

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 *

Factors Predicting Medication Adherence Behaviors among Older Adults with Type 2 Diabetes

วรนน คล้ายหงษ์, ** พย.ม. Woranun Khlaihong, M.N.S.
นาริรัตน์ จิตรมนตรี, ***ปร.ด. Narirat Jitramontree, Ph.D.
วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ***ปร.ด. Virapun Wirojratana, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 92 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอระดับดี ($\bar{X} = 22.11$, $SD = 1.84$) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 48.70 (Adjusted $R^2 = .487$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .519$, $p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .290$, $p < .001$) และอายุ ($\beta = .236$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากร ทีมสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This study was aimed to study medication adherence behaviors among older adults with type 2 diabetes and the influence of predicting factors including age, education, income, perceived self-efficacy, and social support, on the medication adherence behaviors among older adults with type 2 diabetes. The sample group consisted of 92 older adults with type 2 diabetes who were treated at the Diabetes Clinic of the Queen Savang Vadhana Memorial Hospital at Sriracha. The data were collected via questionnaires which included personal information, perceived

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

*** Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

efficacy, social support, and medication adherence behaviors. Data analysis was done using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the sample group had a good level of medication adherence behaviors ($\bar{X} = 22.11$, $SD = 1.84$). The results of the stepwise multiple regression analysis found that age, perceived self-efficacy, and social support could predict medication adherence behaviors in older adults with type 2 diabetes by 48.70% (Adjusted $R^2 = .487$, $p < .001$). The factors with highest influence as a predictive factor were perceived self-efficacy ($\beta = .519$, $p < .001$), followed by social support ($\beta = .290$, $p < .001$), and age ($\beta = .236$, $p < .01$), respectively. The results of this study are beneficial for the development of nursing guidelines, where by focus on enhancing the self-efficacy and promoting social support from health care providers and family members. This would support good medication adherence behaviors in older adults.

Keywords: Medication adherence, older adults, type 2 diabetes, social support, self-efficacy

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก สถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว จากการสำรวจข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF]) พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 ประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมีจำนวน 366 ล้านคน และคาดการณ์ว่าน่าจะมีประชากรที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวนถึง 522 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (Whiting, Guariguata, Weil, & Shaw, 2011) สำหรับประเทศไทยเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประชากรไทยเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง จากสถิติผู้ป่วยโรค

เบาหวานของกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งรายเก่าและรายใหม่มีจำนวนทั้งหมด 1,799,977 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 982,142 ราย (สำนักโรคเบาหวาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 6 ของประชากรไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และการใช้อินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ (วรรณ นิธิยานันท์, 2554) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้องสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เลวลง (Osterberg & Blaschke, 2005) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (Ho et al., 2006; Lawrence, Ragucci, Long, Parris, & Helfer, 2006) ภาวะน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นเวลานานมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดเล็ก (Fowler, 2011) อันนำไปสู่การถูกตัดเท้าและขา ตาบอด ทำให้เกิดความพิการ สูญเสียคุณภาพชีวิต (มยุรี หอมสนิต, 2554) และส่งผลด้านเศรษฐกิจพบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียเงินกว่า 100 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปีในการรักษาผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ถูกต้องสม่ำเสมอ (Osterberg & Blaschke, 2005)

การศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอของผู้สูงอายุคือการหยุดกินยาบางมื้อ เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เนื่องจากลืมนำไปด้วย (Hernandez-Ronquillo, Tellez-Zenteno, Garduno-Espinosa, & Gonzalez-Acevez, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rujisatian (2009) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย

61.25 ปี พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการลืมรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีลักษณะไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุ ได้แก่ การลืมรับประทานยา การรับประทานยามิถวิธี เช่น ผิดเวลา ผิดขนาด ผิดจำนวน (ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภิตา สิทธิหล่อ, และรุ่งทิพา หมีนป่า, 2550) การปรับขนาดยาเอง การหยุดรับประทานยาบางมื้อเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา หรือหยุดยาเองเมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น (Hauber, Mohamed, Johnson, & Falvey, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมออยู่ระหว่างร้อยละ 65-85 (Rubin, 2005) และการศึกษาของซัชฎาภรณ์ กมนุนทด (2554) พบว่า การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 58 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 50-100

การทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 บางการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางบวก (Pourghaznein, Ghaffarin, Hasanzadeh, & Chamazari, 2013) ในขณะที่บางการศึกษาพบความสัมพันธ์ทางลบ (Burge et al., 2005; Park et al., 2010) สำหรับปัจจัยด้านอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ซัชฎาภรณ์ กมนุนทด, 2554; Gomes-Villas Boas, Foss, Freitas, & Pace, 2012; Mishali, Omer, & Heymann, 2011; Park et al., 2010; White et al., 2012; Wu, et al., 2007) ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนมากแล้ว แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อ

พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นองค์ความรู้พื้นฐาน เป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่ง Rosenstock, Strecher, และ Becker (1988) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 1) ปัจจัยร่วม (modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง 2) การรับรู้ของบุคคล (individual beliefs) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม (cues to action) ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำภายในตัวของบุคคล หรือสิ่งชักนำภายนอกที่ได้รับจากบุคคลอื่น สำหรับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ก็เช่นเดียวกัน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอได้นั้นย่อมขึ้นกับปัจจัยด้านลักษณะประชากรของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลอันจะส่งผลทางอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิด

พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูงมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ (Park et al., 2010) และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอาจไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วยเพียงลำพัง ต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าระดับปานกลางทำให้การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอลดลง (ภวัศกร ชัยมัน, 2552) และผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น (Shanks, 2008)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาอำนาจการทำนาย (predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ที่มีคุณสมบัติคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จัดยารับประทานเอง มีสติสัมปชัญญะดีสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาด้านความจำและการเรียนรู้ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002 (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2544)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร power analysis สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ของ Polit และ Beck (2008) $N = L/Y + K + 1$ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ปานกลางเท่ากับ .149 จำนวนตัวแปรต้น 5 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 ราย โดยทำการศึกษาผู้ป่วยที่มามีการมารับการตรวจในคลินิกเบาหวาน

วันจันทร์-ศุกร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สถานะทางเศรษฐกิจ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนมื้อยาและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานใน 1 วัน การมารับการตรวจตามแพทย์นัดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม Medication Adherence Self-efficacy Scale ของ Fernandez, Chaplin, Schoenthaler, และ Ogedegbe (2008) มีข้อคำถาม 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย ถึงมั่นใจมากที่สุด ให้คะแนน 1-4 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 13-52 คะแนน แปลผลคะแนนเพื่อพรรณนาตัวแปรเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) คะแนน 13-26 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 27-39 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 40-52 คะแนน หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่งคือ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) มีข้อคำถามแหล่งสนับสนุนละ 22 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 66-330 คะแนน แปลผลคะแนนเพื่อพรรณนาตัวแปรเป็น 3 ระดับ (Best, 1997) คะแนน 66-154 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 155-242 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คะแนน 243-330 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ใช้ประเมินการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอเกี่ยวกับการลืมกินยา การปรับขนาดยา การหยุดกินยาในระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ ชัชฎาภรณ์ กมนุนทด (2554) มีข้อคำถาม 6 ข้อ คำตอบมี 4 คำตอบคือ เคยมากกว่า 6 วัน เคย 4-6 วัน เคย 1-3 วัน ไม่เคย ให้คะแนน 1-4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน แปลผลคะแนนเพื่อพรรณนาตัวแปรเป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี และไม่ดี โดยใช้เกณฑ์คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของความร่วมมือในการรับประทานยา (Sabate, 2003) คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องสม่ำเสมอระดับดี

เครื่องมือในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ .84, .87, และ 1 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .95, และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2014/221.1203 และคณะกรรมการคัดกรองและพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่จะได้รับ และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในระหว่างที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์ โดยมีพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานเป็นผู้คัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

แล้วแนะนำให้พบผู้วิจัยเพื่อแนะนำตนเองขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยได้จัดห้องใกล้บริเวณห้องตรวจให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วบันทึกข้อมูลตามคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.80 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 68.88 ปี ($SD = 6.067$) ร้อยละ 59.80 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.40 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 6,291 บาทต่อเดือน ($SD = 4,194$) ร้อยละ 48.90 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 38 ใช้สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 37 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 44.50 ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเวลา 6-10 ปี ร้อยละ 57.60 รับประทานยาเบาหวานวันละ 3-4 เม็ด ร้อยละ 78.30 รับประทานยาเบาหวาน 2 มื้อต่อวัน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.50 มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 43.70$, $SD = 5.04$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 233.74$, $SD = 41.97$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมออยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 22.11$, $SD = 1.84$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ (N = 92)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	13-52	36-52	43.70	5.04	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	66-330	157-326	233.74	41.97	ปานกลาง
พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ	6-24	17-2	22.11	1.84	ดี

3. พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ คือ ไม่เคยปรับเปลี่ยนจำนวนมียาเอง ($\bar{x} = 3.96$, SD = 0.20) ไม่เคยหยุดกินยาเอง ($\bar{x} = 3.88$, SD = 0.35) และไม่เคยปรับเปลี่ยนจำนวนเม็ดยาเอง ($\bar{x} = 3.85$, SD = 0.33) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (N = 92)

พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ	$\bar{x}$	SD
ไม่เคยลืมกินยา	3.28	0.45
ไม่เคยปรับเปลี่ยนจำนวนเม็ดยาเอง	3.85	0.33
ไม่เคยปรับลดจำนวนเม็ดยาเอง	3.78	0.34
ไม่เคยปรับเปลี่ยนจำนวนมียาเอง	3.96	0.20
ไม่เคยปรับลดจำนวนมียาเอง	3.71	0.36
ไม่เคยหยุดกินยาเอง	3.88	0.35

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (behavior) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (SE) การสนับสนุนทางสังคม (SS) และอายุ (Age) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 48.70 (adjusted $R^2 = .487$, $p < .001$) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดเรียงตามลำดับคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .519$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .290$, $p < .001$) และอายุ ($\beta = .236$, $p < .01$) สำหรับตัวแปร ระดับการศึกษาและรายได้ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (N = 92)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
Constant (a)	5.870	1.324		3.01	< .01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.190	.028	.519	6.73	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.013	.003	.290	3.80	< .001
อายุ	.072	.023	.236	3.10	< .01
R = .71, R ² = .504, adjusted R ² = .487, F = 29.823, p < .001					

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในรูปคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z_{(\text{Behavior})} = .519Z_{(\text{SE})} + .290Z_{(\text{SS})} + .236Z_{(\text{Age})}$$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องสม่ำเสมอระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ เนื่องด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคเบาหวาน การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างเป็นมิตรของพยาบาลประจำคลินิกเบาหวานและบุคลากรทีมสุขภาพทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองและให้ความไว้วางใจรับการรักษอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.50 มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วังธนกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์ (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี เพราะความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอรายข้อ พบว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปรับเพิ่มจำนวนมื้อยาเอง ($\bar{x}$ = 3.96, SD = 0.20) ไม่เคยหยุดกินยาเอง ($\bar{x}$ = 3.88, SD = 0.35) และไม่เคยปรับเพิ่มจำนวนเม็ดยาเอง ($\bar{x}$ = 3.85, SD = 0.33) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rujisatian (2009) พบว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.4% (n=76) ไม่เคยหยุดกินยาชั่วคราว และร้อยละ 88.2% (n = 75) ไม่เคยเปลี่ยนแปลงขนาดยา

2. อำนาจการทำนายของ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สูงสุด (β = .519, p < .001) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอในระดับที่ดีด้วย สอดคล้องกับ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุผลสำเร็จได้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในตนเองก็จะสามารถกำหนดเป้าหมาย และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Kang, Kim, และ Son (2013) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 71.10 ($R^2 = .711$, $p < .05$) การศึกษาของชลธิชา เรือนคำ (2548) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 39.80 ($R^2 = .398$, $p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ($\beta = .290$, $p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ยารักษาโรคเบาหวาน ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การได้รับกำลังใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมออยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำแนะนำ หรือ การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคลอื่น ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และจำนวนเม็ดยา สามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 8.60 ($R^2 = .086$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนชัย รัตนโคตร (2555) พบว่า การมีผู้ดูแลใกล้ชิดเกี่ยวกับการรับประทานยา และความพึงพอใจจากการบริการคลินิกพิเศษโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .25$, $p < .05$)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .236$, $p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 59.80 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นยังมีการรับรู้ที่ดี มีการเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้ยา มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง สามารถจัดยารับประทานยาเองได้ ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอในระดับดี สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล และจะส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee, Kang, Kim, และ Son (2013) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 71.10 ($R^2 = .711$, $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Levesque, Li, และ Pahal (2012) พบว่า อายุทัศนคติที่ดีต่อยา การรับรู้อุปสรรค สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 28 ($R^2 = .28$, $p < .01$)

ระดับการศึกษา และรายได้ พบว่า ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้รับยาอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอจึงไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่สามารถร่วมทำนายการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และการศึกษาของ คลิพัตรา

ไชยศรี (2554) พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า สนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และอายุ สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น สำหรับอำนาจการทำนายที่เหลือร้อยละ 51.30 ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้นคว้านี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ ของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรใช้วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น เช่น ใช้สมุดบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้รับยาครบทุกมื้อและป้องกันการกินยาซ้ำ รวมทั้งควรกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ เข้ามามีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยอาคารถอน ๑๐๐ ปี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2544). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002/คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ

ภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

คลีพัตรา ไชยศรี. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชลธิชา เรือนคำ. (2548). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชัชฎาภรณ์ กมนุนทด. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศุภธิดา สิทธิหล่อ, และรุ่งทิพา หมีนป่า. (2550). ความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด: กรณีศึกษา ณ คลินิกพิเศษอายุรกรรม. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 17(3), 223 -230.

ภวัตร ชัยมัน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี หอมสนิท. (2554). โรคเบาหวานในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน ประเสริฐ อัสสันตชัย (บรรณาธิการ), ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 195-220). กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่นจำกัด.

รัตนชัย รัตนโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัด

- สุรินทร์. สารนิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. วรรณิ นิธิยานันท์. (บรรณาธิการ). (2554). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2555*. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *รายงานสถิติสาธารณสุข 2555*. เข้าถึงได้จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15
- สุมาลี วัฒนาร, ชูติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- Best, J. W. (Eds.). (1997). *Research in education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Burge, S., White, D., Bajorek, E., Bazaldu, O., Trevino, J., Albright, T., et al. (2005). Correlates of medication knowledge and adherence: Findings from the residency research network of South Texas. *Family Medicine*, 37(10), 712-718.
- Fernandez S, Chaplin W, Schoenthaler AM, & Ogedegbe, G. (2008). Revision and Validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal Behavior Medicine*, 31, 453-62
- Fowler, M. J. (2011). Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clinical Diabetes*, 29(3), 116-122.
- Gomes-Villas Boas, L. C., Foss, M. C., Freitas, M. C., & Pace, A. E. (2012). Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1), 52-58.
- Hauber, A. B., Mohamed, A. F., Johnson, F. R., & Falvey, H. (2009). Treatment preferences and medication adherence of people with type 2 diabetes using oral glucose-lowering agents. *Diabetic Medicine*, 26(4), 416-424.
- Hernandez-Ronquillo, L., Tellez-Zenteno, J. F., Garduno-Espinosa, J., & Gonzalez-Acevez, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Publica Mexico*, 45(3), 191-197.
- Ho, P. M., Rumsfeld, J. S., Masoudi, F. A., McClure, D. L., Plomondon, M. E., Steiner, J. F., et al. (2006). Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1836.
- Lawrence, D. B., Ragucci, K. R., Long, L. B., Parris, B. S., & Helfer, L. A. (2006). Relationship of oral antihyperglycemic (sulfonylurea or metformin) medication adherence and hemoglobin A1c goal attainment for HMO patients enrolled in a diabetes disease management program. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12(6), 466-471.
- Lee, S.K., Kang, B.Y., Kim, H.G., & Son, Y.J. (2013). Predictors of medication adherence in elderly patients with chronic diseases using support vector machine models. *Healthcare Informatics Research*, 19(1), 33-41.
- Levesque, A., Li, H. Z., & Pahal, J. S. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: Data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 42-55.
- Mishali, M., Omer, H., & Heymann, A. (2011). The

- importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice*, 28(1), 82-87.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Park, K., Kim, J.-G., Kim, B.-W., Kam, S., Kim, K.-Y., Ha, S.-W., et al. (2010). Factors that affect medication adherence in elderly patients with diabetes mellitus. *Korean Diabetes Journal*, 34(1), 55-65.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pourghazneina, T., Ghaffarib, F., Hasanzadehc, F., & Chamanzari, H. (2013). The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Science Journal*, 10(4s), 38-46.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rubin, R. R. (2005). Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. *The American Journal of Medicine*, 118(5A), 275-345.
- Rujisatian, N. (2009). *The relationship of illness representations and beliefs about medications to adherence to oral hypoglycemic medications in persons with type 2 diabetes*. Unpublished Master's Thesis, Mahidol University.
- Sabatana, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Shanks, L. C. (2008). Usefulness of the Health Belief Model in predicting cardiac rehabilitation initiation. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 13(1), 33-36.
- White, A. J., Kellar, I., Prevost, A. T., Kinmonth, A. L., Sutton, S., Canny, M., et al. (2012). Adherence to hypoglycaemic medication among people with type 2 diabetes in primary care. *Primary Care Diabetes*, 6(1), 27-33.
- Whiting, D. R., Guariguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 311-321.
- Wu, S. F., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L. M., & Chang, P. J. (2007). Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11c), 250-257.