

การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

Health Perception and Medication Adherence of Older Adults with Uncontrolled Hypertension

อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์^{1*}, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์², สมสมัย ทัพนันท์³, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง³, จารุวรรณ สุรัสโม³
Orarat Wangpradit^{1*}, Chalalai Chokdeesrijun², Somsamai Tupnunt³, Sirikwan Pojeang³, Charuwan Surusmo³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{1*},

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา³

Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok institute,

Ministry of Public Health^{1*}, Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine, Prachinburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health²,

Don Ko Ka Sub-district Health Promoting Hospital, Bang Nam Priao, Chachoengsao³

(Received: January 31, 2024; Revised: March 18, 2024; Accepted: June 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลตอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 85 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไค-สแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.68, S.D. = 0.36) เพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง (p -value < 0.05) อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) และระยะเวลาที่ป่วยมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) และการขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด (p -value < 0.05) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และสถานบริการควรจัดระบบบริการที่มีเภสัชกรร่วมให้คำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องยาในสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ อรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ e-mail: orarat@scphc.ac.th

Abstract

The objectives of this mixe-method research were to explore health perception, medication adherence, and factors associated with medication adherence among uncontrolled hypertensive older adults in Don Ko Ka Subdistrict, Bang Nam Priao District, Chachoengsao Province. Quantitative data was collected from 85 older adults aged 60 years and over with uncontrolled hypertension, selected by purposive sampling. Qualitative data was collected through in-depth interviews with 20 older adults having medication non-adherence issues. Research instruments included a general information questionnaire, a health perception questionnaire, a medication adherence for hypertension questionnaire, and a semi-structured interview on health perception. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and the chi-square test, while qualitative data was analyzed using content analysis.

The results revealed that the top three medication non-adherence problems were missing doctor appointments, forgetting to take medicines, and not taking medicines on time. Older adults had an overall high level of health perception (Mean = 3.68, S.D. = 0.36). Gender was associated with self-adjusting medication doses (p -value < 0.05). Age was associated with missing doctor appointments (p -value < 0.05). The duration of illness was associated with missing doctor appointments (p -value < 0.05) and medication non-adherence due to missed appointments (p -value < 0.05). Therefore, healthcare personnel should consider personal factors associated with medication adherence. Also, healthcare facilities should provide a pharmacist counseling system and regular medication education at the hospital.

Keywords: Medication Adherence, Health Perception, Hypertension, Older Adults

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด (Musini, Tejani, Bassett, Puil,& Wright, 2019) ร่วมกับการขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม สมองเสื่อม หลอดเลือดสมองตีบตันหรือเลือดออกในสมอง หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองหรืออาจเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดจนทำให้เสียชีวิตได้ (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และมัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2564; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2561)

การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็น ทั้งในแง่ของการช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีมาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่ควรให้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หากยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medical Adherence) หรือ พฤติกรรมการรับประทานยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (World Health Organization, 2003) จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังสูงที่สุด โดยมีสาเหตุจากการได้รับยาหลายขนานและการมีโรคร่วมตั้งแต่สามโรคขึ้นไป (Paisansirikul, Ketprayoon, Ittiwattanukul, & Petchlorlian, 2021) นอกจากนี้การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 36.90 และปานกลางร้อยละ 23.80 โดยมีสาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา ร้อยละ 55.40 กลัวไตวายหรืออันตรายจากยาร้อยละ 43.10 และลืมนำยาติดตัวเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 33.80 ตามลำดับ (ชมพูนุท พัฒนจักร, 2560) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2560) อาชีพ สถานภาพสมรสและการสนับสนุนทางสังคม (ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2562) ทั้งนี้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การกระตุ้นเตือนจากบุคคล ในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น และสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ (ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560)

ในปี พ.ศ. 2566 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 7,090,976 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 4,615,969 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และมีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี คือ มีค่าความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายจากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุขในรอบปีงบประมาณ มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สำหรับพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา ที่พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 58.1 และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) นอกจากนี้จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 205 คน เป็นผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.83 ซึ่งมีสาเหตุมาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ร้อยละ 25.9 และการขาดยา รวมถึงการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 13.6 (โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2564) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1974) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือพฤติกรรม การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

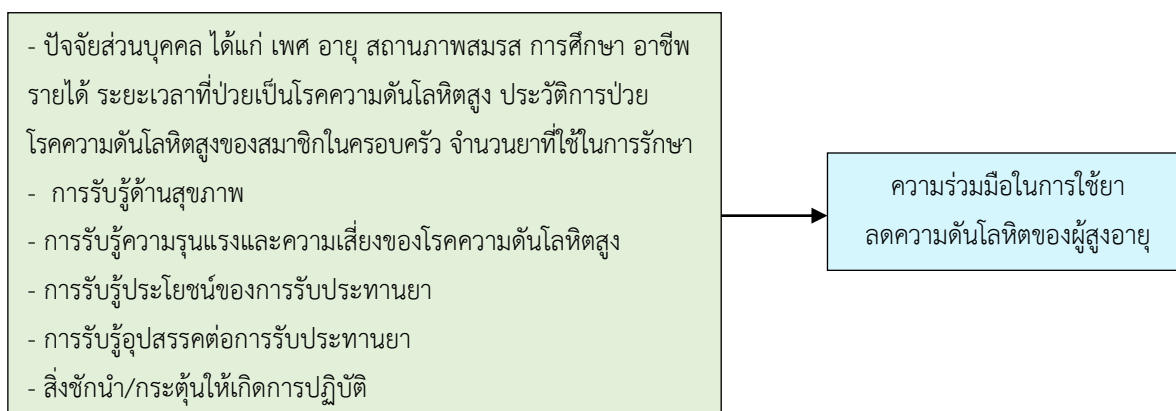
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. การรับรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำหรือกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ที่อาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Method) แบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณก่อน แล้วใช้ผลวิจัยที่ได้คัดเลือกประเด็นปัญหาและ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ (Creswell & Plano Clark, 2018) เพื่ออธิบายสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่ง มีโครงสร้างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 ณ ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential Hypertension) และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ มีระดับความดันโลหิตขณะพัก ณ สถานพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 2 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 108 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ ประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สมรรถนะที่จะเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ โดยไม่มีปัญหาในการฟัง การพูด การมองเห็น 3) ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม และ 4) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มีค่า Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) 12 คะแนนขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 85 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้สูงอายุที่ประสงค์ขอยกจากการวิจัย หรือ 2) มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ กลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยเชิงปริมาณที่ผ่านการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาว่าเคยปฏิบัติอย่างน้อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 20 ราย เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบเลือกตอบและเขียนตอบ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว ค่าความดันโลหิต และจำนวนยาที่ใช้ในการรักษา

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประยุกต์จากเครื่องมือที่พัฒนาโดย วรารมย์ จิตอุทัย (2564) เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 22 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน, เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 3 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพจากค่าเฉลี่ยคะแนนแบบสอบถามแต่ละส่วน ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) ดังนี้ 3.50-4.00 หมายถึง ระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51-2.50 ระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

1.3 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประยุกต์จากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับชาวไทยของ กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2562) เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ แบ่งระดับเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เคยปฏิบัติ (ตั้งแต่ 1-2 ครั้งขึ้นไป) และกลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติ

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยมีโครงสร้างคำถามที่นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ เพื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

สิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และปัญหา/อุปสรรคในการใช้ยาลดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง Item-Objective Congruence Index (IOC) เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.74 ตามลำดับ สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวมถึงตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยวิธีการสามเส้าแบบต่างเวลา (Time Triangulation) โดยทวนคำถามประเด็นสำคัญซ้ำในครั้งที่สอง แล้วเลือกคำตอบที่เหมือนกัน และตรวจสอบข้อมูลสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ร่วมกัน แล้วแยกกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกในแต่ละประเด็น แล้วจึงทำการยืนยันข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการตอบประมาณ 10-15 นาที และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาดัวยสถิติ Chi-Square โดยจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติ และกลุ่มที่เคยปฏิบัติตั้งแต่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การจัดหมวดหมู่ของข้อมูลตามประเด็นคำถาม หาความเชื่อมโยงขององค์ประกอบในแต่ละประเด็น รวมทั้งใช้แนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพื่อให้เห็นภาพรวม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เลขที่ COA.NO.2023/T06 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจง พร้อมทั้งอธิบายกระบวนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ก่อนลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยกลุ่มตัวอย่าง

มีอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อที่ต้องการ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาโดยไม่ระบุตัวบุคคล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.18 และเพศชาย 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.82 มีอายุเฉลี่ย 69.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.65 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.41 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.82 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 20 และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 15.29 ตามลำดับ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 3,187.69 บาทป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยนาน 9 ปี และส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการใช้จ่ายด้วยตนเอง ร้อยละ 91.76

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นการประเมินความสามารถของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้สูงอายุ 16 ราย ให้สัมภาษณ์ว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ โดยเหตุผลที่ทำให้ประเมินตนเองว่าควบคุมได้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย คิดว่าควบคุมความดันโลหิตได้เนื่องจากไม่มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือมีศีรษะเหมือนก่อนการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการดังกล่าวก่อนมาพบแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงส่วนน้อยที่ไม่มีอาการแต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงเมื่อตรวจสุขภาพประจำปี หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้านแล้วพบว่า ความดันโลหิตสูงจึงให้มาพบแพทย์

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย คิดว่าควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากค่าความดันโลหิตที่ตรวจได้ดีขึ้นกว่าก่อนมารับการรักษา ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย เข้าใจว่าค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้คือไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และอีก 2 ราย เข้าใจว่าค่าความดันโลหิตที่ควบคุมได้คือไม่เกิน 200 มิลลิเมตรปรอท

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย คิดว่าควบคุมได้เนื่องจากประเมินว่าปฏิบัติตนดีเลยไม่น่าจะมีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเอง

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุทุกรายไม่สามารถบอกค่าความดันโลหิตปัจจุบันของตนเองได้ เนื่องจากจำตัวเลขไม่ได้ ในส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ได้มีจำนวน 2 ราย โดย 1 ราย ให้ข้อมูลว่าบางครั้งรู้สึกหัวใจเต้นแรง น่าจะเป็นเพราะความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และอีก 1 ราย ให้ข้อมูลว่าคิดว่าคุมไม่ได้เพราะเมื่อมาพบแพทย์ ต้องวัดความดันซ้ำทุกครั้ง ทั้งนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย ที่ไม่สามารถประเมินตนเองได้ว่าควบคุมความดันโลหิตของตนเองได้หรือไม่

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 34.22 การลืมรับประทานยา

ร้อยละ 30.59 การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ร้อยละ 24.71 การขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 11.76 และการหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 10.59 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่เคยปฏิบัติ	เคยปฏิบัติ		
		1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	5 ครั้งขึ้นไป/ สัปดาห์
ลืมรับประทานยา	59 (69.41)	24 (28.24)	0	2 (2.35)
หยุดรับประทานยาเอง	76 (89.41)	6 (7.06)	1 (1.18)	2 (2.35)
เปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง	81 (95.29)	3 (3.53)	1 (1.18)	0
รับประทานยาไม่ตรงเวลา	64 (75.29)	21 (24.71)	0	0
รับประทานยาไม่ครบทุกชนิด	77 (90.59)	6 (7.06)	2 (2.35)	0
ลืมนำยาติดตัวไปด้วยเพื่อรับประทานระหว่างวัน	77 (90.59)	8 (9.41)	0	0
ไม่ได้รับประทานยา เพราะจำไม่ได้ว่าเก็บยาไว้ที่ใด	82 (96.47)	3 (3.53)	0	0
ซื้อยามารับประทานเอง	80 (94.12)	4 (4.71)	1 (1.18)	0
นำยาของผู้อื่นมารับประทาน	83 (97.65)	2 (2.35)	0	0
ไม่มาพบแพทย์ตามนัด (ขาดนัด หรือเลื่อนนัดแพทย์)	56 (65.88)	25 (29.41)	4 (4.71)	0
ขาดยา เนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด	75 (88.24)	6 (7.06)	1 (1.18)	3 (3.53)

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนประเด็นความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ราย สามารถวิเคราะห์ประเด็นเนื้อหาความร่วมมือในการใช้ยาได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองไม่เคยลืมรับประทานยา โดยให้เหตุผลว่ายาเป็นสิ่งจำเป็นหากไม่รับประทานอาจมีอันตรายต่อร่างกายได้ จึงรับประทานอย่างต่อเนื่องและจัดเตรียมยาไปด้วยทุกครั้งเมื่อต้องเดินทางไปทำธุระที่ใด

ประเด็นที่ 2 การลืมรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 14 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองลืมรับประทานยา โดยมีสาเหตุของการลืมรับประทานยา ดังนี้ สาเหตุที่ 1 ผู้สูงอายุ จำนวน 11 ราย ลืมรับประทานยา โดยเฉพาะช่วงเช้า เนื่องจากมีการกิจหลายอย่างจนทำให้เวลาล่วงเลยไปและลืมรับประทานยาในที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย ระบุว่าตนเองลืมรับประทานยาเมื่อญาติเตือน จำนวน 2 ราย และอีก 3 ราย ระบุว่าเพราะมีอาการมึนศีรษะจึงนึกได้ว่าลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต และเมื่อทราบว่าตนเองลืมรับประทานยาแล้วนั้น ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย จะรับประทานยาทันทีที่นึกได้ ส่วนที่เหลือจะไม่ได้รับประทานยาของมือนั้น สาเหตุที่ 2 คือ ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย ไม่ได้รับประทานยาเพราะไม่ได้รับประทานอาหารเช้า เนื่องด้วยยาที่ใช้เป็นยาที่ระบุ

ได้รับประทานตามมื้ออาหาร ดังนั้นหากผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อนั้นก็จะมีรับประทานยาไปด้วย และสาเหตุที่ 3 คือ ผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ให้เหตุผลว่าต้องเดินทางไปต่างพื้นที่และไม่นำยาติดตัวไปด้วย จึงทำให้ลืมรับประทานยา

ประเด็นที่ 3 การปรับขนาดยาด้วยตนเอง พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 10 ราย มีการปรับขนาดยาด้วยตนเอง โดยมีรูปแบบการปรับยา 3 ลักษณะ คือ การหยุดรับประทานยาในบางช่วง การปรับเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับประทาน และการปรับเวลาในการรับประทานยา

3.1 การหยุดรับประทานยาในบางช่วงนั้น พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย หยุดรับประทานยาเนื่องจากกังวลว่าถ้ารับประทานยาต่อเนื่องนาน ๆ จะมีผลต่อไต จำนวน 2 ราย ให้ข้อมูลว่าหยุดเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติอะไรเกิดขึ้น จึงไม่ได้รับประทานยา และจำนวน 1 ราย หยุดเนื่องจากยาหมด และยังไม่สะดวกมาพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง

3.2 การปรับเพิ่มปริมาณยาที่ได้รับประทาน พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ปรับเพิ่มปริมาณยาเองเนื่องจากปริมาณยาที่แพทย์สั่งจ่าย ไม่สามารถแก้อาการมีน็ศีรษะของตนได้ จึงได้ปรับเพิ่มเป็นเท่าตัวจาก 2 เป็น 4 เม็ด ทำให้ยาหมดเร็วกว่ากำหนด ทำให้มีช่วงที่ขาดยา

3.3 การปรับเวลาในการรับประทานยา พบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ราย ปรับเวลาการรับประทานยาลดความดันโลหิตของตนเอง โดยแพทย์ให้รับประทานในช่วงเช้า แต่ตนเองสังเกตว่าหลังรับประทานยามีอาการง่วงนอนจึงเปลี่ยนมารับประทานก่อนนอนแทน

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายให้ข้อมูลว่า ไม่ได้แจ้งการปรับขนาดยาของตนเองให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกตำหนิ

ประเด็นที่ 4 การซื้อยาหรือผลิตภัณฑ์อื่นมารับประทานร่วมด้วย พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ซื้อสมุนไพร และอาหารเสริมมารับประทานร่วมด้วย โดยจำนวน 4 ราย ลูกหลานเป็นผู้ซื้อมาให้ จึงรับประทานตามที่ลูกหลานแนะนำ และจำนวน 2 ราย จัดหาสมุนไพรหรืออาหารเสริมมารับประทานเองตามคำบอกเล่าของคนรู้จัก และการโฆษณา โดยทุกรายไม่ได้แจ้งข้อมูลดังกล่าวให้แพทย์ผู้รักษาทราบ

ประเด็นที่ 5 การมาพบแพทย์ตามนัด พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัดซึ่งเกิดจาก 3 สาเหตุ ดังนี้ สาเหตุที่ 1 ลืมวันนัด จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้สูงอายุ 2 ราย ไม่ได้จดหรือจำวันที่แพทย์นัด แต่พิจารณาจากจำนวนยาที่ได้รับ เมื่อยาหมดจึงค่อยมาพบแพทย์ สาเหตุที่ 2 คือ ไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวน 1 ราย ไม่มีรถในการเดินทางมาพบแพทย์ได้ตามเวลา ต้องอาศัยญาติ เพื่อนบ้าน หรือ อสม. ในการเดินทาง ทำให้ขาดนัดบ่อยครั้ง และสาเหตุที่ 3 คือ ไม่พึงพอใจในการบริการของสถานพยาบาล จึงเลี่ยงไม่มาพบแพทย์ มีจำนวน 1 ราย

3. การรับรู้ด้านสุขภาพ

ผลวิจัยข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 3.68 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน

พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และแรงจูงใจ หรือสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

หัวข้อ	Mean (S.D.)	แปลผล
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	3.91 (0.32)	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	3.86 (0.35)	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	3.33 (0.91)	ปานกลาง
สิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ	3.64 (0.48)	มาก
การรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	3.68 (0.36)	มาก

ผลวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูงอายุจำนวน 20 ราย สามารถเรียบเรียงประเด็นจากการวิเคราะห์เนื้อหาได้ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจำนวน 15 ราย โดยรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย ดังนี้ รับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ จำนวน 9 ราย รับรู้ว่าจะทำให้เกิดโรคหัวใจ จำนวน 2 ราย รับรู้ว่าจะทำให้ล้ม เป็นลม หรือหมดสติได้ จำนวน 2 ราย รับรู้ว่าจะทำให้เกิดโรคตับและโรคไต จำนวน 1 ราย และรับรู้ว่าจะทำให้ดวงตาฝ้าฟางจำนวน 1 ราย

2. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 6 ราย มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาว่า การรับประทานยาจะช่วยป้องกันความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้สูงอายุจำนวน 2 ราย รับรู้ว่าการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้มีผลเสียต่อไต

3. การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 11 ราย รับรู้ว่ตนเองไม่สะดวกที่จะต้องรับประทานยาในตอนเช้า เนื่องจากมีภารกิจเร่งรีบจึงมักลืมบ่อยครั้ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย ให้ข้อมูลว่าตนเองรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน

4. การรับรู้ถึงสิ่งชักนำและสิ่งกระตุ้นให้รับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งชักนำ และสิ่งกระตุ้นให้รับประทานยา จำนวน 7 ราย ดังนี้ พบเห็นผู้ใกล้ชิดที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเป็นโรคหลอดเลือดสมองจนกลายเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต จำนวน 3 ราย มี อสม. คอยกระตุ้นเตือนให้ดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 2 ราย กังวลว่าจะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเพราะอาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 1 ราย และ อยากให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว จำนวน 1 ราย

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนขนาดยาตามความต้องการของตนเอง ($\chi^2 = 7.884, p\text{-value} < 0.05$) อายุมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 6.768, p\text{-value} < 0.05$) และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการไม่มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 9.268, p\text{-value} < 0.05$) และการขาดยาเนื่องจากไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ($\chi^2 = 9.220, p\text{-value} < 0.05$) ในขณะที่สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการป่วยโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

การอภิปรายผล

1. ความร่วมมือในการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ แต่จากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าตนเองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุใช้วิธีการประเมินอาการของตนเองเป็นหลัก เมื่อไม่พบอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ จึงเข้าใจว่าตนเองควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี และผู้สูงอายุบางรายยังขาดความเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึงระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งความเข้าใจผิดดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการรับประทานยา โดยเฉพาะการปรับขนาดยาหรือหยุดยาดด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ (2018) ที่อธิบายว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการ จึงมักส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยน้อยลง เนื่องจากไม่มีอาการเตือนหากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามปกติอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของ รุ่งทิพา ชันธมุล และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้แต่ไม่มีอาการผิดปกติ มักประเมินตนเองว่าแข็งแรงดี จึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งหยุดยาดด้วยตนเองเป็นระยะ เนื่องจากเกรงว่าหากรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องนาน ๆ อาจทำให้ไตวายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท พัฒนจักร (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ ลืมรับประทานยา และหยุดยาเนื่องจากกลัวไตวายหรืออันตรายจากยาถึงร้อยละ 55.4 และ 43.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายยังหยุดใช้ยาดด้วยตนเองเนื่องจากคิดว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Punnapurath, Vijayakumar, Platty,

Krishna, & Thomas (2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มหยุดใช้ยาเองเมื่อพบว่าอาการของตนดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้การรักษาแย่งได้

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ตามลำดับ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า เหตุผลของการลืมรับประทานยา เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีภารกิจอย่างอื่นที่ต้องทำในช่วงเวลานั้น จึงทำให้ลืมรับประทานยาหากไม่มีผู้อื่นคอยเตือน และการไม่ได้รับประทานอาหารในมื้อที่ต้องรับประทานยา เช่น ก่อนหรือหลังอาหารเช้า ก็เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยาในมื้อนั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สบายสุข และลำพวรรณ แสนบั้ง (2566) ที่รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีที่ขาดนัดพบแพทย์ร้อยละ 43.15 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และการศึกษาของ ทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ที่รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการลืมรับประทานยา ร้อยละ 45.98 ซึ่งมักเกิดจากการเร่งรีบออกไปทำงานในช่วงเช้า อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางรายให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการลืมรับประทานยา

2. การรับรู้ด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ตำบลดอนเกาะกา อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีการรับรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเรื่องหลักการใช้ยาลดความดันโลหิตที่คลาดเคลื่อน โดยผู้สูงอายุไม่เข้าใจว่ายาลดความดันโลหิตต้องมีการใช้อย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และการหยุดยาอาจทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก จนทำให้หลอดเลือดสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตตามมาได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการรับรู้ที่สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการปรับขนาดยา หรือการหยุดยาดด้วยตนเอง โดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์หรือสถานพยาบาลที่ตนไปรับบริการทราบ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ในส่วนของการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกมีความสอดคล้องกัน คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ ซึ่งไม่ตรงกับข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถาม เช่นเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต และสิ่งชักนำ/กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่พบว่าจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการรับรู้ด้านนี้ค่อนข้างต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ตอบในแบบสอบถาม ด้วยเหตุนี้การใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนที่ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากข้อจำกัดในการตอบแบบสอบถาม และ

อคติในการรายงานผลที่โน้มเอียงของผู้ป่วย (ธราดล โพธิษา, น้ำเงิน จันทรมณี และทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2563) ผู้วิจัยจึงต้องอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมด้วยเพื่ออธิบายสภาพปัญหาที่แท้จริงได้

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมพูนุท พัฒนจักร (2560) และพุทธรชิต ฉันทภักทรางกูร (2566) ที่พบว่า เพศและอายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพนามาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2562) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลดอนเกาะกามีระยะเวลายาวนานกว่าหลายปี จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และหยุดรับประทานยาได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

อย่างไรก็ดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ไม่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต และรับรู้ว่าการรับประทานยาไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และความเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน จึงเลือกที่จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือให้หายจากโรคความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะควบคุมโรคนั้นได้ (Becker & Maiman, 1974) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punnapurath, Vijayakumar, Platty, Krishna, & Thomas (2021) ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุจะแปรผกผันกับการขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญรดี ปราบริปู (2564) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง การสร้างแรงจูงใจและการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการ หรืออันตรายถึงชีวิตได้ ทั้งนี้บุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นต้องรับทราบและเข้าใจถึงปัญหาที่ทำให้

เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย รวมถึงการมีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารถึงปัญหาการใช้ยา และสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง เพื่อปรับปรุงการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องเฝ้าระวังพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการใช้ยา ดังนั้นสถานพยาบาลควรเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมในการทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง หลักการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้องและอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงความปลอดภัยในการใช้ยาระยะยาว อีกทั้งยังต้องสร้างความเข้าใจถึงการควบคุมความดันโลหิต และการประเมินตนเองอย่างถูกวิธี ว่าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้วหรือไม่ นอกจากนี้สถานพยาบาลควรสร้างให้เกิดการบริการที่รับฟังปัญหาและสามารถให้คำแนะนำการใช้ยาของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดความกังวลของผู้สูงอายุในการแจ้งข้อมูลการใช้ยาของตนเองกับบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดระบบบริการที่มีเภสัชกรร่วมให้คำปรึกษาและให้ความรู้เรื่องยาสำหรับผู้สูงอายุในสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง รวมถึงการสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยลดการลืมรับประทานยา และระบบกระตุ้นเตือนเพื่อลดการขาดนัดพบแพทย์
2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมในการวัดความเข้าใจเรื่องโรค การใช้ยา และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้สถานพยาบาลใช้ประเมินผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุใช้ประเมินตนเองได้
3. การพัฒนารูปแบบและแนวทางการให้บริการในสถานพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ให้บริการสามารถสื่อสารเรื่องโรคและการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และตรงไปตรงมา

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2562). การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(1), 17-30.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *Dashboard Health KPI: ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้*. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566 จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=168>.

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2564). รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงาน
ด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อ
20 ตุลาคม 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211006043036.pdf>.
- ชมพู พัทธจักร. (2560). ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*,
16(3), 13-22.
- ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 67-83.
- ดาไลมา ลำแดงสาร, ทิพนาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 51-66.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก. (2564). ผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี.
วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7(2), 233-247.
- ธราดล โพธิชา, น้ำเงิน จันทรมณี และทวิวรรณ ศรีสุขคำ. (2564). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดพะเยา. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(2), 400-411.
- ธัญรดี ปราบริปู. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ
บริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*,
32(2), 184-194.
- นฤมล สบายสุข และลำพรณ แสนบั้ง. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2), 465-477.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และมัญญามาส มัญจาวัช. (2564). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ. *วารสารอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 17-23.
- พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารเภสัชกรรมคลินิก*,
29(1), 13-24.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: อัตราป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร*. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566 จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68.

- รุ่งทิวา ชันธมุล และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(2), 89-97.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2561). *ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2566 จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความ/>.
- โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. (2564). *การประชุมสรุปผลงานประจำปี 2564, สรุปโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564*. ฉะเชิงเทรา: โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว.
- วรารมย์ จิตอุทัย. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18*(35), 6-22.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1974). The health belief model and sick role behavior. In Becker M. H. Becker (Ed.), *The health belief model, and personal health behavior* (pp.82-92). New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3 ed.). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L. & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 6*(6), 1-99. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000028.pub3>
- Paisansirikul, A., Ketprayoon, A., Ittiwattanukul, W. & Petchlorlian, A. (2021). Prevalence and associated factors of drug-related problems among older people: A cross-sectional study at King Chulalongkorn Memorial Hospital in Bangkok. *Drugs Real World Outcomes, 8*(1), 73-84. <https://doi.org/10.1007/s40801-020-00219-2>
- Punnapurath, S., Vijayakumar, P., Platty, P. L., Krishna, S. & Thomas, T. (2021). A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 10*(4), 1644-1648. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1302_20
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved October 9, 2023 from http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/.

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved November 9, 2023 from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

Zhang, Y., et al. (2018). Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: Evidence from Xinjiang, China. *Patient Prefer Adherence*, 12, 803-812. <https://doi.org/10.2147/PPA.S158662>