



ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สุรียนต์ มิ่งขวัญ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 14 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 28 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 3 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 ราย และกลุ่มควบคุม 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test Wilcoxon Signed Ranks test Independent t-test และ Mann Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุเฉลี่ย 59.49 ปี (S.D.=7.34) มีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 81.10 และรับประทานยาด้วยตนเอง ร้อยละ 91.90 หลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =3.64, S.D.=0.14) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.16) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =141.46, S.D.=8.76) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =147.43, S.D.=9.49) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =146.76, S.D.=8.09) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =91.27, S.D.=6.44) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =95.59, S.D.=6.59) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =95.95, S.D.=4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้นโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรนี้เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

คำสำคัญ: ประสิทธิผลของโปรแกรม, การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สุรียนต์ มิ่งขวัญ; suriyon.ming@gmail.com



Effectiveness of Drug Education and Counseling Programs by Pharmacists in Uncontrolled Hypertensive Patients at the Subdistrict Health Promoting Hospital

Suriyon Mingkwan*

Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani

(Received: 14 April 2025; Revised: 28 May 2025; Accepted: 3 June 2025)

Abstract

Hypertension can be controlled and its complications reduced by taking high blood pressure medication regularly and continuously. This quasi-experimental study was to compare medication adherence and blood pressure levels of patients before and after participating in a pharmacist-led medication education and counseling program. The sample consisted of 74 uncontrolled hypertensive patients at the Subdistrict Health Promotion Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, divided into an experimental group 37 patients and a control group 37 patients. The research tool was a pharmacist education and medication counseling program. The research instrument for collecting data were a personal information questionnaire, and a medication adherence assessment form for hypertensive patients. General data were analyzed using descriptive statistics. The mean values before and after using the program were compared using Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, Independent t-test, and Mann Whitney U Test with a significance level of .05

The results found that the majority of the sample group were female (54.10%), a mean age was 59.49 (S.D.=7.34) years, with comorbidities of hyperlipidemia (81.10%), and taking medication by themselves (91.90%). After using the program, the mean of medication adherence of the experimental group ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.10) was higher than before using the program ($\bar{X}$ =3.64, S.D.=0.14) and higher than the control group ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.16). The mean systolic blood pressure level of the experimental group ($\bar{X}$ =141.46, S.D.=8.76) was lower than before using the program ($\bar{X}$ =147.43, S.D.=9.49) and lower than the control group ($\bar{X}$ =146.76, S.D.=8.09). The mean diastolic blood pressure of the experimental group ($\bar{X}$ =91.27, S.D.=6.44) was significantly lower than before using the program ($\bar{X}$ =95.59, S.D.=6.59) and lower than the control group ($\bar{X}$ =95.95, S.D.=4.37) ($p<.001$). Therefore, the pharmacist-led medication education and counseling program is an effective program that can be used for uncontrolled hypertensive patients.

Keywords: effectiveness of the program, pharmacist drug counseling, uncontrolled hypertension

*Corresponding author: Suriyon Mingkwan; suriyon.ming@gmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่องมักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และสมอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีผู้ใหญ่อายุระหว่าง 30-79 ปี จำนวน 1.28 พันล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมากกว่าสองในสามอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยคาดว่า 46% ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคนี้ น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (42%) ได้รับการวินิจฉัยและรักษาประมาณ 79% ของผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้ (World Health Organization, 2023) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบสาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2561-65 มีจำนวน รวม 46,706 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จังหวัดอุบลราชธานีก็มีแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 166,781 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 196,315 ราย ในปี พ.ศ.2567 เฉพาะในอำเภอเดชอุดมนั้นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 11,725 ราย ในปี พ.ศ.2563 เป็น 14,564 ราย ในปี พ.ศ. 2567 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบาย และสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปลอบใจผู้ป่วยอาศัยข้อมูล จากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี 3) สาเหตุอื่นๆ เช่น ความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา ผลข้างเคียงของยา ได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพ หรือ อุปสรรคที่ต้องใช้ยาาร่วมกันหลายชนิด ทำให้มีความลำบากในการรับประทานยาให้ครบถ้วน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งทุกปัจจัยล้วนมีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาสำรวจ (pilot study) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งมีอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 30 ราย พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอประกอบไปด้วย 8 สาเหตุ ได้แก่ 1) กลัวภาวะแทรกซ้อนของยาโดยเฉพาะผลต่อตับและไต 2) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค



ความดันโลหิตสูงและยาที่ตนเองรับประทาน 3) สัมรับประทานยา 4) ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น เชื่อว่าถ้าความดันโลหิตปกติดีแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เป็นต้น 5) ยามีผลข้างเคียง ทำให้เกิดอาการไม่สบาย เช่น ไอ ขาบวม วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น 6) ไม่ได้อ่านฉลากยา 7) ความไม่สะดวกในการไปรับยาเนื่องจากมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเยอะ และ 8) ไม่เห็นคุณค่าของการรับประทานยา

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการทดลองใช้โปรแกรม/รูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมและความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วยกิจกรรมหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องยา ประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ความสำคัญการมาตรวจตามนัด 2) วิธีการดูแลตนเองที่เน้นความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่ ฝึกการบริหารยา ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากยา ฝึกการจัดยา กิน และนำเสนอตัวแบบที่ดี 3) วิธีการติดตามและระบบเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ติดตาม การใช้ปฏิทินยา การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 4) วิธีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการประสานงานของทีมสุขภาพ ระบบจัดเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลในสมุดคู่มือทุกสัปดาห์ 5) การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) 6) ใช้ระบบซอฟต์แวร์โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต แบบบันทึกการรับประทานยา การติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) (ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และ ปาหนัน พิษยัญญู, 2559) (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2561; นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558) โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of Change) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Roy's adaptation theory and Pender's health promotion model) เป็นต้น (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2561; นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ทฤษฎีแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ โปรชาสกา มาออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระยะพฤติกรรมและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรม การใช้หลักศรัทธา การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ทินณรงค์ เรทหนู, มุกดา หนูยศรี และ นภา เพ็ญ จันทขัณมา, 2564)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกา (Prochaska & Velicer, 1997) และใช้ทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยแนวคิดนี้เน้นการตัดสินใจของบุคคลในการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งต่างจากแนวคิดหรือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่เน้นอิทธิพลทางสังคม นอกจากนั้นหากบุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมมีข้อดีมากกว่าข้อเสียก็จะตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น และหากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองสูงก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ง่ายเช่นกัน ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นก่อนชั่งใจหรือไม่สนใจปัญหา 2) ขั้นชั่งใจหรือลังเลใจ 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือตัดสินใจและเตรียมตัว 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ซึ่งหากโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังกล่าวมีประสิทธิภาพดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น (Medication adherence) และควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมมติฐานของการวิจัย

หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นโมเดลที่อธิบายความตั้งใจหรือความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยเน้นที่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล มาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นก่อนชั่งใจหรือยังไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) 2) ขั้นชั่งใจหรือลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม หรือขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

1. ขั้นก่อนเข้าใจ หรือ ขั้นไม่สนใจปัญหา (กิจกรรมกลุ่ม ก่อนพบแพทย์) (ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที) ประกอบด้วย

- ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค
- ให้ข้อมูลผลกระทบต่อนอง ครอบครัว และสังคม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาและเน้นความเชื่อที่ถูกต้องในการรับประทานยา
- ให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสียของการมีความร่วมมือในการรับประทานยา และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

2. ขั้นเข้าใจ หรือ ขั้นลังเลใจ (ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 10 นาที)

2.1 การประเมินสิ่งแวดล้อม

- สอบถามสภาพปัญหาด้านครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

2.2 การประเมินตนเอง

- สอบถามเรื่องความเชื่อ ความกังวล เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความร่วมมือในการรับประทานยา

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

- สาธิตและฝึกทักษะการอ่านฉลากยา การเก็บรักษา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา และการพกยาติดตัวเสมอเมื่อออกนอกบ้าน

3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ หรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

กิจกรรมการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ

- เสริมพลังบวกและให้เห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- หาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกครอบครัว ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา และเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (ใช้เวลา 3 เดือน)

- ทดลองให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติและให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้เป็นช่องทางให้คำแนะนำหรือสอบถามข้อสงสัย

5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

- ชื่นชมผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงตามค่าเป้าหมาย รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ยังมีผลความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เปลี่ยนแปลง หรือมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลงตามค่าเป้าหมาย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา
2. ระดับความดันโลหิต

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Comparison Group Design) คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโดยเภสัชกรตามปกติ ระยะเวลาในการทดลอง 3 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร.ปรอท (มม.ปรอท) (ประเมินย้อนหลัง 3 เดือน) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่หนึ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สอง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 140 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

- 1) มีอายุ 30 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 3) เข้ารับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่หนึ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สอง อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี
- 4) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร.ปรอท (ประเมินจากระดับความดันโลหิตที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ครั้ง ติดต่อกัน)
- 5) สามารถอ่าน เขียน ฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
- 6) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและติดตามได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และภาวะไตเสื่อม ตั้งแต่ระยะที่ 4 ขึ้นไป
- 3) ผู้ป่วยที่มีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 74 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนของประชากร ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

$$n = \frac{p(1-p)}{e^2 + \frac{p(1-p)}{N}} \quad \text{แทนค่า } n = \frac{0.5(1-0.5)}{0.05^2 + \frac{0.5(1-0.5)}{84}}$$

เมื่อ n =ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N =ขนาดของประชากร (84 ราย), e =ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้, Z =ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 ($Z=1.96$), p =สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.5$)



จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 68 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด คือ 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 37 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน จึงใช้การจับคู่ (Matching) ได้แก่ เพศ อายุ (± 2 ปี) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด (± 5 มิลลิเมตร.ปรอท) ที่ละคู่จนครบ 37 คู่ โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการตามขั้นตอนบริการปกติและได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโดยเภสัชกร แต่จะไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยา ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการตามขั้นตอนบริการปกติและได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรคนเดียวกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมที่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับ

กิจกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI และ วัดค่าความดันโลหิต	ได้รับ	ได้รับ
สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	ได้รับ	ได้รับ
ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา	ได้รับ	ได้รับ
ใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร	ได้รับ	ไม่ได้รับ
พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา	ได้รับ	ได้รับ
จ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม	ได้รับ	ได้รับ
ออกใบนัดตามรอบปกติ	ได้รับ	ได้รับ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

1. โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโปรแชสกา (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นโมเดลที่อธิบายความตั้งใจหรือความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยเน้นที่ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลมาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบ่งกิจกรรมเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นก่อนตั้งใจหรือยังไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) 2) ขั้นตั้งใจหรือสนใจเล็งใจ (Contemplation) 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและ ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเอามีอิทธิพล ต่อการเลือกกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมของคน ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอมีส่วนใหญ่จะ



มาจาก ประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น ระดับความมั่นใจในตัวเองในแต่ละ stage of change จะไม่เท่ากัน โดยในระดับ precontemplation และระดับ contemplation ผู้ป่วย จะมีระดับความมั่นใจในตัวเองใกล้เคียงกันและค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในระดับ preparation และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออยู่ในระดับ action และ maintenance ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้น จึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม”

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและให้เติมคำ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด 4) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกครั้งล่าสุด 5) ดัชนีมวลกาย 6) โรคร่วมอื่น 7) จำนวน ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ 8) การไปตรวจตามนัดในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 9) บุคคลที่ช่วยดูแลการ รับประทานยา 10) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 11) การสูบบุหรี่ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Assessment form for medication adherence in hypertensive patients; AMAP) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Morisky Medication adherence Scale 8 item (MMAS) (Morisky et al, 2008) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert Scale 5 ระดับ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ โดยตอบให้ตรงกับ การปฏิบัติของตนเอง เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ไม่เคย (น้อยที่สุด) ให้คะแนน=5 นานๆ ครั้ง (น้อย หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้คะแนน=4 บางครั้ง (ปานกลาง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้คะแนน=3 บ่อยครั้ง (มาก หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ คะแนน=2 และเป็นประจำ (มากที่สุด หรือทุกวัน) ให้คะแนน=1 เกณฑ์การแปลผลระดับความร่วมมือในการรับประทาน ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ จากคะแนนเต็มเฉลี่ย 5 คะแนน คือ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 1 ถึง 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2 ถึง 3) ระดับ มาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 ถึง 4) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์สาขาเวช ศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรระดับชำนาญการขึ้นไป จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00 และ 0.92 ตามลำดับ โดยค่า CVI ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทาน ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ โดยค่า IOC ที่ยอมรับได้คือ 0.5 ขึ้นไป (นิรัช สุตสังข์, 2559)



2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สาม จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สี่ จำนวน 15 คน รวมเป็น 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย แล้วนำข้อมูลจากแบบประเมิน มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ผลวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนใช้โปรแกรม

ก่อนการใช้โปรแกรมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ที่มีการนัดตามรอบปกติของแพทย์ในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีการนัดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าประมาณ 5-10 รายในแต่ละรอบของการนัดมาพบแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI และวัดค่าความดันโลหิตหลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที ที่ตำแหน่งแขนซ้ายด้วยท่านั่งในระยะเวลา 8.00-12.00 น. ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานแล้ว ถ้ามีการวัดหลายครั้งจะบันทึกค่าจากการวัดครั้งแรก ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Assessment form for medication adherence in hypertensive patients; AMAP) จากนั้นจัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการใช้โปรแกรม

2.1 ขึ้นก่อนซึ้งใจ หรือ ขึ้นไม่สนใจปัญหา (กิจกรรมกลุ่ม ก่อนพบแพทย์) (ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที)

กิจกรรมการกระตุ้นให้ตื่นตัว โดยเนื้อหาตัดแปลงจากแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที เนื้อหาในกิจกรรมประกอบด้วย

- การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค
- การให้ข้อมูลผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- การให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษายาและเน้นความเชื่อที่ถูกต้องในการรับประทานยา
- การให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสีย ของการมีความร่วมมือในการรับประทานยา และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

2.2 ขึ้นซึ้งใจ หรือ ขึ้นลงเลใจ มี 3 กิจกรรม (ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 10 นาที) ประกอบด้วย



2.2.1 การประเมินสิ่งแวดล้อม โดยสอบถามสภาพปัญหาด้านสภาพครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทุษณยา

2.2.2 การประเมินตนเอง โดยสอบถามเรื่องความเชื่อ ความกังวล เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทุษณยา เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความร่วมมือในการรับประทุษณยา

2.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการสาธิตและฝึกทักษะการอ่านฉลากยาของผู้ป่วยเอง การเก็บรักษา ยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทุษณยา และการพกยาคิดตัวเสมอเมื่อออกนอกบ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะทวนสอบการใช้ยาของผู้ป่วยหากผู้ป่วยสามารถตอบและอ่านฉลากยาของตนเองได้ถูกต้องทั้งหมดในประเด็น ข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีรับประทุษณยา การเก็บรักษาโดยไม่แกะเม็ดยาไว้หรือไม่เก็บยาในที่อุณหภูมิสูง และการพกยาคิดตัวเมื่อต้องออกนอกบ้าน จึงจะถือว่าผ่านการประเมิน

2.3 ขั้นพร้อมปฏิบัติ หรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะเสริมพลังบวกและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง โดย 1)ให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อสร้างความรู้สึกรักของการประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการดูแลตนเองหากทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือสามารถใช้ชีวิตอยู่กับคนที่เรารักได้ตามปกติ เป็นต้น และ 2)หาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกครอบครัวคอยให้กำลังใจ ช่วยดูแลเรื่องการรับประทุษณยาและเตือนไม่ให้ลืมรับประทุษณยา

2.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (ใช้เวลา 3 เดือน) ให้ผู้ป่วยกลับไปลงมือปฏิบัติเองที่บ้าน โดยให้อ่านฉลากยาก่อนและรับประทุษณยาตามฉลากยาของตนเอง ทั้งขนาดและวิธีรับประทุษณยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่แกะเม็ดยาไว้ ไม่เก็บยาในที่อุณหภูมิสูง พกยาคิดตัวเมื่อต้องออกนอกบ้าน และให้สมาชิกครอบครัวช่วยดูแลเรื่องการรับประทุษณยาและเตือนไม่ให้ลืมรับประทุษณยา โดยผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้เป็นช่องทางให้คำแนะนำ หรือสอบถามข้อสงสัย

2.5 ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที) เป็นขั้นตอนหลังใช้โปรแกรม ประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความร่วมมือในการรับประทุษณยาและค่าความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่มาใช้บริการตามนัด และขณะจ่ายยาผู้วิจัยจะให้คำชี้แจงผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทุษณยาที่เพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงตามค่าเป้าหมาย(ทั้งขึ้นชมด้วยวาจาและบันทึกคำขึ้นชมลงในสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง) รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ยังมีผลความร่วมมือในการรับประทุษณยาไม่เปลี่ยนแปลง หรือมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลงตามค่าเป้าหมาย และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในข้อ 2.4 อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สำหรับระยะดำเนินการใช้โปรแกรมนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามปกติที่เภสัชกรทั่วไปให้ขณะจ่ายยา (ไม่ได้เจาะลึกตามขั้นตอนของโปรแกรม)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. ทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นนามมาตรา (เพศ โรคร่วม การไปตรวจตามนัด บุคคลที่ช่วยดูแลการรับประทานยา การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นอัตราส่วนมาตรา (อายุเฉลี่ย ดัชนีมวลกายเฉลี่ย ความดันโลหิตเฉลี่ย และจำนวนยาลดความดันโลหิตเฉลี่ย) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เอกสารเลขที่ DUCPH 2567-7 วันที่ 31 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น หากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่ให้สามารถเพิ่มความร่วมมือการเข้าและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ จะนำไปใช้ในกลุ่มควบคุมหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุเฉลี่ย 59.49 ปี (S.D.=7.34) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.70 กิโลกรัม/เมตร² (S.D.=4.85) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 147.43 มิลลิเมตร.ปรอท (S.D.=9.49) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 95.59 มิลลิเมตร.ปรอท (S.D.=6.59) จำนวนยาลดความดันโลหิตที่ได้รับเฉลี่ย 2.19 ชนิด (S.D.=0.52) ส่วนใหญ่มีไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 81.10 มาตรวจตรงตามนัด ร้อยละ 83.80 และรับประทานยาเอง ร้อยละ 91.90 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}>.05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	17	45.90	17	45.90	
หญิง	20	54.10	20	54.10	
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\bar{X} \pm S.D.$)	59.49 $\pm$ 7.34		59.14 $\pm$ 6.89		0.833 ^b
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) ($\bar{X} \pm S.D.$)	25.70 $\pm$ 4.85		25.65 $\pm$ 4.83		0.964 ^b
ความดันโลหิตซิสโตลิก(มม.ปรอท) ($\bar{X} \pm S.D.$)	147.43 $\pm$ 9.49		146.89 $\pm$ 9.37		0.625 ^b
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก(มม.ปรอท) ($\bar{X} \pm S.D.$)	95.59 $\pm$ 6.59		95.57 $\pm$ 6.55		0.986 ^b
ยาลดความดันโลหิต(ชนิด) ($\bar{X} \pm S.D.$)	2.19 $\pm$ 0.52		2.08 $\pm$ 0.68		0.445 ^b
โรคร่วมอื่น					
ไม่มีโรคร่วม	7	18.90	4	10.80	0.115 ^a
ไขมันในเลือดสูง	30	81.10	33	89.20	
การไปตรวจตามนัด					
ตรงตามนัด	31	83.80	35	94.60	0.698 ^a
ไม่ตรงตามนัด	6	16.20	2	5.40	
บุคคลที่ช่วยดูแลการรับประทานยา					
ตนเอง	34	91.90	33	89.20	0.702 ^a
คนในครอบครัว	3	8.10	4	10.80	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่มเลย	35	94.60	34	91.90	
น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน	2	5.40	3	8.10	0.054 ^a
2-4 ครั้ง/เดือน	0	0	0	0	
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	0	0	
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	0	0	
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบเลย	30	81.10	29	78.40	
สูบเดือนละ 1-2 ครั้ง	0	0	0	0	0.631 ^a
สูบบางวันแต่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	0	0	0	0	
สูบสัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน	7	18.90	8	21.60	
สูบทุกวัน	0	0	0	0	

^aใช้สถิติ Chi-Square test, ^bใช้สถิติ Independent t-test, *p-value<.05



ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกรายชื่อ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนใช้โปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.14) โดยพบว่า รับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบตามเวลาหรือตามขนาดที่แพทย์สั่ง ($\bar{X}=2.14$, S.D.=0.42) เคยหยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเองเมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาความดันโลหิตสูง เช่น โອมาก ทำบวม ปวดศีรษะ เป็นต้น ($\bar{X}=2.54$, S.D.=0.51) และเคยลืมรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.48) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกรายชื่อ (n=37)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1. ลืมรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง	2.65	0.48
2. หยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่อรู้สึกกลัวว่าตับและไตจะเสื่อม เป็นต้น	4.16	0.50
3. หยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่อพบว่า มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาความดันโลหิตสูง เช่น โອมาก ทำบวม ปวดศีรษะ เป็นต้น	2.54	0.51
4. หยุดรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูง หากรู้สึกว่าการใช้ยาของโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้	3.81	0.46
5. ขาดยาหรือรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง	3.97	0.16
6. ลืมพกยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงติดตัวไปด้วยเมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล	3.95	0.23
7. รับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบตามเวลาหรือตามขนาดที่แพทย์สั่ง	2.14	0.42
8. หากได้รับยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลายชนิด จะเลือกรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงบางชนิด	4.35	0.54
9. รู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงทุกวันอย่างเคร่งครัด หรือเข้มงวด	3.95	0.23
10. รู้สึกว่ามีความยุ่งยากทุกวันในการจดจำวิธีรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	4.92	0.28
ความร่วมมือในการรับประทานยาเฉลี่ย	3.64	0.14



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{X}=141.46$, S.D.=8.76) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=147.43$, S.D.=9.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{X}=91.27$, S.D.=6.44) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=95.59$, S.D.=6.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร (n=37)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		t/z	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความร่วมมือในการรับประทานยา	3.64	0.14	3.95	0.10	-12.128 ^c	<.001*
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	147.43	9.49	141.46	8.76	-5.251 ^d	<.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	95.59	6.59	91.27	6.44	-4.977 ^d	<.001*

^cใช้สถิติ paired t-test, ^d ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test, *p-value <.05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.10) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=141.46$, S.D.=8.76) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=146.76$, S.D.=8.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=91.27$, S.D.=6.44) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=95.95$, S.D.=4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z=-3.839$, $p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=37)		กลุ่มควบคุม(n=37)		t/z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความร่วมมือในการรับประทานยา						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	3.64	0.14	3.65	0.15	-0.324 ^e	.747
หลังใช้โปรแกรม ฯ	3.95	0.10	3.69	0.16	8.074 ^e	<.001*



ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=37)		กลุ่มควบคุม(n=37)		t/z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	147.43	9.49	146.89	9.37	-0.469 ^s	.639
หลังใช้โปรแกรม ฯ	141.46	8.76	146.76	8.09	-3.720 ^s	<.001*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	95.59	6.59	95.57	6.55	-0.126 ^s	.900
หลังใช้โปรแกรม ฯ	91.27	6.44	95.95	4.37	-3.839 ^s	<.001*

^sใช้สถิติ Independent t-test, ^sใช้สถิติ Mann Whitney U Test, *p-value <.05

อภิปรายผล

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นให้ตื่นตัวโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค รวมทั้งความเชื่อที่ถูกต้องและประโยชน์ในการรับประทานยา นอกจากนั้นการได้สอบถามถึงความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับประทานยามากขึ้นซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโปรแชสกา (Prochaska & Velicer, 1997) และทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) สอดคล้องกับ ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และปาหนัน พิษยภัยโย (2559) ที่พบว่าเมื่อ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ยาแล้ว จะทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น โดยหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลอง (p-value<.05) และนันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 8 ของผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) นอกจากนี้ ศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำพล และณัฐธัญ คำพล (2564) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เภสัชกรรมทางไกล ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รวมทั้งสุภาพร สุปินธรรม (2566) ก็พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (เป็นตัวแทนโรคเรื้อรัง) ที่เข้าร่วมโครงการการส่งมอบยา



ให้ผู้ป่วยถึงบ้านด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาตามสเกลของมอริสกีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 6.18 (S.D.=0.95) เป็น 7.36 (S.D.=0.79) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทินณรงค์ เรทนู, มุกดา หนูยศรี และ นภาพิณ จันทขัมมา (2564) ที่เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา แล้วพบว่าหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยา โดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น จะทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การรักษาโรคมึนแวนมที่ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และปาหนัน พิษยภิญโญ (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องได้รับโปรแกรมที่มีความเฉพาะ และฝึกฝนเพื่อให้มีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการใช้ยาเพิ่มเติม จึงจะสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและทำให้ผลการรักษาด้วยยาได้ผลตามเป้าหมาย และนันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุณณโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หากมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะทำให้ระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทินณรงค์ เรทนู, มุกดา หนูยศรี และนภาพิณ จันทขัมมา (2564) ที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) นอกจากนี้ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแล้ว จะมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เภสัชกรที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบ (model) พัฒนาหลักสูตรอบรมหรือประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง วัณโรค ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลกระทบจากโรคเรื้อรังในระยะยาว



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของความร่วมมือในการใช้ยา
2. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น
3. การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยตรงร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาเทียบกับวันนัด สามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข่าวเพื่อสื่อมวลชน*. สืบค้นจาก:

https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=3244

กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข 2560*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สืบค้นจาก: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>

ทินณรงค์ เรทภู , มุกดา หนูยศรี และนภาพิณ จันทขัมมา. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม.

วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 35(1), 90-107.

นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์*

มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 835-846. สืบค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO11.pdf>

นิรัช สุดสังข์. (2559). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการออกแบบ*. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.

นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 33-41.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกำป็น และ ปาหนัน พิทยภิณูญ. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้าน การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 50-62.



เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้าน
การแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC). สืบค้นจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นจาก:
<http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- ศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำผล และณัฐธิญา คำผล. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้
เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *ไทยเฝ้าระวังนิพนธ์*, 17(1), 31-41.
- สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อังวัฒนา และเดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม
สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(2), 85-97.
- สุภาพร สุปินธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้
รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. *เภสัชกรรมคลินิก*, 29(1), 51-64.
- Bandura A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-47.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward H.J. (2008). Predictive validity of a medication
adherence measure for hypertension control. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change.
American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.
- World Health Organization. (2023). Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.