

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อ
ความร่วมมือในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่มี
ภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
The effect of illness perception modification program on
medication adherence and blood pressure level among
hypertensive patients without complications

กุลธิดา ศรีปักษา* และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ**

Kulthida Sripaksa* and Noraluk Ua-kit**

*คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อายุ 30-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 44 คน เลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ฉบับย่อ และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยหาค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00, 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.77, 0.77 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยของผลต่างความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดัน

โลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา, ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา, การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย, ภาวะความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of illness perception modification program on medication adherence and blood pressure level among hypertensive patients without complications. Patients aged 30-59 years were purposively enrolled from the outpatient department of cardiology clinic at Ramathibodi hospital. The participants were assigned to the experimental and control groups (22 for each group). The control group received a usual care while the experimental group received the illness perception modification program. The program was conducted for 8 weeks. Data were collected using demographic information sheet, medication adherence rating scale, the brief illness perception scale, and the beliefs about medicine questionnaires. The content validity index of these questionnaires were 1.00, 1.00 and 0.94 respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were 0.77, 0.77, and 0.83, respectively. Descriptive statistics and t-test were used to analyze data. The results revealed that: 1) The mean score of medication adherence of hypertensive patients without complication after receiving the illness perception modification program was significantly higher than that before receiving the program at the significant level of .05. 2) After receiving the illness perception modification program, the mean of difference scores of medication adherence in experimental group was significantly higher than that in the control group at the significant level of .05. 3) The mean score of systolic and diastolic blood pressure in hypertensive patients without complication after receiving the illness perception modification program, were significantly lower than those before receiving the program at the significant level of .05. 4) After receiving the illness perception modification program, the mean of different scores of systolic and diastolic blood pressure in experimental group were significantly higher than those in the control group at the significant level of .05.

Keywords: Medication Adherence, Medication Beliefs, Illness Perception, Hypertension.

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มีการดำเนินโรคไปอย่างช้าๆ ไม่แสดงอาการที่ชัดเจน จนกว่าจะมีการทำลายหลอดเลือดจึงพบอาการที่สอดคล้องกับตำแหน่งของอวัยวะที่มีปัญหา การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4 เท่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 2 เท่า และ 1 ใน 5 มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย (Centers for Disease Control and Prevention, 2016; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 30-70 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา สาเหตุหนึ่งมาจากการไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาคิดเป็นร้อยละ 45-47.5 (American Heart Association/ American Stroke Association, 2014)

ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นหัวใจสำคัญของการรักษา การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และดูแลตนเอง เป็นผลมาจากการรับรู้อาการ การควบคุมภาวะเจ็บป่วย (Chen, Tsai, & Chou, 2011) และการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา (ยศพล เหลืองโสมนภา, สาดร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา, และยุพารธร เสือเผ่า, 2556) การรับรู้ว่ายารช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคตทำให้เกิดความเชื่อในความจำเป็นของการรับประทานยา (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุตา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2559) แต่ความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และความเชื่อว่ายาไม่ได้มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าตัวโรคซึ่งไม่มีอาการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดรับประทานยา (Lewis, Askie, Randleman, & Shelton-Dunston, 2010)

จากการปฏิบัติงาน พบว่าการให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตนตามแผนการ

รับประทานยาที่เภสัชกรแนะนำ และการพบแพทย์ตามนัดผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เนื่องจากผู้มารับบริการจำนวนมาก จึงพบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา หรือเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ในประเทศไทย ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการต่อปัจจัยของการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และควบคุมระดับความดันโลหิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
3. ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Horne (2003) เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอโดยผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยา ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธีและถูกเวลา โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ที่ระบุว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Representation of illness) เป็นการรับรู้ภาวะคุณภาพทางกาย 5 ด้าน คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ ควบคุมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (Representation of treatments) หรือความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Medication beliefs) ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ซึ่งแบ่งเป็นด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและด้านความวิตกกังวล

เกี่ยวกับการรับประทานยา และแบบทั่วไปซึ่งแบ่งเป็นด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ชนิดปฐมภูมิระดับ 1 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และมารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 44 คน เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ที่มีอายุ 30-59 ปี ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Amlodipine, Enalapril, Losartan, Thiazide และมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้ดี มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ติดต่อสื่อสารได้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คนโดยเลือกกลุ่มควบคุมจากผู้มารับบริการในแต่ละวันให้ครบจำนวน และเลือกกลุ่มทดลองโดยการจับคู่กับกลุ่มควบคุม ในลักษณะของเพศอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีการศึกษาระดับเดียวกัน

เครื่องมือวิจัย มี 3 ชิ้น ได้แก่

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูง และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแผนการสอน คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ เป็นสื่อประกอบการสอน มีบทสนทนาและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ตามระยะเวลาที่กำหนด

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และได้นำโปรแกรมฯ ที่ปรับปรุงใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 คน พบว่าภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดีใช้เวลาทำกิจกรรม 30 นาที

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา และการรักษาในปัจจุบัน และระดับความดันโลหิต ซึ่งผู้วิจัยวัดโดยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล รุ่น TM-2655P ซึ่งมีการสอบเทียบเครื่องมือจากหน่วยรักษาเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบดี โดยเจ้าพนักงานบริษัท Ramathibodi Facilities Service: RFS จำกัด ให้เป็นผู้ตรวจสอบทุก 6 เดือนและมีการบำรุงรักษาเครื่องทุก 2 เดือน

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุพพฒนาโดย Horne และ Weinman (2002) แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยๆ บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดคะแนน 1-5 ตามลำดับ การแปลผล ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทุพพฒนาต่ำ มีคะแนน 5-21 คะแนน และผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทุพพฒนาสูง มีคะแนน 22-25 คะแนน

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.77

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือใช้กับการทดลอง 2 ชิ้น ได้แก่

1. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ ที่พัฒนาโดย Broadbent, Petrie, Main และ Weinman (2006) ฉบับภาษาไทยของปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-8 แบบมาตราส่วนเชิง

เส้นตรง 0-10 คะแนน กล่าวถึงการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยแต่ละด้าน ข้อคำถามที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้บอกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3 ข้อ ตามลำดับความสำคัญ

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุพพฒนาที่พัฒนาโดย Horne, Weinman และ Hankins (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, ปาติรัญญ์ สุวริสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวชะอำ และวารุณี สุวรรวัฒนกุล (2557) จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุพพฒนาแบบเฉพาะ ในด้านการรับรู้ความจำเป็น และด้านความกังวลจากการรับประทุพพฒนา ด้านละ 5 ข้อ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทุพพฒนาแบบทั่วไป ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทุพพฒนา ด้านละ 4 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ

เครื่องมือ ทั้ง 2 นี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.78 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสือเลขที่ 2560/110 ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การให้สิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม-29 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยน

การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ ใน 4 ขั้นตอน จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผู้ป่วย (Pre-test) ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยวัดระดับความดันโลหิต และแจกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประชนาญา การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญา ให้ผู้ป่วยตอบ ในห้องตรวจผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที และเก็บแบบสอบถามคืนเมื่อตอบเสร็จ

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลรายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 1 โดยสร้างสัมพันธภาพ วิเคราะห์และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ใช้เวลา 10-15 นาที หลังจากนั้นให้ข้อมูลการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเกี่ยวกับอาการ สาเหตุการเกิด ระยะเวลา ผลกระทบ การรักษาหรือการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง และความจำเป็นการรับประชนาญา ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญา เป็นกิจกรรมครั้งที่ 2, 3 และ 4 โดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างทางในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญา พุดคุยให้กำลังใจ ใช้เวลา 10-15 นาที ต่อคน ในสัปดาห์ที่ 6 ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยซึ่งภายหลังการทดลอง ต้องได้คะแนนแต่ละข้อมากกว่า 5 และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญา ภายหลังการทดลอง ต้องได้คะแนนรายข้อ 1-3 คะแนน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นกิจกรรมครั้งที่ 5 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามกำกับการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประชนาญา สรุปผลลัพธ์จากการปฏิบัติ ใช้เวลา 10-15 นาที วัดระดับความดันโลหิต และแจกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประชนาญาให้ตอบ

ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แจกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประชนาญา การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญาให้ตอบ และวัดระดับความดันโลหิต (Pre-test) ใช้เวลา 10-15 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประชนาญา การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนาญา และวัดระดับความดันโลหิต ใช้เวลา 10-15 นาที (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที่ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.5 เป็นเพศชาย กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.2 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 50.9 ปี ร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 40.9 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 22.7 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 43.2 รายได้พอใช้เหลือเก็บ ร้อยละ 65.9 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง 5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือ 6 ปี ร้อยละ 21.3 และได้รับการรักษาด้วยยา Amlodipine และ Losartan ร้อยละ 38.9 รักษาด้วยยา Enalapril ร้อยละ 18.6 และรักษาด้วย Thiazide ร้อยละ 3.6

2. ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประชนาญาในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 46.37, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความร่วมมือในการรับประชนาญา ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = 1.59, p > .05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test (n1= n2 = 22)

ความร่วมมือในการรับประทานยา		M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	17.7	1.4	21	46.37	.000
	หลังการทดลอง	23.5	1.1			
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	16.8	1.2	21	1.59	.126
	หลังการทดลอง	17.3	1.7			

3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = 5.24$, $p < .001$) และไดแอสโตลิก ($t = 8.95$, $p < .001$) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = 0.52$, $p > .05$) และไดแอสโตลิก ($t = 0.27$, $p > .05$) ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test (n1= n2 = 22)

ระดับความดันโลหิต		M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	Systolic BP					
	ก่อนการทดลอง	135.36	6.09	21	5.24	.000
	หลังการทดลอง	128.55	3.90			
	Diastolic BP					
กลุ่มควบคุม	Systolic BP					
	ก่อนการทดลอง	138.8	8.4	21	.52	.609
	หลังการทดลอง	139.6	7.4			
	Diastolic BP					
	ก่อนการทดลอง	81.6	6.4	21	.27	.088
	หลังการทดลอง	79.9	3.7			

4. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย (กลุ่มทดลอง) มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ($t = 13.4$, $p < .001$) และลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = -4.28$, $p < .001$) และไดแอสโตลิก ($t = -5.57$, $p < .001$) ได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา และลดระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 4 ข้อ และสนับสนุนแนวคิด Home (2003) ที่ว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยร่วมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาหรือความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับการเพิ่มความเชื่อในความจำเป็นของการรับประทานยา จึงส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

และนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Alhalaiga, Deane, Nawafleh, Clark และ Gray (2012) พบว่าการเพิ่มความเชื่อทางบวกในการรับประทานยา เช่น การตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยา และลดความเชื่อทางลบของการรับประทานยา เช่น ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา การปรับมุมมองว่ายาอันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. ควรวิจัยในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่นๆ และศึกษาติดตามประเมินผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา และ ยุพารร เสือเฒ่า. (2556). อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับสูง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(2), 146-157.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, ปาสีร์บุญญ์ สุทธิสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวชะอำ และ วารุณี สุวรรณกุล. (2557). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(4), 297-310.

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555
ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อีวน์น่าพริ้นติ้ง.
- Alhalaqa, F., Deane, K. H. O., Nawafleh, A. H., Clark, A., & Gray, R. (2012). Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: A randomized controlled trial. *Journal of Human Hypertension*, 26(2), 117-126.
- American Heart Association/ American Stroke Association. (2014). *High blood pressure statistical fact sheet 2014 update*. Retrieved March 18, 2016, from https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_462020.pdf
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Effects of high blood pressure*. Retrieved May 28, 2017, from <https://www.cdc.gov/bloodpressure/effects.htm>
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 235-245.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.138-153). New York, NY: Routledge.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-32.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
- Lewis, L. M., Askie, P., Randleman, S., & Shelton-Dunston, B. (2010). Medication adherence beliefs of community-dwelling hypertensive African Americans. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 199-206.