ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

Predictors of Medication Adherence among Older Adults at an Elderly University in Pathum Thani Province

จินตนา เด่นสันติกุล[1]
Jintana Densuntikul,
สุพรรณี ใจดี[2*]
Suphanni Jaidee
ศิริวรรณ ตุรงค์เรือง[3]
Siriwan Turongruang
*Corresponding author e-mail: Siriwan.tu@northbkk.ac.th
(Received: August 1, 2025; Revised: November 25, 2025; Accepted: December 12, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ สูงอายุที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุลำลูกกา เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี (M= 43.50, SD = 2.70)

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (β= 0.426; β= 0.217; β= 0.216, p<.001) และการสนับสนุนทางสังคม (β= 0.119, p< .05) โดยทั้ง 4 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาได้ร้อยละ 64.0 (Adjusted R^2= .630, p< .001)

ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาโดยเน้นการสร้างความรู้ การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ การเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มหาวิทยาลัยผู้สูงอายุ

[1, 2*,3] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
Faculty of Nursing, North Bangkok University

Abstract

This predictive correlational study aimed to: 1) examine medication adherence levels among older adults with non-communicable diseases (NCDs) and 2) identify predictors of medication adherence, including knowledge of disease and medication use, health beliefs, self-efficacy, and social support. The sample consisted of older adults enrolled in an elderly university in Lam Luk Ka District, Pathum Thani Province, selected through simple random sampling. Research instruments included questionnaires on personal characteristics, knowledge of disease and medication use, health beliefs, self-efficacy, social support, and medication adherence. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that:

1. participants demonstrated a good level of medication adherence (*M*= 43.50, *SD*= 2.70).

2. Knowledge of diseases and medication, health beliefs, and self-efficacy were significant predictors of medication adherence behaviors among older adults patients with non-communicable diseases (β= 0.426, β= 0.217, and β= 0.216, respectively; p < .001), followed by social support (β= 0.119, p < .05). Collectively, these four factors accounted for 64.0% of the variance in medication adherence behaviors (Adjusted R^2 = .630, p < .001).

These findings suggest that developing interventions to enhance medication adherence should focus on improving patient knowledge, promoting health beliefs, boosting self-efficacy, and strengthening social support systems.

Keywords: Predictive factors, Medication adherence behaviors, Older adults, Non-communicable diseases, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อการตายและความเจ็บป่วยอย่างมาก จากรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการตายของผู้คนมากกว่า 43 ล้านคนต่อปีในปี 2021 คิดเป็นร้อยละ 75 ของการตายทั้งหมดที่ไม่เกี่ยวกับโรคแพร่ระบาดทั่วโลก โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายสูงสุด คิดเป็น 19 ล้านคนต่อปี รองลงมาคือ มะเร็ง 10 ล้านคน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 4 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน ซึ่งการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มี อายุต่ำกว่า 70 ปี จำนวน 18 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 82 ของการตายก่อนวัยอันควรเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับประเทศไทยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยประมาณ 400,000 คนต่อปี

ร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่าประมาณ ร้อยละ 75 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ขณะที่ประชากรวัยผู้ใหญ่ช่วงอายุ 30–69 ปี ประมาณ ร้อยละ 25 เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นในทุกช่วงวัย (Ministry of Public Health, 2024)ด้านโครงสร้างประชากร ประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2568 และภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ ร้อยละ 25.2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในระดับดังกล่าวมีแนวโน้มส่งผลให้ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต (National Economic and Social Development Council, 2023)

จากการทบทวนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประสบปัญหาการใช้ยาในระดับสูง โดย ร้อยละ 61 ของผู้สูงอายุมีปัญหาการไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา (Vatcharavongvan & Uttaranchal, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยประมาณ ร้อยละ 56–75 มีภาวะการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้สูงถึง ร้อยละ 63.3 (Phanicphant et al., 2022) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันให้อยู่ในเป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (American Diabetes Association, 2023) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ จะส่งผลให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่ร้ายแรง เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และความพิการ (Osterberg & Blaschke, 2005) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Cutler et al., 2018; Kleinsinger, 2018) การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติตามการใช้ยาเพียงร้อยละ 50-70 เท่านั้น (Brown & Bussell, 2011; Naderi et al., 2012) การศึกษาล่าสุดในปี 2024 พบว่า ประมาณหนึ่งในห้าของใบสั่งยาใหม่ไม่เคยถูกซื้อ และในจำนวนที่ซื้อแล้ว ประมาณร้อยละ 50 ถูกใช้ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในด้านเวลา ขนาดยา ความถี่ และระยะเวลาการใช้ โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มการไม่ปฏิบัติตามการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน ความซับซ้อนของการใช้ยา ปัญหาการจำ และผลข้างเคียงจากยา (Gast & Mathes, 2019; Shin et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุประกอบด้วยหลายมิติ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock และคณะ (Champion & Skinner, 2008) ยังคงเป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งระบุว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคในการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การทบทวนวรรณกรรมในช่วงหลังแม้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในบางบริบท แต่ยังคงมีคุณค่าอย่างมากในการนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการออกแบบโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Alani Abdallah et al., 2024) นอกจากนี้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ยังเน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของ ความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม งานวิจัยร่วมสมัยยังชี้ให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ขณะเดียวกัน ความเชื่อด้านสุขภาพ ก็เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Zhou et al., 2024) นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองยังมีบทบาทสำคัญต่อการจัดการยาในผู้สูงอายุ โดยทำหน้าที่เป็นกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยเสริมแรงและส่งเสริมการปฏิบัติตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (Khojah et al., 2024)

ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยสนับสนุนความสำคัญของปัจจัยดังกล่าวอย่างสอดคล้องกัน โดยการศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และความซับซ้อนของการใช้ยา สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาได้ร้อยละ 39.9 (Thuy et al., 2020) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชไทยรายงานว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลที่ผสมผสานเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิผลในการปรับปรุงและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามการใช้ยา อย่างไรก็ตาม แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนบทบาทของความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการใช้ยา แต่การศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งในด้านระดับการศึกษา สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การศึกษาในกลุ่มประชากรนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายของ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานที่ทันสมัย เป็นแนวทางในการพัฒนาการวางแผนการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

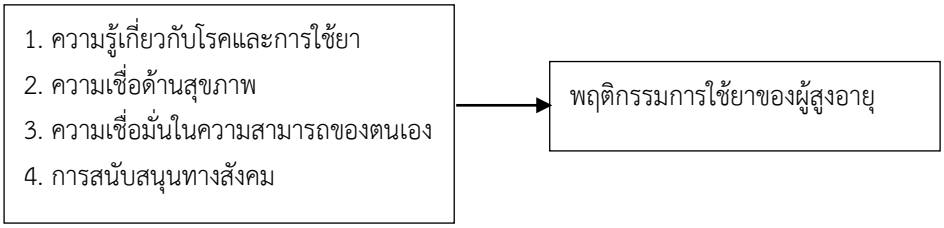
1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากปัจจัย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock et al. (1988) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) เพื่ออธิบายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม งานวิจัยนี้กำหนดปัจจัยทำนาย 4 ประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศที่รายงานความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยเหล่านี้ถูกบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดเพื่อแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งนี้ การเข้าใจปัจจัยดังกล่าวจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายนถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุลำลูกกา อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ที่มีอายุ 60-74 ปี รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา 2568 จำนวน 220 คน และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุลำลูกกา ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยกำหนดพารามิเตอร์ดังนี้ ระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (1-β) = 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size f^2) = 0.15 (ขนาดปานกลางตาม Cohen, 1988) จำนวนตัวแปรพยากรณ์ = 4 ตัวแปร จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 85 คน เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติและชดเชยอัตราการไม่ตอบสนอง (Non-response rate) คิดเป็นร้อยละ 25 และข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 150 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) อายุ 60-74 ปี ณ วันที่เก็บข้อมูล 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือโรคไขมันในเลือดสูง 3) ได้รับการรักษาด้วยยาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 4) สามารถจัดการและรับประทานยาด้วยตนเองได้ 5) มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 6) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ หรือสามารถให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ได้ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) มีภาวะสมองเสื่อมหรือปัญหาทางจิตเวชรุนแรงที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล 2) มีความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ 3) อยู่ในระหว่างการรักษาโรคเฉียบพลันหรือมีภาวะสุขภาพไม่เสถียร 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนหรือถอนตัวจากการวิจัยก่อนเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประเภทโรค ระยะเวลาการรักษา และจำนวนยาที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 10 ข้อ แบบเลือกตอบ (ถูก/ผิด) ให้คะแนน 1-0 คะแนนรวม 0-10 คะแนน การแปลผล: คะแนน 0-3 = ระดับต่ำ, 4-6 = ระดับปานกลาง, 7-10 = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (5 ข้อ) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา (5 ข้อ) การรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา (5 ข้อ) มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 15-75 คะแนน การแปลผล: คะแนน 15-34 = ระดับต่ำ, 35-54 = ระดับปานกลาง, 55-75 = ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ดัดแปลงจาก Medication Adherence Self-efficacy Scale (Fernandez et al., 2008) จำนวน 8 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 8-40 คะแนน การแปลผล: คะแนน 8-18 = ระดับต่ำ, 19-29 = ระดับปานกลาง, 30-40 = ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 12 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 12-60 คะแนน การแปลผล: คะแนน 12-27 = ระดับต่ำ, 28-43 = ระดับปานกลาง, 44-60 = ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินการลืมกินยา การปรับขนาดยา การหยุดกินยา ในระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 10 ข้อ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 10-50 คะแนน การแปลผล: คะแนน 10-23 = พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม, 24-36 = พฤติกรรมการใช้ยาปานกลาง, 37-50 = พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมคลินิก 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .82, .85, .89, .87, และ .91 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาก (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78, .85, .89, .87, และ .91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) การขออนุญาตและการเตรียมการ ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันที่เกี่ยวข้อง หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว จึงขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุลำลูกกา 2) การคัดเลือกและเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่มหาวิทยาลัยผู้สูงอายุลำลูกกา จัดทำบัญชีรายชื่อนักศึกษาผู้สูงอายุทั้งหมด ดำเนินการคัดกรองเบื้องต้นตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ตามวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 3) การติดต่อและขอความยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การเก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient)
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยา วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) วิธี Forward Selection กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α = 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ (เลขที่ NS3/2568 วันที่อนุมัติ 1 เมษายน 2568) การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.33 มีอายุเฉลี่ย 68.9 ปี (*SD* = 3.2) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.00 โรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.33 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 44.67 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.00 ส่วนใหญ่เป็นหลายโรคพร้อมกัน ร้อยละ 65.33 จำนวนยาที่ใช้ 3-5 ชนิด ร้อยละ 52.00 ระยะเวลาการใช้ยา 3-5 ปี ร้อยละ 38.67

ระดับของตัวแปรวิจัย

วิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี (*M*= 43.50, *SD* = 2.70) มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับสูง (*M*= 8.75, *SD*= 0.48) ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง (*M*= 65.25, *SD*= 5.40) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในระดับสูง (*M*= 34.60, *SD*= 4.20) และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (*M*= 53.10, *SD*= 4.56) เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.33 มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี ร้อยละ 78.67 มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับสูง และร้อยละ 80.67 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรวิจัย (*n*= 150)

ตัวแปร	*M*	*SD*	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	8.75	0.48	ระดับสูง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	65.25	5.40	ระดับสูง
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	34.60	4.20	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	53.10	4.56	ระดับสูง
พฤติกรรมการใช้ยา	43.50	2.70	ระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิจัย

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยามีความสัมพันธ์สูงสุด (*r*= .64, *p*< .01) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (*r*= .56, .53, .34, *p*< .01) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรวิจัย (*n* = 150)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	1	.68**	.32**	.41**	.64**
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ		1	.65**	.38**	.53**
3. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง			1	.28**	.34**
4. การสนับสนุนทางสังคม				1	.56**
5. พฤติกรรมการใช้ยา					1

**p< .01

ปัจจัยทำนายของตัวแปรวิจัย

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 64.0 (Adjusted R^2= .630, p< .001) โดยตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา (β= 0.426, p< .001) รองลงมาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (β= 0.217, p< .001) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (β= 0.216, p< .001) และการสนับสนุนทางสังคม (β= 0.119, p< .001) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (n = 150)

ปัจจัยทำนาย	b	SE_b	β	t	p-value
Constant	75.73	17.879	-	4.24	.000
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	4.71	0.821	0.426	5.74	.000
ความเชื่อด้านสุขภาพ	2.13	0.543	0.217	3.92	.000
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	1.38	0.385	0.216	3.58	.000
การสนับสนุนทางสังคม	1.34	0.325	0.119	4.12	.000
R = .800, R^2 = .640, Adjusted R^2 = .630, F (4,145) = 64.36, p < .001					

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ $y = 75.73 + 4.71x_1 + 2.13x_2 + 1.38x_3 + 1.34x_4$
สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน $Zy = 0.426zx_1 + 0.217zx_2 + 0.216zx_3 + 0.119zx_4$
โดยที่ y = พฤติกรรมการใช้ยา, x_1 = ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา, x_2 = ความเชื่อด้านสุขภาพ, x_3 = ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง, x_4 = การสนับสนุนทางสังคม

การอภิปรายผล

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี (M= 43.50, SD= 2.70) โดยร้อยละ 87.33 มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Champion & Skinner, 2008) อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคในการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุมีการเข้าถึงความรู้สุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จึงมีการรับรู้และความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับความสำคัญของการใช้ยาอย่างถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น พบว่า ผลการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาของ Ploylearmsang et al. (2021) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานพยาบาลปฐมภูมิมีการปฏิบัติตามการใช้ยาประมาณร้อยละ 65.9 การที่ผู้สูงอายุ

ในงานวิจัยนี้มีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่างานอื่น สามารถอธิบายด้วยบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ได้แก่ มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีความรู้สุขภาพที่ดีกว่า มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และมีเครือข่ายทางสังคมที่แข็งแกร่ง ดังนั้น กลุ่มนี้จึงมีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่สูงกว่า

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่สุด ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาที่สำคัญที่สุด (β= 0.426, p< .001) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงสุดกับพฤติกรรมการใช้ยา (r= .64) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Champion & Skinner, 2008) อธิบายว่า ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาที่ถูกต้อง จะสามารถตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown & Bussell (2011) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับยานั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schoenthaler et al. (2009) พบว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หรือความเชื่อเกี่ยวกับโรคและยาเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ปฏิบัติตามการใช้ยา การที่ความรู้มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยา แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายอันดับที่สอง (β= 0.217, p< .001) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา (r= .53) ผลการศึกษานี้สอดคล้องโดยตรงกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Champion & Skinner, 2008) อธิบายว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการใช้ยาและอุปสรรคในการใช้ยา มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่าโรคมีความรุนแรงและการใช้ยามีประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จะมีแรงจูงใจในการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น พบว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Jones et al. (2015) เกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kini & Ho (2018) ที่ทบทวนวรรณกรรมและพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการปฏิบัติตามการใช้ยา โดยผู้ป่วยจะชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของการใช้ยากับอุปสรรคที่รับรู้ รวมถึงผลข้างเคียงและความกังวลเกี่ยวกับยา และการศึกษาของ Thuy et al. (2020) ในผู้สูงอายุไทยที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาได้ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสร้างความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้ยาและการลดความกังวลเกี่ยวกับยาเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุไทยที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยทำนายอันดับที่สาม (β= 0.216, p< .001) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของ Bandura (1997) ที่เน้นความสำคัญของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการพฤติกรรม

ที่ต้องการ จะมีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติและมีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะใช้ยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาได้สำเร็จ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Ruppar et al. (2016) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีผลต่อการปฏิบัติตามในการใช้ยาในระดับปานกลางถึงสูง (effect size d = 0.45-0.62) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernandez et al. (2008) ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองด้านการใช้ยาและพบว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2019) ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองผ่านโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มอัตราการปฏิบัติตามการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาตามเวลา ปริมาณ ความถี่ และข้อควรระวังอย่างเคร่งครัด

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายอันดับที่สี่ (β= 0.119, p< .001) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา (r= .56) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1997) เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ DiMatteo (2004) ที่วิเคราะห์ 122 การศึกษาและพบว่า คุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการใช้ยามากกว่าการมีผู้คนอยู่รอบข้างเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาของ Gallant (2003) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลเชิงบวกต่อการจัดการโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการปฏิบัติตามการใช้ยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Scheurer et al. (2012) ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีอัตราการปฏิบัติตามการใช้ยาสูงกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. มุ่งเน้นความสำคัญกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุในการจัดการยา

2. บูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุลงในหลักสูตร และจัดโครงการบริการวิชาการแก่ชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการแทรกแซงที่เน้นการเสริมสร้างปัจจัยทำนายทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ในชุมชนทั่วไป และศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา

References

Alani Abdallah, S., Ahmad, M., & Al-Daken, L. I. (2024). Evaluating the health belief model in predicting medication adherence among patients with chronic diseases: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, *29*(4), 512–525. https://doi.org/10.1177/13591053231180000

American Diabetes Association. (2023). Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of medical care in diabetes—2023. *Diabetes Care*, *46*(Suppl. 1), S140–S157. https://doi.org/10.2337/dc23-S009

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.

Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, *86*(4), 304–314. https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575

Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65). Jossey-Bass.

Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, *8*(1), e016982. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982

Department of Disease Control. (2024). *Annual epidemiological surveillance report 2024*. Ministry of Public Health. (in Thai)

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, *23*(2), 207–218. https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207

Fernandez, S., Chaplin, W., Schoenthaler, A. M., & Ogedegbe, G. (2008). Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(6), 453–462. https://doi.org/10.1007/s10865-008-9170-7

Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, *30*(2), 170–195. https://doi.org/10.1177/1090198102250303

Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors-An (updated) overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, *8*(1), 112. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8

Kini, V., & Ho, P. M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review. *JAMA*, *320*(23), 2461–2473. https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271

Komkhuntod, C. (2011). *Factors predicting medication adherence behaviors among older adults with hypertension* [Master's thesis, Mahidol University]. (in Thai)

National Economic and Social Development Council. (2023). *Population projections for Thailand 2010–2040 (Revised edition)*. (in Thai)

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, *353*(5), 487–497. https://doi.org/10.1056/NEJMra050100

Ploylearmsang, C., Kongkaew, C., & Chaiyakunapruk, N. (2021). Medication adherence and quality of life among elderly patients with chronic diseases: A cross-sectional study in community settings. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *43*(2), 456–465. https://doi.org/10.1007/s11096-020-01165-y

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. https://doi.org/10.1177/109019818801500203

Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J. N., & Ogedegbe, G. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patient Education and Counseling*, *75*(2), 185–191. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.018

Thuy, L. T., Monkong, S., Pookboonmee, R., Leelacharas, S., & Viwatwongkasem, C. (2020). Factors explaining medication adherence of older adults with hypertension: A cross-sectional study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *24*(3), 306–320.

Vatcharavongvan, P., & Uttaranchal, S. (2017). Adherence to antihypertensive medications among patients in a primary care setting in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, *8*(4), 314–319. https://doi.org/10.1177/2150131917724240

World Health Organization. (2024). *Noncommunicable diseases fact sheet*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases