

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

Factors Affecting Medication Adherence among Older Adult Patients with Hypertension In Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province

พรทิพย์ ลาภพล

Pornthip Lapphon

*Corresponding Author: Email: pangpong.poo@hotmail.com

(Received: March 8, 2024; Revised: March 26, 2024; Accepted: April 2, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 104 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10$, $SD = 0.45$; $M = 3.39$, $SD = 0.59$; $M = 3.05$, $SD = 0.61$) ตามลำดับ และความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.48$, $SD = 0.45$)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้สูงสุด ($\beta = .613$, $p < .01$) โดย 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 55.30 ($R^2_{adj} = .553$, $p < .01$)

ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเน้นปรับความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาไปในทางที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง



Abstract

This descriptive research aims to study 1) the level of medication adherence, health belief model, social support and health literacy of the older adults patients with hypertension, and 2) factors affecting medication adherence among older adults patients with hypertension in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. The sample group consisted of 104 older adults with hypertension selecting by stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results found that:

1. The mean scores of medication adherence, health belief model, social support were at a moderate level ($M = 3.10, SD = 0.45$; $M = 3.39, SD = 0.59$; $M = 3.05, SD = 0.61$, respectively). The health literacy was at a low level ($M = 2.48, SD = 0.45$).

2. Health belief was the highest factor affecting to medication adherence ($\beta = .613, p < .01$). The 3 Variables can statistically significantly predict medication adherence at 55.30% ($R^2_{adj} = .553, p < .01$).

Therefore, the promoting medication adherence among elderly patients with hypertension should focus on adjusting health beliefs and social support to give the older adult encouragement to change their medication adherence in an appropriate way.

Key Word: Medication Adherence, Older adults, Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นภัยเงียบที่น่ากลัว เนื่องจากเป็นภาวะเสี่ยงและเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจนจึงไม่ได้รับการควบคุม แต่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงมีทั้งปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล โดยประมาณ 30 - 40% เกิดจากความอ้วน พันธุกรรม การพักผ่อน ไม่เพียงพอเนื่องจากมีความเครียดเรื้อรัง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี 2562 ประชากรอายุ 30 - 79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรค โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทยสถานการณ์การเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล ปี 2557 ที่มีความชุกร้อยละ 24.7 (Department of Disease Control, 2023) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในระบบ Health Data Center ปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุ จำนวน 9,527,054 คน ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.06 (Ministry of Public Health, 2023) ปัญหาที่พบในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ออกกำลังกาย และการไม่มาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งความร่วมมือใน

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลในการรับประทานยาให้สอดคล้องตามแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยต้องมีความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป (Jankowska et al., 2016; Poulter et al., 2020; World Health Organization, 2003)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วยปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลที่หลากหลาย โดยความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านที่มีผลต่อสุขภาพส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่ปฏิบัติตามหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยากี่เช่นกัน หากบุคคลเห็นว่าเป็นผลดีก็จะเลือกให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพและการดำเนินโรคของตนเอง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Becker, 1974) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านทรัพยากร เวลา และข้อมูลข่าวสารจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีกำลังใจในการดูแลรักษาสุขภาพและร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อให้ได้มีโอกาสอยู่ร่วมกับครอบครัวต่อไป ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพที่เกิดจากการบูรณาการทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจ ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ (Sorensen et al., 2012; Wise & Nutbeam, 2015) เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย (Tachavijitjaru et al., 2019)

โรงพยาบาลสามร้อยยอดเป็นโรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบให้บริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับแก่ผู้รับบริการในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสามร้อยยอด ระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 1,963, 2,127 และ 2,270 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดสมองระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 194, 193 และ 241 คน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อนำสารสนเทศที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางให้การดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

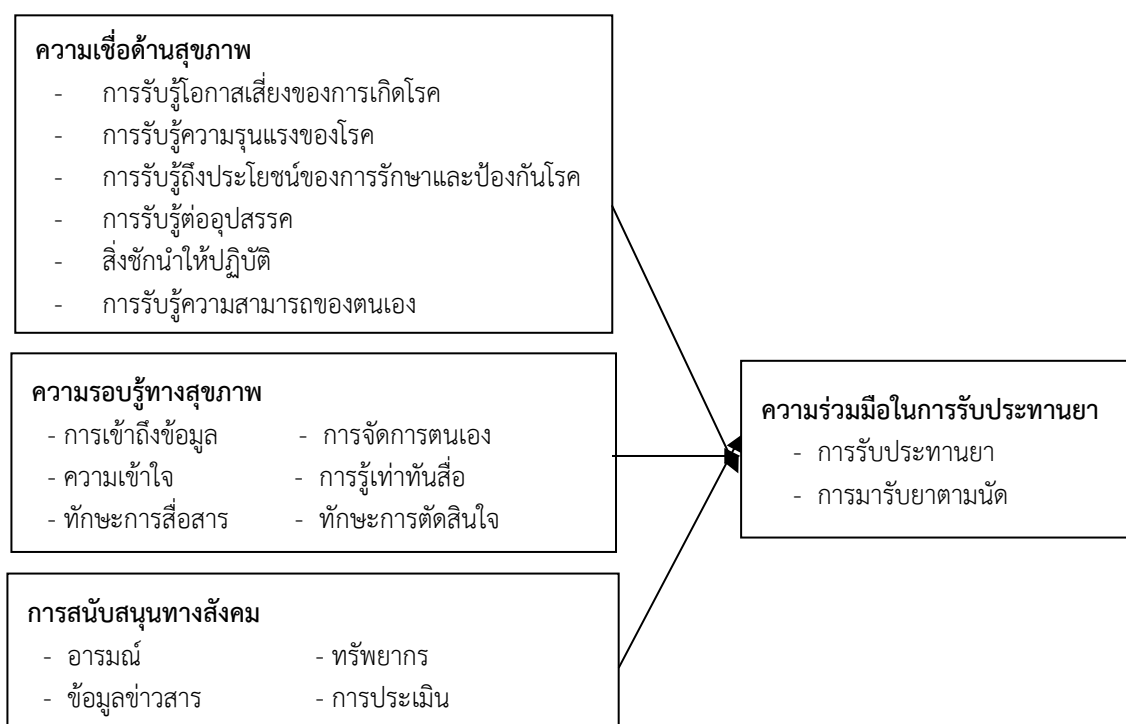


สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ ศึกษาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al.(1988) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ศึกษาตามแนวคิด House (1981) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ (Emotional support) ข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ทรัพยากร (Instrumental support) และการประเมิน (Appraisal support) 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยบูรณาการตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และ Sorensen et al. (2012) แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ และ 4) ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื้อหาครอบคลุมความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การมารับยาตามนัด กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 – ธันวาคม 2566 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 2,270 คน (Ministry of Public Health, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 104 คน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 ค่าอำนาจการทดสอบ (Powers) เท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 87 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 3) ไม่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาด้านการมองเห็น หรือโรคที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล 4) สามารถอ่านภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูลวิจัย และ 2) ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นระหว่างดำเนินการโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 5 ตอน รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะโรคร่วม และการรับประทานยา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 20 ข้อ รูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Sisaaad, 2013)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับไม่ดียิ่ง



ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ หรือทรัพยากรรูปแบบเป็นมาตรฐานค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน - น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Sisaaad, 2013)

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) และ Sorensen et al. (2012) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เป็นมาตรฐานค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน - ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านเช่นเดียวกับตอนที่ 3

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทายยา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทายยา และด้านการไปตรวจรับยาตามนัด รูปแบบเป็นมาตรฐานค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 5 คะแนน - ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านเช่นเดียวกับตอนที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 คน และผู้ทรงคุณวุฒิสาขาวิจัย จำนวน 1 คน แล้ววิเคราะห์ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Item - Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นปรับปรุงเฉพาะข้อคำถามที่ไม่เหมาะสม

2. การทดลองใช้เครื่องมือ เมื่อปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) รายงานประกอบ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุน ทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ และความร่วมมือในการรับประทายยา เท่ากับ 0.88, 0.81, 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 – ธันวาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทายยาที่พัฒนาขึ้น ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน เมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามร้อยยอด และสาธารณสุขอำเภอสามร้อยยอด เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงโครงการวิจัยกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสามร้อยยอดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ รวมทั้งขอความร่วมมือและขอวัน เวลาในการแจกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย รวมถึงกำหนดการส่งกลับคืน

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตามวันเวลาที่กำหนด และติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับแบบสอบถามคืนผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH 028/2566 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2566 วันหมดอายุ 19 ตุลาคม 2567 โดยดำเนินการวิจัยตามหลัก Belmont Report ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว/เดือน ระยะเวลาป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะโรคร่วม และการรับประทานยา ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การวิเคราะห์ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในเขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.70 อายุเฉลี่ย 67.20 ปี ($SD=5.12$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.15 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.26 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.30 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 57.73 รายได้เฉลี่ย 8,735 บาท ($SD=2683.82$) ระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 14.25 ปี ($SD=14.45$)

การศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.10, SD = 0.45$)

การศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M= 3.39, SD= 0.59$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการ



รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ($M = 3.71, SD = 0.43$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค อยู่ในระดับสูง ($M = 3.69, SD = 0.49$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค อยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.49, SD = 0.66$)

การศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.05, SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง ($M = 3.54, SD = 0.43$) รองลงมา ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.31, SD = 0.63$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการประเมินอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.16, SD = 0.47$)

การศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.48, SD = 0.45$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.11, SD = 0.54$) รองลงมา ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.02, SD = 0.33$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับต่ำ ($M = 2.11, SD = 0.73$)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($n=104$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ความร่วมมือในการรับประทานยา	3.10	0.45	ปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.39	0.59	ปานกลาง
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	2.49	0.66	ต่ำ
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.49	0.75	ปานกลาง
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	3.71	0.43	สูง
- การรับรู้ต่ออุปสรรค	3.69	0.49	สูง
- สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	3.46	0.62	ปานกลาง
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.47	0.56	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	3.05	0.61	ปานกลาง
- ทรัพยากร	3.18	0.89	ปานกลาง
- อารมณ์	3.54	0.43	สูง
- ข้อมูลข่าวสาร	3.31	0.63	ปานกลาง
- การประเมิน	2.16	0.47	ต่ำ
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	2.48	0.45	ต่ำ
- การเข้าถึงข้อมูล	2.27	0.35	ต่ำ
- ความเข้าใจ	3.02	0.33	ปานกลาง
- ทักษะการสื่อสาร	3.11	0.54	ปานกลาง
- การจัดการตนเอง	2.22	0.41	ต่ำ
- การรู้เท่าทันสื่อ	2.11	0.73	ต่ำ
- ทักษะการตัดสินใจ	2.14	0.36	ต่ำ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .572$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .471$) และความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .457$)

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างความร่วมมือในการรับประทานยาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ($n=104$)

ปัจจัย	1	2	3	4
ความร่วมมือในการรับประทานยา	1.00			
ความเชื่อด้านสุขภาพ	0.572**	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	0.471**	0.264*	1.00	
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	0.457*	0.236*	0.217	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสูงสุด ($\beta = .613, p < .01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .531, p < .05$) และความรอบรู้ทางสุขภาพ ($\beta = .465, p < .05$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.30 ($R^2_{adj} = .553$)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ($n = 104$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	$Beta$	t	p
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.562	.052	.613	6.71	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.447	.138	.531	3.37	.018
ความรอบรู้ทางสุขภาพ	.339	.192	.465	2.11	.022
Constant = 10.297, $R^2 = .635$, $R^2_{adj} = .553$, $F = 2.85$, $p = .007$					

อภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคทำให้ผู้ป่วยสูงอายุทราบประโยชน์ของการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ จนเกิดความเชื่อและมีแนวโน้มจะปฏิบัติตาม หากได้รับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น (Thongyoo & Dangdomyouth, 2017) ส่วนการสนับสนุน



ทางสังคมสามารถ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดทางด้านกายภาพจากความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย และการรู้จำตามวัย การทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน และการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะการจัดยารับประทาน ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและความจำวิธีการรับประทานยาทำให้ผู้สูงอายุมักขาดยา ผู้สูงอายุบางส่วน จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งด้านอุปกรณ์เตือน การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วิธีการรับประทานยา และการประเมินผลเพื่อให้สามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ (Jamkrajang et al., 2017) ด้านความรู้ทางสุขภาพ อธิบายได้ว่า ความรู้ทางสุขภาพ เป็นทักษะจำเป็นในการดูแลสุขภาพ หากได้รับการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ จะส่งผลต่อความร่วมมือ การใช้จ่ายในผู้สูงอายุ (Pipatsombat et al., 2022) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการรับรู้และเรียนรู้ ทำให้ความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยความรู้ทางสุขภาพตามแนวคิด Nutbeam (2008) และ Sorensen et al. (2012) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ซึ่งบางด้านต้องใช้ความสามารถ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงส่งผลให้ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสูงสุด รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ทางสุขภาพ ตามลำดับ โดย 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.30 ($R^2_{adj} = .553$) อธิบายได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชัก นำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการรับรู้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการคิดและส่งผล ไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม (Bloom, 1956) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ ต่ออุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงทำให้ลังเลและส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ใน ระดับปานกลาง ด้านการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับ ปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดทางด้านกายภาพจากความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย และการรู้จำตามวัย ผู้สูงอายุบางส่วนจึงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง โดยเฉพาะ การรับประทานยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจวิธีการจัดยาและการรับประทานยาให้ตรงตามแพทย์ การรักษา ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาหลายชนิดจากการป่วยด้วยโรคประจำตัว จึงมักพบ อาการหลงลืมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (Khankaew, 2021) จึงจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นเตือนและการช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ด้านความรู้ทางสุขภาพที่เป็นทักษะจำเป็นในการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดด้านการรับรู้และเรียนรู้ทำให้ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้สะดวก แต่ในปัจจุบันการดำเนิน ชีวิตประจำวันและการเข้าถึงระบบสุขภาพมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยอำนวยความสะดวก เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพตามแนวคิด Nutbeam (2008) และ Sorensen et al. (2012) พบว่าบางส่วนต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นสื่อจึงส่งผลให้ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ และความรู้ทางสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ในระดับต่ำเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในเขต อ.สามร้อยยอด จ.ประจวบคีรีขันธ์ ควรนำผลการวิจัยไปพิจารณาและใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น กิจกรรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงแก่ครอบครัวและผู้ดูแล และการส่งเสริมทักษะความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวเพื่อให้สามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาและมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยเพิ่มเติมด้วยการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยโปรแกรมควรเน้นสร้างความเชื่อทางสุขภาพ การส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ และติดตามประเมินผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว

References

- Becker, M.H. 1974. *The health belief model and personal health behavior*. Michigan: Charles B. Slack.
- Bloom B S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals –Handbook I: cognitive domain*. New York: McKay.
- Department of Disease Control. (2023). *The report of the situation of NCD (DM HT and risk factors in 2022)*.
<http://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support (addison-wesley series on occupational stress)*. Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Jankowska-Polawska, B., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2016). Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient preference and adherence*, 2437-2447.
- Jamkrajang, T., Boonchun, N., & Mala, J. (2017). The effectiveness of the self-efficacy and social support enhancement program on medication adherence and blood pressure among hypertensive elderly in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(special issues), 270-279.
- Khankaew, W., Thanaboonpuang, P., Intana, J. (2021). Selected factors affecting medication adherence among older patient with type 2 diabetes in Mueang District, Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 1(1), 1-12. (in Thai)



- Ministry of Public Health .(2023). Hypertension patient report, fiscal year 2021-2023.
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- Pipatsombat, P., Kwanyuen, R., Jariyaratnakul, J. (2022). Effects of health literacy promotion program on medication adherence in Thai Ageing. *Kuakarun Journal of Nursing*, 29(1), 89-102. (in Thai)
- Poulter, N. R., Borghi, C., Parati, G., Pathak, A., Toli, D., Williams, B., & Schmieder, R. E. (2020). Medication adherence in hypertension. *Journal of hypertension*, 38(4), 579-587.
- 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.
- Sam Roi Yod Hospital .(2023). *Diabetes patient report, fiscal year 2021-2023*. Sam Roi Yod Hospital. (in Thai)
- Sisaaad, B. (2013). *Introduction to research* (9th ed.). Bangkok : Suwiriyan Publisher. (in Thai)
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J, Slonska Z, & et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80),1-13.
- Tachavijitjaru, C., Srisupornkornkul, A., & Changteij, S. (2018). Selected factors related with the health literacy of village health volunteer. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(special issue), 320-332. (in Thai).
- Thongyoo, C., & Dangdomyouth, P. (2017). The effect of health belief enhancement program on medication compliance behavior of schizophrenic patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(1), 75-87.
- Wise, M., & Nutbeam, D. (2015). Improving the health of communities by increasing critical health literacy. *Health Voices*, (17), 23-24.
- World Health Organization .(2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *The world health organization report*. WHO: Geneva, Switzerland.