพลากร, 2553) ความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถอธิบายได้จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่ง Becker (1974) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการ

ควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้ระยะเวลาในการจัดการเท่ากับการศึกษาของ วันทนา รัตน์มณี (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลในกิจกรรมครั้งแรก ร่วมกับการติดตามอีก 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาในการจัดการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง โดยดำเนินกิจกรรมเป็น 4 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงหากไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยการค้นหาและประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงการรับรู้ที่เคยมีก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้การเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคจากการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และประโยชน์จากการร่วมมือในการรับประทานยา แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุก ๆ ด้าน เช่น สุขภาพ การทำงาน ชีวิตในครอบครัว ชีวิตในสังคม เป็นต้น ให้ข้อมูลที่เป็นจริง และไม่ขูให้เกิดความกลัวจนเกินเหตุ

2. การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการอธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม อธิบายถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างชัดเจนว่าประกอบด้วยอะไรบ้าง และปฏิบัติอย่างไร

3. การขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม จัดสิ่งแวดล้อมหรือระบบการบริการ ให้เกิดความสะดวกต่อการปฏิบัติ ลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ โดยให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ

4. การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้สูงอายุ โดยการใช้โทรศัพท์กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิด ของ Becker (1974) จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที

1. สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลนั้น

รับรู้ถึงความรุนแรง แจกแจงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกตินั้นในทุกๆ ด้าน ให้ข้อมูลที่เป็นจริง

2. เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม

รับรู้ประโยชน์ อธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างชัดเจน กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรค ค้นหาข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ให้ความมั่นใจ แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิดๆ จูงใจและให้ความช่วยเหลือ

4. จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ

สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้สูงอายุ สร้างการตระหนักรู้ ให้ข้อมูลการปฏิบัติที่ชัดเจน

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการศึกษาจัดเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Control group pretest-posttest designs)

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

- X หมายถึง โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
- O₁ หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง
- O₂ หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
- O₃ หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม
- O₄ หมายถึง พฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) กำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้
 - 1.1) มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
 - 1.2) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น

1.3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12

1.4) ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม มีคะแนนสมรรถภาพสมองในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002)

1.5) มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

1.6) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

2.1) เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนดไว้

2.2) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิต

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย (Polit & Hunger, 1999) หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเข้าโค้งปกติ (Normality) ทำให้มีอำนาจในการทดสอบเพิ่มขึ้นและค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2005) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย และมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ (Matched pair) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมปกป้องสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Becker, 1974) อายุ แตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี โดยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มีภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายและภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Murray et al., 2004) ระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะที่เจ็บป่วยน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนาน (อุบลรัตน์ จิตาวณิชย์, 2545)

ผลการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (Matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้าน เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=20)			กลุ่มทดลอง (n=20)		
	เพศ	อายุ	ระยะเวลาที่เป็นโรค	เพศ	อายุ	ระยะเวลาที่เป็นโรค
1	ชาย	71	5	ชาย	71	4
2	ชาย	64	8	ชาย	63	9
3	ชาย	64	6	ชาย	65	6
4	ชาย	64	7	ชาย	64	7
5	หญิง	76	8	หญิง	75	8
6	หญิง	66	9	หญิง	66	7
7	ชาย	70	7	ชาย	71	7
8	หญิง	65	5	หญิง	65	5
9	ชาย	72	6	ชาย	72	7
10	หญิง	74	3	หญิง	74	4
11	ชาย	72	6	ชาย	70	5
12	หญิง	72	7	หญิง	72	6
13	ชาย	70	6	ชาย	70	7
14	ชาย	60	10	ชาย	60	9
15	ชาย	70	6	ชาย	70	6
16	หญิง	62	6	หญิง	62	5
17	หญิง	61	5	หญิง	61	5
18	ชาย	71	4	ชาย	70	5
19	หญิง	71	5	หญิง	69	4
20	ชาย	61	6	ชาย	62	6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) และ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002)

แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002) เป็นแบบประเมินที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ และความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability and Validity) โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา พบว่า มีความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความถ่วงจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ได้คะแนน ≤ 14 จาก 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9, 10)
- ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 17 จาก 30 คะแนน และ
- ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน ≤ 22 จาก 30 คะแนน

ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index)

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapun et al., 1994) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีการนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลับคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพใน

ประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดังนี้

0-4	คะแนน	แสดงว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งหมด
5-8	คะแนน	แสดงว่า มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง
9-11	คะแนน	แสดงว่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง
12	คะแนนขึ้นไป	แสดงว่า พึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก ช่วยเหลือตนเองได้

สำหรับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในการรับประทานยา ประกอบข้อความทั้งหมด

8 ข้อยาคอบคลุมความร่วมมือในการใช้ยา ในส่วนความผิดพลาดของ ขนาดและเวลารับประทานยา การหยุดรับประทานยา และความรู้สึกรู้สึกในการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำเลย ซึ่งแต่ละข้อมีการให้ความหมาย ดังนี้

ทำเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง
ทำเป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ทำเป็นประจำ	เท่ากับ	1 คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	เท่ากับ	3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

โดยใช้วิธีการหาอัตราภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544) ดังนี้

19-24	คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาระดับสูง
13-18	คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับปานกลาง
8-12	คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับต่ำ

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์เภสัชกร 1 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและเหมาะสมของข้อความ ส่วนแบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (MMSE-Thai 2002) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit and Hunger, 1999) และใช้เกณฑ์ CVI มากกว่า .08 (Davis, 1992) โดยการคำนวณผลจากการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความครอบคลุมและเหมาะสมของข้อความ และผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา เท่ากับ .90

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ จำนวน 30 คน และนำคะแนนจากแบบสอบที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าใกล้เคียงกับค่าความเที่ยงเกณฑ์มาตรฐาน .8 ขึ้นไป (Burns and Grove, 1997)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ แผนการสอน และหนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง

2.1 โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) และแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม

2) กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) จำนวน 4 ขั้นตอน ได้แก่

2.1) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการค้นหาและประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ

2.2) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

2.3) ขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

2.4) จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้สูงอายุ โดยการใช้โทรศัพท์กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.2 แผนการสอน ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 1) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา 2) ทราบถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) สามารถปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 หนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ผลแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำในการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยาและการแก้ไขเบื้องต้น การเก็บรักษา

การตรวจสอบเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน หนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง และคู่มือการดำเนินกิจกรรมที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาอายุรศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์เภสัชกร 1 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมถึงระยะเวลาที่เหมาะสมในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน กล่าวคือ มีความเห็นตรงกันร้อยละ 80 (อารีวรรณ อ่วมธานี, 2554)

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปได้ดังนี้

สำหรับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ให้ความเห็นว่า รูปแบบของกิจกรรม ภาษา การจัดลำดับเนื้อหาและระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสม และผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำในการแก้ไขประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) แผนการสอน เนื้อหามีความละเอียดมากเกินไป ภาษาที่ใช้ค่อนข้างเป็นวิชาการ ควรปรับเนื้อหาให้สั้นกระชับ และปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะกับผู้สูงอายุ
- 2) หนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง เนื้อหายาวเกินไป ภาษาที่ใช้คล้ายเอกสารวิชาการ ผู้สูงอายุอาจให้ความสนใจไม่มาก ควรปรับเนื้อหาให้สั้นกระชับ เพิ่มรูปภาพเพื่อสื่อความหมายมากขึ้น บันทึกท้ายเล่มควรปรับเป็นบันทึกภาวะสุขภาพที่มาตรวจแต่ละครั้ง เช่น น้ำหนัก รอบเอว ระดับความดันโลหิต ฯลฯ ที่บ่งบอกภาวะสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุได้ติดตามภาวะสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับรายละเอียดเนื้อหาในการสอน และหนังสือคู่มือ ให้กระชับ ปรับภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพิ่มรูปภาพเพื่อเพิ่มความใจ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติโดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในบทสนทนาโดยพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาสั้นกว่าที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงได้มีการปรับระยะเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งให้น้อยลง จาก 15-20 นาที เป็น 10-15 นาที

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นตามเกณฑ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการ

รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งแต่ละข้อมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าว

เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	1
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	2	2
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1	3

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

โดยใช้วิธีการหาอัตราภาคขั้นโดยใช้ค่าพิสัยโดยคำนวณจากค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2544) ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	การแปลผล
70-90	มากกว่าร้อยละ 80	ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับมาก
50-69	ร้อยละ 60-80	ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับปานกลาง
30-49	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในระดับต่ำ

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการรับรู้ มากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ ต้องมีคะแนนอย่างน้อย 72 คะแนนจากคะแนนเต็ม 90 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านผ่านเกณฑ์ ในกรณีที่กลุ่มทดลองได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตอบผิด แล้วทำการทบทวนเนื้อหาให้กลุ่มทดลอง ร่วมกับการอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา แล้ววัดผลใหม่อีกครั้งจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้ว

นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 (Polit & Beck, 2004) หรือมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด 1 คน 2) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล สาขาอายุรศาสตร์ 1 คน 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ 2 คน 4) อาจารย์เภสัชกร 1 คน ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า ได้ความตรงตามเนื้อหา (CVI) .88 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถาม มาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านเข้าใจง่าย

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมธนาคารทหารไทย 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมธนาคารทหารไทย 2 หัวหน้าหอผู้ป่วยยุงทอง 1 หัวหน้าหอผู้ป่วยยุงทอง 2 เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 คน โดยจับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะส่วนบุคคลคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน

4. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนทำการทดลอง (Pre – test)
5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล รวมทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลา 5 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทำการทดลอง (Post – test)

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลอง ออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง และขั้นตอนที่ 3 ระยะหลังการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยติดต่อกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายสามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงพิเศษ หอผู้ป่วยอายุรกรรมธนาคารทหารไทย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมธนาคารทหารไทย 2 หอผู้ป่วยยูงทอง 1 หอผู้ป่วยยูงทอง 2 โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มควบคุม โดยให้ข้อมูลด้วยวาจารวมทั้งระบุในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วยการให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับผู้ป่วย และตอบข้อคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม การมาตรวจตามนัด

1.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง โดยให้ข้อมูลด้วยวาจารวมทั้งระบุในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามปกติ ร่วมกับการได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Backer (1974) ระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 5 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง การโทรศัพท์เพื่อติดตามเยี่ยม 3 ครั้ง การประเมินผล 1 ครั้ง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1.2 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสม ซึ่งมีลักษณะการให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปที่ไม่เจาะจงกับผู้ป่วย และตอบข้อคำถามอธิบายข้อสงสัยหรือปัญหาตามที่ผู้ป่วยแต่ละรายซักถาม การมาตรวจตามนัด

2.1.3 เมื่อครบระยะเวลา สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยขออนุญาตสอบถามข้อมูลพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา ในวันมาตรวจตามนัด รวมทั้งมอบคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการจัดกิจกรรมในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. ดำเนินการตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ประเมินการรับรู้ และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุที่มีต่อการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยซักถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้นี้ผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการอธิบายทำความเข้าใจ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการบรรยายในหัวข้อ สาเหตุ อากาโรภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ

2) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการอธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการพฤติกรรมรับประทานยาที่เหมาะสม โดยมีเนื้อหา 3 หัวข้อ ดังนี้

2.1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาลดความดันโลหิต

2.2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาลดความดันโลหิต

2.3) การสังเกตอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตและ

วิธีการดูแลเบื้องต้น

3) จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์กับผู้สูงอายุในหัวข้อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตนในการรับประทานยาตามคำแนะนำการรักษาได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ สร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตน

4) จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาและปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป ร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติตน วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยา กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

ภายหลังจากการให้ความรู้ ผู้วิจัยนัดหมายเวลาติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 1 ระยะเวลา 10-15 นาที

เป็นการให้การพยาบาลและติดตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทบทวนเนื้อหาตามสัปดาห์

ที่ 1

1. สอบถามความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนพูดคุย

2. ชักถามปัญหาในการใช้ยาลดความดันโลหิตและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้

บอกเล่าและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิต

3. ทบทวนถึงความสำคัญ และประโยชน์ของพฤติกรรมรับประทานยา

ที่เหมาะสม

4. ผู้วิจัยนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 (สัปดาห์ที่ 3 และ 4) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 2 และ 3

ระยะเวลาครั้งละ 10-15 นาที

1. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีการแก้ไข

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง

3.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ในวันที่มาตรวจตามนัด (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อพูดคุยและขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

3.1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้ ประโยชน์ เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งมอบคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูงให้แก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันมาตรวจตามนัด (สัปดาห์ที่ 5) ระยะเวลา 15-20 นาที ที่หน่วยตรวจอายุรกรรม ทบพทวนการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยา ทบพทวนสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดระยะเวลาการเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 036/2559 ระยะเวลาอนุมัติมีผลตั้งแต่ 21 มิถุนายน 2559 ถึง 21 มิถุนายน 2560 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลครั้งละ 1 ราย โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดวิธีการดำเนินโครงการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ และการให้บริการ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมและผู้ป่วยสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ หรือมองตัวอักษรไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ฟังทีละข้อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มบุคคลที่เปราะบางและ

อ่อนแอ ผู้วิจัยขอความเห็นจากญาติหรือผู้แทนโดยชอบธรรมและให้ญาติสามารถดูแลขณะเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test





ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการศึกษาจัดเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Control group pretest-posttest designs) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 7

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค และโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	60	12	60	24	60
หญิง	8	40	8	40	16	40
อายุ						
60-64 ปี	7	35	7	35	14	35
65-69 ปี	3	15	3	15	6	15
70-74 ปี	9	45	9	45	18	45
75-79 ปี	1	5	1	5	2	5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5	1	5	2	5
ประถมศึกษา	8	40	8	40	16	40
มัธยมศึกษา	4	20	4	20	8	20
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	7	35	7	35	14	35
สถานภาพสมรส						
โสด	1	5	2	10	3	7.5
สมรส	13	65	12	60	25	62.5
หม้าย	4	20	5	25	9	22.5
หย่า/แยก	2	10	1	5	3	7.5
อาชีพ						
ข้าราชการบำนาญ	4	20	3	15	7	17.5
เกษตรกรกรรม	3	15	2	10	5	12.5
รับจ้าง	2	10	2	10	4	10

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	2	10	6	30	8	20
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	8	40	6	30	14	35
ธุรกิจส่วนตัว	1	5	1	5	2	5
รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	15	1	5	4	10
5,000 – 9,999 บาท	8	40	7	35	15	37.5
10,000 – 14,999 บาท	1	5	4	20	5	12.5
มากกว่า 15,000 บาท	8	40	8	40	16	40
ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นโรค						
1-5 ปี	6	30	8	40	14	35
5-10 ปี	14	70	12	60	26	65
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัวอื่น	15	75	14	70	29	72.5
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	5	25	6	30	11	27.5
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	6	30	3	15	9	22.5
ประกันสังคม	3	15	4	20	7	17.5
สิทธิข้าราชการ	9	45	11	55	20	50
ชำระเงินเอง	2	10	2	10	4	10
ผู้ดูแลในการจัดยา						
รับประทาน						
จัดยารับประทานเอง	12	60	13	65	25	62.5
บุตร	6	30	5	25	11	27.5
สามี/ภรรยา	2	10	2	10	4	10

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.60 มีสถานะภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 5-10 ปี ร้อยละ 65 ใช้สิทธิข้าราชการในการรักษามากที่สุด ร้อยละ 50 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40



ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยา	Mean	SD	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n=20)			
ก่อนการทดลอง	11.20	1.47	ต่ำ
หลังการทดลอง	20.90	0.91	สูง
กลุ่มควบคุม (n=20)			
ก่อนการทดลอง	11.30	1.45	ต่ำ
หลังการทดลอง	12.20	1.05	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 11.20 (SD=1.47) อยู่ในระดับต่ำ และหลังการทดลองเท่ากับ 20.90 (SD=0.91) ซึ่งอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 11.30 (SD=1.45) และหลังการทดลองเท่ากับ 12.20 (SD=1.05) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าแน่นต่ำสุด และค่าแน่นสูงสุด ของคะแนนสูงสุด ของคะแนนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายชื่อของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=20)							
	พฤติกรรมการใช้ยา				หลังการทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
1. ท่านเคยรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง	1.10	.308	1	2	1.15	.366	1	2
2. ท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	1.15	.366	1	2	1.45	.510	1	2
3. ถ้าท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีต่อไปท่านรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าขนาดปกติ	1.50	.688	1	3	1.65	.587	1	3
4. ท่านเคยปรับเปลี่ยนหรือลดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	1.80	.696	1	3	1.80	.523	1	3
5. ท่านเคยหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพบว่าความดันโลหิตของท่านปกติ	1.20	.523	1	3	1.50	.688	1	3
6. ท่านเคยนำยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยท่านอื่นมารับประทานหรือซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานนอกเหนือจากแพทย์สั่ง	1.95	.759	1	3	1.95	.759	1	3
7. เมื่อยาหมดท่านไม่มาพบแพทย์ทำให้ขาดยา	1.40	.598	1	3	1.50	.607	1	3
8. ท่านเคยหยุดรับประทานยา/ลดขนาดยาด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการรับประทานยา	1.20	.410	1	2	1.20	.410	1	2

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาใกล้เคียงกัน โดยเมื่อเรียงลำดับข้อคำถามจากข้อที่มีคะแนนสูงสุดไปจนถึงต่ำสุด ได้ดังนี้ ข้อ 6, 4, 3, 7,5, 2,8 และข้อ 1 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาในของกลุ่มควบคุมไม่ได้มาจากนายารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยท่านอื่นมารับประทานหรือซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เนื่องจากค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 1.95 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มควบคุมส่วนมากทั้งก่อนและหลังการทดลองมีการปรับเพิ่มหรือลดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ($\bar{x} = 1.80$ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง) และหากเมื่อลิ้มรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมือต่อไปจะรับประทานยาเพิ่มขึ้นมากกว่าขนาดปกติ ($= 1.50$ และ 1.65 ตามลำดับ) เมื่อยาหมดไม่มาพบแพทย์ ($\bar{x} = 1.40$ และ 1.50 ตามลำดับ) มีการหยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าความดันโลหิตปกติ ($\bar{x} = 1.20$ และ 1.50 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีคะแนนต่ำสุด คือข้อที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนน้อยเคยรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง ($\bar{x} = 1.10$ และ 1.15 ตามลำดับ) รองลงมาคือ กลุ่มควบคุมส่วนน้อยที่เคยหยุดรับประทานยาหรือลดขนาดยาด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการรับประทานยา ($\bar{x} = 1.20$ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง) นอกจากนี้เคยลิ้มรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 1.15$ และ 1.45 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุด ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายชื่อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n=20)									
	พฤติกรรมการใช้ยา					หลังการทดลอง				
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max	Min	Max
1. ท่านเคยรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง	1.10	.308	1	2	2.50	.513	2	2	2	3
2. ท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	1.20	.410	1	2	2.70	.470	2	2	2	3
3. ถ้าท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อออกไปทานรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าขนาดปกติ	1.45	.605	1	3	2.60	.503	2	2	2	3
4. ท่านเคยปรับเปลี่ยนหรือลดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	1.70	.657	1	3	2.65	.489	2	2	2	3
5. ท่านเคยหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพบว่าความดันโลหิตของท่านปกติ	1.25	.444	1	2	2.60	.503	2	2	2	3
6. ท่านเคยนำยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยท่านอื่นมารับประทานหรือซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานนอกเหนือจากแพทย์สั่ง	1.90	.718	1	3	2.60	.503	2	2	2	3
7. เมื่อหมดทานไม่มาพบแพทย์ทำให้ขาดยา	1.40	.598	1	3	2.70	.470	2	2	2	3
8. ท่านเคยหยุดรับประทานยา/ลดขนาดยาด้วยตนเองโดยไม่ไปปรึกษาแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการรับประทานยา	1.20	.410	1	2	2.55	.510	2	2	2	3

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกุ่มทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นทั้ง 8 ข้อ โดยเมื่อเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในหลังการทดลองจากข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดไปจนถึงต่ำสุดได้ดังนี้ 2, 1, 5, 8, 7, 6, 3 และข้อ 4 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังกุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ กุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น โดยกุ่มทดลองภายหลังจากการทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานยาดีขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.20$ เป็น 2.70) การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตรงตามเวลามากขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.10$ เป็น 2.50) การหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่อพบว่าความดันโลหิตปกติหรือเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาดีขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.25$ เป็น 2.60 และจาก $\bar{x} = 1.20$ เป็น 2.55 ตามลำดับ) นอกจากนี้การไม่มาพบแพทย์เมื่อยาหมดทำให้เกิดการขาดยาดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (จาก $\bar{x} = 1.40$ เป็น 2.70) กุ่มทดลองไม่นำยารักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยท่านอื่นมารับประทานมากขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.90$ เป็น 2.60) และกุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีการปรับขนาดยาเองดีขึ้น ได้แก่ ถ้ารับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีต่อไปท่านรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าขนาดปกติดีขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.45$ เป็น 2.60) การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ดีขึ้น (จาก $\bar{x} = 1.70$ เป็น 2.65)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	11.20	1.47	19	-33.322	.000
หลังการทดลอง	20.90	0.91			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	11.30	1.45	19	-2.932	.009
หลังการทดลอง	12.20	1.05			

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 11.20 (เพิ่มขึ้นเป็น 20.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าการทดลอง

กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาก่อนการทดลองเท่ากับ 11.30 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองเท่ากับ 12.20

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา	\bar{x}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	11.20	1.47	38	0.216	.830
กลุ่มควบคุม	11.30	1.45			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	20.90	0.91	38	27.881	.000
กลุ่มควบคุม	12.20	1.05			

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.20 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.30 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ภายหลังกการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 20.90 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.20 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการศึกษาจัดเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Control group pretest-posttest designs) แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้ที่มีพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยโครงการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย (Polit & Hunger, 1999) หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเข้าโค้งปกติ (Normality) ทำให้มีอำนาจในการทดสอบเพิ่มขึ้นและค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Grove, 2005) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย และมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ (Matched pair) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Becker, 1974) อายุ แตกต่างไม่เกิน 10 ปี โดยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น มีภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายและภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Murray et al., 2004) ระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะที่เจ็บป่วยน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนาน (อุบลรัตน์ จิตาวณิชย์, 2545)

ภายหลังจากการเก็บข้อมูลวิจัยเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test ซึ่งผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะของการวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ (Becker, 1974) โดย Becker อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ข้างต้นดีขึ้น รวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงหากผู้สูงอายุรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ให้ข้อมูลถึงประโยชน์ ความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกจากโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพดีขึ้น ก็จะเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป เกิดความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับเยาวัลักษณ์ การกล้า (2550) ที่ศึกษาการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทงานบริการผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคนมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง หลังการศึกษา 1 เดือน และติดตาม หลังการศึกษา 6 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกคน

นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ให้แนวทางปฏิบัติเพิ่ม นอกจากนี้การโทรศัพท์ติดตามผล ยังเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ผ่านมา มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลในกิจกรรมครั้งแรก ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์อีก 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหिनกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วันทนา รัตนมณี, 2556)

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานทั้งนี้ เป็นผลจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้เข้าร่วมโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และแนวทางการปฏิบัติตนในการรับประทานยาที่เหมาะสม ทำให้การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยามีระดับต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joho (2012) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยการใช้ยานั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากจะได้รับความรู้และคู่มือการปฏิบัติตน ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจดจำ เข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดี ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการเลือกวิธีปฏิบัติตนที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบกันระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับอุปสรรคหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการรับประทานยาที่เหมาะสม และเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จและได้รับผลดี ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจให้พฤติกรรมเหล่านั้นคงอยู่ตลอดไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiu &

Wong (2010) ศึกษาผลของ โปรแกรม A nurse clinic combined with telephone follow-up ต่อค่าความดันโลหิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โทรศัพท์ในการติดตามทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรค ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพในการให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเสมอ เช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นนี้ที่ได้นำการโทรศัพท์มาติดตามผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา เน้นถึงความเสี่ยง โอกาสเกิดผลเสียที่จะตามมาหาปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้อง สม่าเสมอ และต่อเนื่อง ไม่เกิดพฤติกรรม การลืมรับประทานยา ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกจากโรคความดันโลหิตสูงและจากการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตมีสุขภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหาร

1.1 การให้บริการตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการให้การพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้การปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ

ที่เหมาะสม ผู้บริหารควรส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะในการทำทฤษฎีไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วย

1.2 การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึที่ดี มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้บริหารควรมีนโยบายให้นำมาประยุกต์ใช้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ตามความเหมาะสม

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

2.3 สนับสนุนให้มีรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการโทรศัพท์ติดตาม หรือ การเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ด้านการวิจัย

3.1 การวิจัยครั้งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีการวิจัยในลักษณะของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน เพิ่มให้งานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

3.2 การศึกษานี้ใช้เวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์และประเมินผลทันทีในสัปดาห์ที่ 5 ไม่ได้มีการติดตามผลต่อ ซึ่งในการวิจัยวิจัยครั้งต่อไปอาจจะมีการติดตามผลต่อเพื่อดูความคงทนของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3.3 การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์เท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มการศึกษาในกลุ่มที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เช่น การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3.4 ควรศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กองสถิติ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (2556). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจำแนกตามโรค.

ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความ

ดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยบูรพา.

กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). คู่มือการใช้ยา ฉบับสมบูรณ์ .(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สกายบุ๊กส์.

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ),

ตำราอายุรศาสตร์ 4 (หน้า 162-184). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ชมพูนุท อ่องจรีต. (2538). การใช้ยา ACE - Inhibitors ในเวชปฏิบัติทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 1).

กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication.

ทัศนีย์ รัชยา. (2537). การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ตำบลริมเหมือ อำเภอมะแตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.

กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความ

ดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานา

วิทยา.

พันทนีย์ สุวาสนะ. (2551). ผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือใน

การใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์.

วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2545). Common problem in the treatment of hypertension.

- ใน สุรพล อิศรไกรศีล (บรรณาธิการ). **อายุรศาสตร์ทันยุค** (หน้า 81-103). กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
- พูนทรัพย์ โสภารัตน์. (2536). **หลักการใช้จ่ายทั่วไป**. โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มีนา เพชรมี. (2549). **ผลของการบรรจยาแต่ละหน่วยการใช้ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ การกล้า. (2550). **การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทงานบริการผู้ป่วยนอก**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรัตน์ เหล่านภากุล. (2546). **เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลในไทย จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันทนา รัตนมณี. (2556). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหิน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลา ตันตโยทัย. (2543). **ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**. (หน้า 29-46). ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). **การส่งเสริมสุขภาพ**. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2553). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552**. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ .
- วิไลวรรณ ทองเจริญ.(2554). **การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยผู้สูงอายุ**. (หน้า 69-82) .ใน จันทนา รัตนฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด.
- วีรวรรณ อุชายภิชชาติ, และสิริพรรณ พัฒนาฤดี. (2546). **Hypertension**. ใน ธาณี เมฆะสุวรรณดิษฐ์, ปรีชา มนทกานติกุล, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, และ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (บรรณาธิการ). **Text book of pharmacotherapy: ตำราเภสัชบำบัด**. (หน้า 1 - 24). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. (2538). **ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อําเภอแม่สอด จังหวัดตาก**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประณีต ส่งวัฒนา และพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. **เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล และการสื่อสารใน**

- การส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.
เอกสารประกอบการเรียนการสอน (อัดสำเนา).
- ศศิธร อุตตะมะ. (2549). **ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สวัสดี เทียงธรรม. (2547). **แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.**
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2542). **การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนความรู้ สถานการณ์
และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง.** กรุงเทพฯ ฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
ไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15).** กรุงเทพฯ:
วี.เจ.พรินต์ติ้ง
- สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2547). **การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง (หน้า
129-162).** ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2.**
กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ. (2543). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชัยญา วงเพ็ญ. (2542). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา บัวที. (2555). **การพยาบาลกับการสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดัน
โลหิต อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง.** วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.18(1): 49-61
- สุมาลี วัจนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และ ปราณี คาจันทร์. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ
รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.** สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- สุภาพร แนวนบุตร. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. (2552). **ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการ**

- ใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุรัชย์ อัญเชิญ. (2543). การใช้ยาอย่างปลอดภัย: โอสถสาร 2000. **จลสารรวมสาระเรื่องยาเพื่อ
ส่งเสริมบทบาทเภสัชกร.** 1(3), 1 - 12.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). **สถิติสาธารณสุข
ปี 2541-53.** สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2557. จาก
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps%dos=5>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **รายงานประจำปี 2554.** กรุงเทพฯ:
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์. (2545). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสนาให้ จังหวัดสระบุรี.** ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อำไพ อักษรศิริ. (2545). **ผลของการใช้วิธี Directly Observed Therapy ต่อปัญหาการไม่ใช้ยา
ตามคำแนะนำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Adelman, R. D., Greene, M. G. and Charon, R. (1991). Issues in physician-elderly
patient interaction. **Aging Society**, 11: 127-148
- American Heart Association. (2004). **Risk factors for coronary heart disease.** Retrieve
on July 21,2014, from [http://www.Americanheart.org/presenter.jhtml?
identifier=235](http://www.Americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=235)
- Barbara, K. T. (2003). **Fundamental skills and concepts in patient care (7^{ed}).**
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. **Health
Education Monograph**, 2, 409-419.
- Bowry, A. D. K., Shrank, W. H., Lee, J. L., Stedman, M., & Choudhry, N. K. (2011). A
systematic review of adherence to cardiovascular medications in resource-
limited settings. **JGen Intern Med**, 26(12), 1479-1491.
- Burnier, M. (2006). Improving outcomes in hypertensive patients: Focus on adherence
and persistence with antihypertensive therapy. **Journal of Clinical
Hypertension**, 11(7): 376-382
- Chapman, R. H., Benner, J. S., Petrilla, A. A., Tierce, J. C., Collins, S. R., Battleman,

- D. S., & etal. (2005). Predictirs of adherence with antihypertensive and lipid lowering therapy. **Arch inter Med**, **165**(10), 1147-1152
- Connelly. C. E. (1987). Self care and the chronic ill patient. **Nursing Clinics of North America**, **22**, 621-625
- Eisenhauer, L. A. (2006). Pharmacology and older adults. (pp. 155-187). In P.A. Tabloski (ed.). **Gerontological nursing**. New Jersey: Pearson Education.
- Elliott, W. (2003). Optimizing medication adherence in older persons with hypertension. **International Urology and Nephrology**. **35**. 557-562.
- Gilbert P. A. & Heiser, G. (2005). Salt and health : The CASH and BPA perspective. **British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin**. **30**. 62-69
- Goodyer, L. I. (2002). **Medicine in the elderly**. Great Britain: Pharmaceutical pass.
- Hadi, N. & Rostami-Gooran, N. (2004). Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. **Arch Iranian Med**, **7**(4),292-296.
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H. P., & Yao, X. (2008). **Interventions for enhancing medication adherence (review)**. Retrieved on August 11, 2013, from <http://www.thecochranlibrary.com>
- Joho, A. A. (2012) **Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospitals - dar es Salaam**. Masters thesis, Community Health, Muhimbili university of health and allied sciences.
- Johnson, M. J. (2002). The Medication Adherence Model: A Guide for Assessing Medication Taking. **Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal**, **13**(3), 179-192.
- Kaplan, N. M. (2002). **Clinical hypertension** (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lois, W. & Gena, D. (2002). **Medical - surgical nursing: An integrated approach**. (2nd ed). United states: Delmar Thomson learning.
- Maddigan, S. L., Farris, K. B., Keating, N., Wiens, C. A., & Johnson, J. A. (2003). Predictors of older adults' capacity for medication management in a selfmedicationprogram: A retrospective chart review. **Journal of Aging and Health**, **15**(2): 332-352.
- Morsiky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. (2008). Predictive of a medication

- adherence measure for hypertension control. **Journal of Clinical Hypertension**. 10(5).348-354.
- Newell M, Modeste N, Marshak HH, Wilson C. (2009). Health beliefs and the prevention of hypertension in a black population living in London. **Ethn Dis**. Winter;19(1):35-41.
- Osterbert, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. **N Engl J Med**, 353. 487-497.
- Paula, D. (2001). **Hypertension: Staying informed about drug therapy**. Retrieve on January 20, 2014, from <http://www.nurselearning.com/courses/nurseweek/nw0751/units.html>.
- Pires CG Mussi FC .(2008). Health beliefs for the control of arterial hypertension. **Cien Saude Colet**. 2008 Dec;13 Suppl 2:2257-67.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). **Nursing research: principles and methods (7 ed.)**. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shaw, E., Anderson, J. G., Maloney, M., Jay, S. J., & Fagon, D. (1995). Factors associated with noncomplicance of patients taking antihypertensive medications. **Hospital Pharmacy**, 30, 201-203.
- Van, E. M., Tsang, S., Wensing, M., de Smet, P. A., & Grol, R. P. (2003). Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: A systematic review of the literature. **Drugs and Aging**, 20(3), 229-240.
- Williams, B. K. (2004). **Incidence of hypertension in the Framingham study**. Retrieve on January 22, 2014, from <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract>.
- Woods, A. D. (2002). Improving the odds against hypertension. **Nursing Management**, 33(4),27-34.
- World Health Organization - International Society of Hypertension. (1999). World Health Organization - International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. **Journal of Hypertension**, 17, 151 - 183.
- World Health Organization (WHO). (2002).**World health report 2002: Reducing risk, promoting healthy life**. Retrieved on January 1, 2014, from http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

World Health Organization (WHO). (2012). **World Health Statistics 2012**. Retrieved on January 13, 2014, from <http://www.who.int>

World Health Organization & International Society of Hypertension. (2003). Statement on management of hypertension. **Journal of Hypertension**, 21, 1983-1992.

World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2011). **Hypertension fact sheet: Department of sustainable development and healthy environment**. Retrieved on January 13, 2014, from http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf

Yiannakopoulou, E., Papadopoulos, J. S., Cokkinos, D. V., & Mountokalakis, T. D. (2005). Adherence to antihypertensive treatment: A critical factor for blood pressure control. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, 12, 243-249



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผศ. นายแพทย์ อติศัย บัวคำศรี	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. รศ. ดร. เกสัชกร อรั้มซ์ เจษฎาญาณเมธา	อาจารย์สาขาบริหารทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ผศ. ปริญญา แร่ทอง	อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. ดร. กฤษณาพร ทิพย์กานจนเรชา	อาจารย์สาขาการพยาบาลอนามัย ชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
5. นางสาวดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า	หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม ธนาคาร ทหารไทย 2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ





หนังสือรับรองการที่จําแนกด้านจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2
 99 หมู่ที่ 18 ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
 โทร. / โทรสาร 0-2564-4440-79 ต่อ 1804

หนังสือรับรองเลขที่ 028/2559
 รหัสโครงการ 036/2559
 ชื่อโครงการวิจัย โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษา
 ด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 ปิ่ผู้วิจัยหลัก นางสาวณัฐนันท์ คำทีริยะพงศ์
 หน่วยงานที่รับผิดชอบ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2559
2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Sheet) ฉบับที่ 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2559
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) ฉบับที่ 2 วันที่ 20 มิถุนายน 2559

คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ได้พิจารณา
 อนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในคนให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้ ตามมติการพิจารณาแบบ Expedited
 Review

ระยะเวลาที่อนุมัติ .. ปี (เอกสารอนุมัติฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2559 ถึง
 วันที่ 21 มิถุนายน 2560)

ถ้าหากผู้วิจัยไม่สามารถดำเนินการทันตามกำหนดของอายุใบรับรอง โครงการวิจัย (1 ปี) ให้ผู้วิจัยดำเนินการ
 ยื่นเรื่องขอต่ออายุอายุเวลา ก่อนครบกำหนดอย่างน้อย 30 วัน

ลงชื่อ.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร. พันเอก ฤทธิย์ ฤกษ์งาม)
 ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงชื่อ.....
 (อาจารย์ ดร. วิมลพัทตร์ ศรีไวย์)
 อนุกรรมการและเลขานุการ

อนุมัติ ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2559
 หมดอายุ วันที่ 21 มิถุนายน 2560

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Information Sheet)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ชื่อ นางสาวณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์

ที่อยู่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี 12120

เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-926-9274-75 และมีมือถือ 089-495-0990

e-mail nattanun.kum@gmail.com

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

1. เหตุที่ต้องทำวิจัยและเหตุผลที่ต้องการศึกษาในคน

ความดันโลหิตสูงเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และหากไม่ได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้คงที่แล้วระดับความดันโลหิตมักจะสูงมากเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ความดันโลหิตสูงวิกฤต (hypertensive crisis) และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องให้สอดคล้องกับแนว

ทางการดูแลรักษา (adherence) คือความร่วมมือของผู้รับบริการที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผน โดยรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาตามความถี่ และขนาด

ผลการศึกษาวิจัยสามารถพัฒนาแนวทางในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการดูแลผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้เป็นจำนวนมาก

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับความรู้ ข้อมูล การรับประทานยาที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา โปรแกรมที่ได้จากการศึกษา สามารถนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

4. ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ การวิจัยนี้มีการดำเนินการวิจัยโดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม ให้ความรู้ ติดตามผล ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 เป็นการประเมินความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ความรู้ ข้อมูล ครั้งที่ 2-4 ติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติและให้ความรู้เพิ่มเติม ครั้งที่ 5 เป็นการประเมินผลโครงการ

5. ความเสี่ยงหรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการพยาบาลในการให้ความรู้ ข้อมูล ร่วมกับการติดตามผล และกระตุ้นให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย

6. การป้องกันและการรักษาอาการข้างเคียง

7. ความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิที่พึงได้รับในกรณีการเจ็บป่วยอื่นๆ หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยหรือมีคำถาม ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ นางสาว

ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ต. คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี โทรศัพท์ 089-495-0990

หากท่านรู้สึกไม่สุขสบาย หรือไม่สบายใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีตามความต้องการโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย โดยท่านยังได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นมาตรฐานที่พึงได้รับตามปกติ

8. ค่าเดินทาง หรือค่าตอบแทนแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าเดินทางหรือค่าตอบแทนแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย

9. การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัย 45 - 60 นาที จำนวน 5 ครั้ง

10. การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและทำลายแบบบันทึกทั้งหมดทันทีหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

โครงการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 หากท่านไม่ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 งานวางแผนและบริหารงานวิจัย กองบริหารการวิจัย อาคารสำนักงานอธิการบดี ชั้น 3 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2564-4440-79 ต่อ 1804



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วันที่ให้คำยินยอม.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ขอทำหนังสือนี้ไว้ต่อหน้าหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 6 ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารชี้แจงการวิจัยให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

พยาน

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....

(.....)

...../...../.....

ในกรณีที่ผู้ที่ยินยอมตนให้ทำการวิจัยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือผู้ปกครอง หรือญาติที่ใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ลงนามยินยอม

ลงนาม.....ผู้แทน/ผู้ปกครอง/ญาติ

(.....)

...../...../.....

ลงนาม..... หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

(.....)

...../...../.....

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



8. ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน (ระบุชื่อยา ขนาดยา เวลา และวิธีใช้ยา)

ชื่อยา	ชื่อยา ขนาดยา เวลา และวิธีใช้ยา

9. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดมิลลิเมตรปรอท เมื่อ.....

10. โรคประจำตัวอื่น ๆ () โรคไต () โรคเบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง
 () ภาวะแพ้อาหาร () โรคหัวใจ () เครียด
 () อื่น ๆ ระบุ.....

11. สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษา

() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า () ประกันสังคม
 () สิทธิข้าราชการ () ชำระเงินเอง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

12. ผู้ดูแลในการจัดยารับประทาน

() จัดยารับประทานเอง () บุตร () สามเณร/ภรรยา
 () ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง () อื่น ๆ ระบุ.....

แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพียงคำตอบเดียว แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องขวามือซึ่งคิดว่าตรงกับท่านดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอหรือเป็นประจำทุกครั้ง

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นส่วนน้อยหรือเป็นบางครั้ง

ไม่เคยทำเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ลำดับ	พฤติกรรมการใช้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	ทำเป็นประจำ	ทำเป็นบางครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1.	ท่านเคยรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง			
2.	ท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง			
3.	ถ้าท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มื้อต่อไปท่านรับประทานยาเพิ่มขึ้นกว่าขนาดปกติ			
4.	.....		
5.	.....		
6.	.....		
8.	ท่านเคยหยุดรับประทานยา/ลดขนาดยาด้วยตนเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นจากการรับประทานยา			

แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับการรับรู้หรือความเชื่อของท่านเพียงคำตอบเดียว แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องขวามือซึ่งคิดว่าตรงกับท่านดังนี้

- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบทุกประการ
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบ
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วน

ใหญ่

ลำดับ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ควบคุมระดับความดันมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้			
2	ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลาานอาจทำให้เกิดโรคไตวายตามมาได้ง่าย			
3	.....		
4	.....		
5	.....		
6	.....		
7	.....		
8	.....		
9	การหยุดรับประทานยาหรือปรับยาเองบางครั้งไม่ก่อให้เกิดอันตราย			
10	การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงตามมาได้ เช่น อัมพาต โรคหัวใจ โรคไต			

ลำดับ	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
11	การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อาการของโรคความดันโลหิตจะรุนแรงขึ้นเมื่อท่านขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง			
12	.....		
13	.....		
14	.....		
17	ระดับความดันโลหิตที่สูงมากอย่างฉับพลันอาจทำให้ท่านเสียชีวิตได้			
18	การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การที่ท่านรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี			
19	.....		
20	.....		
21	.....		
23	การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ระดับความดันโลหิตของท่านอยู่ในเกณฑ์ปกติ			
24	การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การรับประทานยาหลายชนิด ทำให้ท่านไม่เอียงรับประทานยาต่อเนื่อง/หยุดยา			
25	ท่านไม่สะดวกเมื่อต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 1 มื้อ			
26	.....		
27	.....		
30	การได้รับการช่วยเหลือในการรับประทานยาจากสมาชิกในครอบครัว เช่น จัดยาให้ เตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา เป็นสิ่งที่ช่วยให้ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา			

แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Activities of Daily Living: ADL)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้ เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้

1. ต้องการคนช่วย

2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

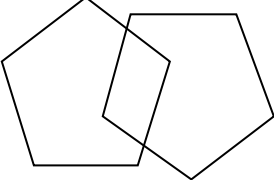
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

2. กลั่นได้เป็นปกติ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

	บันทึกคำตอบ ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล		
2.1 สถานที่ตรงนี้ เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร		
2.2 ขณะนี้ อยู่ที่ชั้นเท่าไรของตึกอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของสาวมอย่าง คุณ(ตา,ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีกรบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้งสามชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
() ต้นไม้ () ทะเล () รถยนต์		

	บันทึกคำตอบ ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูก และผิด)	คะแนน
6.2 ชี้นำพิกาช้อมมือให้ผู้สูงอายุดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) ให้คุณ (ตา, ยาย,...)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีละเดียว ” “ใคร ใคร่ ขาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา, ยาย, ..) รับด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่..... (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่า ขนาดประมาณ เอ - 4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ () รับด้วยมือขวา () พับครึ่ง () แล้ววางที่.... (พื้น, โต๊ะ, เติง)		
9. Written command (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย, ..) อ่านแล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย,..) จะอ่านออกเสียงหรือในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษให้ผู้สูงอายุดู หลับตา () หลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา, ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เอง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		

	บันทึกคำตอบ ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้อง และผิด)	คะแนน
<p>ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างด้านข้าง ของภาพตัวอย่าง</p>  <p>รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้อง เกิดรูปสี่เหลี่ยมคี่ในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน</p>		
คะแนนรวม		
<p>ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ..... วันที่ .....เดือน.....พ.ศ</p>		

แผนการสอนการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เรื่อง	ความรู้ในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ผู้สอน	นางสาวณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์
ผู้เรียน	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
เวลาที่สอน	45 นาที
วิธีการสอน	สอนเป็นรายบุคคล
วัตถุประสงค์	

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทราบถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล

ครั้งที่ 1 รูปแบบดำเนินการ ให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 45-60 นาที

+

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		ผู้วิจัย	ผู้สูงอายุ		
<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา</p>	<p>1. โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดแดงที่หัวใจบีบตัว มีค่าสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจคลายตัว มีค่าสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>โรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ 2 ประเภท คือ</p> <p>1.2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่พบว่า ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการพยากรณ์ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายและอายุ</p> <p>1.2.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุมาจากโรคอื่น ๆ</p> <p>1.3 สาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ</p>	<p>สวัสดิศศิ คชิน..... เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้รู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มีโอกาสได้มาสร้างเสริมการรับประทานยาของท่าน ซึ่งเป็นการวินิจฉัยหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คุณ..... มีความร่วมมือในการรักษาด้วยอย่างสม่ำเสมอ เราจะพูดคุยเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>1. ประเมินการรับรู้ และ</p>	<p>- ผู้สูงอายุบอกชื่อตนเอง มีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้วิจัย ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย</p>	<p>- การสนทนา</p> <p>- แบบประเมินพฤติกรรม</p> <p>รับประทานยา</p> <p>- คู่มือการรับประทานยา</p> <p>สำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>โรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- ผู้สูงอายุมีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือบอกเล่าถึงสภาพการณ์ที่เป็นจริง</p> <p>- ผู้สูงอายุสามารถบอกความหมายของความดันโลหิตสูงได้</p>

คู่มือการรับประทานยาความดันโลหิตสูง



จัดทำโดย

นางสาวฉัฐนันท์ คำทริยะพงศ์

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสิตย์



การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา

Reliability

[DataSet1] C:\Users\user\Dropbox\เครื่องมือวิจัย\pre.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.738	8

2. แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.807	30

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ เกิดวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2530 ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อปี พ.ศ. 2553 เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายพิเศษ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

