

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาใน ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อรัญญา นามวงศ์ พย.ด.\*

### บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การทราบเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษามีความจำเป็นในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 341 ราย ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งของจังหวัดพะเยา ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ระหว่าง .799 ถึง .847 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ( $p < .01$ ) ส่วนการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ( $p < .05$ ) ในขณะที่การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยจากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ปัจจัยคัดสรรดังกล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

**คำสำคัญ :** ความร่วมมือในการรักษา ผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

# Relationships between Selected Factors and Adherence to Therapeutic Regimens among Older Adults with Hypertension

---

Arunya Namwong Ph.D.\*

## Abstract

Adherence to therapeutic regimens among older adults with hypertension is necessary for controlling appropriate blood pressure in older people. Knowing regarding selected factors is necessary for enhancing adherence to therapeutic regimens.

The aim of the study was to study relationships between selected factors, including cognitive function, physical function, patient-provider communication, knowledge of hypertension, health belief, social support from family and perceived self-efficacy to adherence and adherence to therapeutic regimens among older people with hypertension. Simple random sampling was used to obtain 341 samples attending five hypertension clinics in community hospital in Phayao. Also, diagnosed with hypertension for at least 6 months, being Thai older people with hypertension aged  $\geq 60$  years and taking antihypertensive drug at least one type. Data collection used acceptable questionnaires which had the Alpha Cronbach's coefficient between .799 to .847. Descriptive and Pearson product-moment correlation coefficient were used to analyze all data.

Results showed that perceived self-efficacy to adherence perceived susceptibility perceived severity perceived benefits provider-patient communication and social support from family had a positive relationship with adherence to therapeutic regimens ( $p < .01$ ). Also, cognitive function had a negative relationship with adherence to therapeutic regimens ( $p < .05$ ). Whereas, physical function, knowledge of hypertension and perceived barriers was no significant statistically relationship with adherence to therapeutic regimens. These selected factors can be developed program for enhancement of adherence to therapeutic regimens among older adults with hypertension.

**Keywords :** Adherence to Therapeutic Regimens, Older Adults, Hypertension

---

\* Registered Nurse, Professional Level Boromarajonani College of Nursing, Phayao

### ความเป็นมาหรือหลักการและเหตุผล

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคซึ่งเป็นปัญหาของสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกโดยมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>1</sup> ซึ่งในประเทศไทยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดโดยมีความชุกอยู่ระหว่าง ร้อยละ 44.0-55.9 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 22-25<sup>2</sup> ทำให้มีโอกาสเกิดผลกระทบบตามมาที่สำคัญ คือ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตเรื้อรังจนอาจพัฒนาไปเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นำไปสู่การนอนโรงพยาบาลและการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตามสุขภาพเพิ่มมากขึ้น<sup>3</sup> ซึ่งการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพควรส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต<sup>4</sup> ผู้สูงอายุที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึง 3.12 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีระดับความร่วมมือในการรักษาต่ำ<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบว่ามีความร่วมมือในการรักษาค่อนข้างต่ำ<sup>6</sup> อาจเนื่องมาจากความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมที่ต้องเน้นกิจกรรมทั้งการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลายในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาทั้งในด้านการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น การมีโรคร่วม จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวัน ความซับซ้อนของแผนการ

รักษา และจำนวนฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับประทาน<sup>7</sup> ทั้งนี้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งออกเป็น 5 มิติ ตามแบบจำลองขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านบุคลิกภาพและระบบสุขภาพ ด้านการเจ็บป่วย ด้านการรักษา และด้านตัวผู้ป่วย<sup>8</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาที่สามารถจัดการได้ด้วยบทบาทของพยาบาล จำนวน 2 มิติ จาก 5 มิติ ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย และด้านบุคลิกภาพ โดยมิติด้านตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมิติด้านบุคลิกภาพ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

ปัจจัยการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องของสติปัญญาเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>9</sup> และปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง<sup>10</sup> ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูง<sup>11</sup> และด้านความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง<sup>12</sup> การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการรับประทานอาหารรสจืด การออก

กำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการลดน้ำหนัก<sup>13</sup> นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับความ ร่วมมือในการรักษา ทั้งด้านการรับประทานยาและ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ในผู้ที่เป็นความ ดันโลหิตสูง<sup>11</sup> ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง<sup>14</sup> และปัจจัยด้านการติดต่อ สื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง<sup>11</sup> ดังนั้นปัจจัยต่างๆ ทั้งหมดดังที่กล่าวมา จึงเป็นปัจจัยที่ควรศึกษาใน ลักษณะการเป็นปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งสามารถจะจัดกระทำได้ด้วยบทบาทของ พยาบาล

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยหลายๆ ด้าน ที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่พบข้อจำกัดในการนำปัจจัย ดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษา ส่วนมากได้เน้นศึกษาเฉพาะความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาเพียงด้านเดียว อาจทำให้ไม่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก การควบคุมความดันโลหิตที่ดีและไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนนั้น จำเป็นต้องควบคุมทั้งการใช้ยา และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตร่วมกัน โดยเฉพาะใน ผู้สูงอายุที่ยังคงพบความชุกของการไม่สามารถควบคุม ระดับความดันโลหิต ค่อนข้างสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น โดย ในประเทศไทยพบว่าสามารถควบคุมระดับความดัน โลหิตได้ต่ำกว่าร้อยละ 50<sup>2</sup> แม้บางการศึกษาได้เน้น ศึกษาทั้งความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทาน ยาและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตแต่เป็นการ ศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 35-59 ปี<sup>11</sup> อาจทำให้

ไม่สามารถอธิบายปัจจัยในกลุ่มผู้สูงอายุได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่โดย เฉพาะด้านการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาและการทำ หน้าที่ด้านร่างกาย นอกจากนี้ การปฏิบัติพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุอาจจะมี ความยาก และต้องการการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลหรือครอบครัวโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารด้านความดันโลหิต และด้านการรับประทานยาลดความดันโลหิต ซึ่ง ทำให้ต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่

นอกจากนี้ จังหวัดพะเยามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากใกล้เคียง กับจังหวัดอื่นๆ โดยจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2556 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดอันดับ 1 มีอัตรา 1017.78 ต่อแสนประชากร และพบในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด<sup>15</sup> ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับจำนวน ที่สำรวจได้ของสำนักงานสาธารณสุขภาพประชาชน ไทยจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 แสดงให้เห็นถึง การควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ยังอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม แม้จะมีการรณรงค์ให้ ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมความ ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเนื่องมา จากปัจจัยคัดสรรในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจาก วัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเห็นความสำคัญ ของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรที่ สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยบทบาทของพยาบาลกับ ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง เพื่อสามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการ กำหนดรูปแบบของการพยาบาล ในการส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายที่สำคัญ คือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก โรคความดันโลหิตสูง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การติดต่อสื่อสารระหว่าง บุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## สมมติฐาน

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้ความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค) การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้รวบรวมปัจจัยมาจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยปัจจัยที่เลือกมาศึกษาได้มาจากแบบจำลองความร่วมมือในการรักษาขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยกลุ่มหลัก 5 มิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจและสังคม มิติด้านทีมสุขภาพและระบบ

สุขภาพ มิติด้านการรักษา มิติด้านผู้ป่วย และมิติด้านอาการที่เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งการเลือกปัจจัยคัดสรรมาศึกษาคัดจากปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกมิติด้านตัวผู้ป่วย และด้านบุคลากรสุขภาพ โดยมิติด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ การรับรู้ ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้หากผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยมิติด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สำหรับมิติด้านทีมสุขภาพ ได้เลือกปัจจัยคัดสรรได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยมีสมมติฐานคือ ปัจจัยคัดสรรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนรูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาทั้งด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

## นิยามเชิงปฏิบัติการ

**การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา** หมายถึง ความสามารถในการรวบรวม แลกเปลี่ยนและการใช้ข้อมูล ประกอบด้วย การคิดเชิงนามธรรม และการคำนวณ ความจำ การรับรู้เวลา สถานที่ การสื่อสาร และการแก้ไขปัญหา มี 4 ระดับ ได้แก่ สติปัญญาปกติ (คะแนน 15-19) ระดับต่ำเล็กน้อย (คะแนน 10-14) ระดับต่ำปานกลาง (คะแนน 5-9) และระดับต่ำมาก (คะแนน 0-4) วัดโดยใช้แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ของจิตตะพันธักุล และคณะ<sup>16</sup>

**การทำหน้าที่ด้านร่างกาย** หมายถึง ระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ประกอบด้วย การจัดการด้านการเงิน การประกอบอาหาร การออกไปซื้อของ การเดินทาง การทำงานบ้าน การใช้โทรศัพท์ และการรับประทานยา ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอตีแอล (CAI) ของจิตตะพันธ์กุล และคณะ<sup>17</sup>

**ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง การรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษา การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง ประเมินได้โดยใช้แบบวัดความรู้ Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS) พัฒนาโดย เออร์ค็อค และคณะ<sup>18</sup>

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรคเพื่อลดความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการจัดการโรค ประเมินได้จากการใช้แบบวัด The Health Belief for Hypertensive Patient Scale (HBHS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup>

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ทั้งด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตและการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ใช้แบบวัด The Hypertensive Self-efficacy Scale (HSS) พัฒนาโดยปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup>

**การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว** หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการให้ข้อมูล ด้านการเงิน สิ่งของ และด้านการประเมินผลการดำเนินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประเมินโดยใช้แบบวัด Hypertensive Social Support Scale (HSSS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup>

**การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การสนทนาด้วยความชัดเจน การอธิบายของบุคลากรทั้งในด้านโรคกับการรักษา และการรับฟังอย่างตั้งใจระหว่างการสนทนา และการตอบสนองต่อการแก้ปัญหา การจัดการโรคของผู้ป่วยด้วยความตระหนัก ประเมินโดยใช้แบบวัด The Provider-Patient Communication Scale (PCS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup>

**ความร่วมมือในการรักษา** หมายถึง ระดับของการยอมรับและการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางการรักษาของแพทย์ โดยมีคุณลักษณะได้แก่ 1) การปรับให้มีความสอดคล้องตรงกันในพฤติกรรมของตนเองและคำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความสามารถในการควบคุม/จัดการกับพฤติกรรมใหม่ 3) การร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแผนการรักษา และ 4) รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ประกอบด้วย การรับประทานยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การจัดการความเครียด และการมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ประเมินโดย Hypertensive Adherence to Therapeutic Regimens Scale (HATRS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup>

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ได้องค์ความรู้ทางการพยาบาลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในการออกแบบหรือกำหนดรูปแบบของการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และมารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดพะเยา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ชนิด 2) ไม่มีอาการแสดงที่รบกวนความสามารถในการตอบแบบสอบถาม และ 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการประมาณค่าอำนาจจำแนกการวิเคราะห์ ค่าอิทธิพล และตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 มีขั้นตอนสำคัญ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การคำนวณขนาดอิทธิพลประชากรที่คาดการณ์<sup>19</sup> (estimated population effect size,  $\gamma$ ) จากค่า  $R^2$  โดยใช้ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก  $R^2 = .02-.12$  ซึ่งผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพลขนาดเล็กที่  $R^2 = .06$  และแทนค่าในสูตร

$$\gamma = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \Rightarrow \quad \gamma = \frac{0.06^2}{1-0.06^2}$$

ได้ค่าขนาดอิทธิพลประชากรที่คาดการณ์เท่ากับ 0.075 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร

$$n = \frac{L + k + 1}{\gamma}$$

$n$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (estimated number of subjects needed)

$L$  = ค่าในตาราง (tabled value for the desired  $\alpha$  and power)

$k$  = จำนวนปัจจัยคัดสรรที่ศึกษา (number of selected factors)

$\gamma$  = ขนาดอิทธิพล (estimated effect size)

เมื่อแทนค่าในสูตรดังกล่าวจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 ราย และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10<sup>20</sup> เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 341 ราย โดยในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งในจังหวัดพะเยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างวันที่มาตรวจตามนัดในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลได้ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามและให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการตอบแบบสอบถามโดยไม่ได้บังคับ และไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาหรือให้บริการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่สามารถเขียน อ่านได้ จะให้ตอบเอง แต่กรณีที่ไม่ได้เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังโดยไม่อธิบายเพิ่มเติม และมีการพักการตอบแบบสอบถาม เป็นเวลา 15 นาที จบครบจำนวนข้อคำถาม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 9 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. แบบประเมินดัชนีจุฬาเอทีแอล (The Chula Activity of Daily Living Index: CAI) เป็นแบบวัดที่พัฒนาโดย จิตะพันธ์กุล และคณะ<sup>17</sup> ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 5 ข้อ เพื่อประเมินการทํากิจวัตรประจำวันขั้นสูงของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน มีระดับคำตอบให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 ถึง 3 เช่น เดินไม่ได้ = 0 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองไม่ได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง

= 1 2) ทำหรือเตรียมอาหาร หุงข้าว เช่น ทำไม่ได้ = 0 ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้ = 1 และทำได้เอง = 2 3) ทำความสะอาด ภูบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า เช่น ทำไม่ได้หรือต้องมีคนช่วย = 0 และทำได้เอง = 1 4) การทอนเงินหรือแลกเงิน เช่น ทำไม่ได้หรือต้องมีคนช่วย = 0 และทำได้เอง = 1 และ 5) การเดินทาง การใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว หรือขับรถเอง เช่น ไม่สามารถทำได้ = 0 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย = 1 โดยคะแนนทั้งหมดมีตั้งแต่ 0 ถึง 9 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงถึงมีการทํากิจวัตรประจำวันขั้นสูงได้ในระดับสูง นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยทำการทดสอบซ้ำ (test re-test) ได้ค่า  $r = 1.00$ ;  $p < .01$

3. แบบทดสอบสุขภาพจิตของจุฬา (The Chula Mental Test: CMT) พัฒนาโดย จิตะพันธ์กุล และคณะ<sup>16</sup> แบบทดสอบมีทั้งหมด 13 ข้อ ประกอบด้วย ด้านต่างๆ ได้แก่ ความจำระยะยาว การรับรู้วัน เวลา ความจำระยะสั้น ความสนใจ ความรู้ทั่วไป การใช้ภาษา การคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ และการคำนวณ ลักษณะคำตอบเป็นการให้เลือกตอบ 0 = ไม่ถูกต้อง และ 1 = ถูกต้อง โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 19 คะแนน การแปลผลระดับคะแนน 15-19 คือการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 10-14 มีปัญหาการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาเล็กน้อย คะแนน 5-9 มีปัญหาการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาในระดับปานกลาง และมีคะแนน 0-4 แสดงถึงการมีปัญหากการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาระดับรุนแรง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยทำการทดสอบซ้ำ (test re-test) ได้ค่า  $r = 1.00$ ;  $p < .01$



แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง (The Hypertension Knowledge-Level Scale: HK-LS) พัฒนาโดยเออค็อค และคณะ<sup>18</sup> เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ชาวตุรกี ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม ได้แก่ ด้านความหมายของความดันโลหิตสูง 2 ข้อ การรักษาทางการแพทย์ 4 ข้อ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4 ข้อ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 5 ข้อ ด้านอาหาร 2 ข้อ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ 5 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบเป็น 2 แบบ คือ ถูก (ได้ 1 คะแนน) และ ผิด (ได้ 0 คะแนน) ซึ่งคะแนนของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 ถึง 22 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ในระดับดี ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยใช้วิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (The Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.799

แบบสอบถามการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย (The Provider-patient Communication Scale: PCS) พัฒนาโดยปีนประภาพันธ์<sup>11</sup> เพื่อใช้ในการประเมินการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารของบุคลากรสุขภาพในเรื่อง การพูดคุยอย่างชัดเจน การอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาและโรคความดันโลหิตสูง การเข้าใจต่อปัญหาและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับโดยวัดความบ่อยครั้งในการปฏิบัติ ได้แก่ 1 = ไม่เคยปฏิบัติ 2 = ปฏิบัติน้อย 3 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และ 4 = ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงหมายถึงมีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยอยู่ใน

ระดับดี ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.818

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (The Hypertensive Social Support Scale: HSSS) พัฒนาโดยปีนประภาพันธ์<sup>11</sup> มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือการเงิน โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด = 4 ตรงกับความเป็นจริงมาก = 3 ตรงกับความเป็นจริงน้อย = 2 ไม่ตรงกับความเป็นจริง = 1 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับสูงนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (The Health Belief for Hypertensive Patient Scale: HBHS) พัฒนาโดยปีนประภาพันธ์<sup>11</sup> ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรู้แรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต มีข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะคำตอบ

เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ไม่เห็นด้วย = 2 เห็นด้วย = 3 เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 และสำหรับกรณีที่เป็นข้อคำถามทางลบ มาตราส่วนประเมินค่า ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 ไม่เห็นด้วย = 3 เห็นด้วย = 2 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน ระดับคะแนนสูงแสดงถึงมีความเชื่อทางด้านสุขภาพเหมาะสมมาก ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.847

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง (The Hypertensive Self-efficacy Scale: HSS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup> ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการมาตรวจตามนัด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด = 4 มั่นใจมาก = 3 มั่นใจน้อย = 2 มั่นใจน้อยที่สุด = 1 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 26-104 คะแนน ระดับคะแนนสูงแสดงถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.808

แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive Adherence to Therapeutic Regimens Scale: HATRS) พัฒนาโดย ปิ่นประภาพันธ์<sup>11</sup> ใช้ประเมินทั้งด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และด้านการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

ซึ่งตรงตามคุณลักษณะของความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย 1) การปรับให้มีความสอดคล้องตรงกันในพฤติกรรมของตนเองและคำแนะนำด้านสุขภาพ 2) ความสามารถในการควบคุม/จัดการกับพฤติกรรมใหม่ 3) การร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับแผนการรักษา และ 4) รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย โดยมีข้อคำถาม 29 ข้อ และมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ตรงมากที่สุด = 4 ตรงมาก = 3 ตรงน้อย = 2 ตรงน้อยที่สุด = 1 คะแนนรวมเท่ากับ 29-116 ซึ่งระดับคะแนนสูงแสดงถึงมีความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย ค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และหลังจากได้รับการอนุมัติแล้วได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่งของจังหวัดพะเยา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่เจาะจงเป็นรายบุคคล การตอบแบบสอบถามไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 6.09, Mode = 67, Median = 69) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63 และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 57.77 รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 30.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.73 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 29.29 ซึ่งใกล้เคียงกับ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน ร้อยละ 29 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็น ร้อยละ 80.94 มีระยะเวลาการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่าง 0.75 ถึง 35 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยการเป็นความดันโลหิตสูง 7.57 ปี (SD = 5.50, Mode = 3.00, Median = 7.00) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 72.43 และรับประทานยาลดความดันโลหิตวันละ 1 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.69 โดย ร้อยละ 44.57 รับประทานยาจำนวน 1.5-3 เม็ดต่อวัน และมีการมาตรวจตามนัดเฉลี่ย 3 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.42 ทั้งนี้ ส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 80.0

### ผลการศึกษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $r = .75, p < .01$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r = .44, p < .01$ ) การรับรู้ความเสี่ยง ( $r = .36, p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรง ( $r = .33, p < .01$ ) การรับรู้ประโยชน์ ( $r = .26, p < .01$ ) การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ( $r = .24, p < .01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ในขณะที่การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ( $r = -.20, p < .05$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าสหสัมพันธ์ (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n = 341)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r) ความร่วมมือในการรักษา
การทำหน้าที่ด้านร่างกาย	-.07
ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง	.01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในความร่วมมือในการรักษา	.75**
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.44**
ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน	
การรับรู้ความเสี่ยง	.36**
การรับรู้ความรุนแรง	.33**
การรับรู้ประโยชน์	.26**
การรับรู้อุปสรรค	.08
การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย	.24**
การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา (Cognitive function)	-.20*

\*p < .05, \*\*p < .01

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยคัดสรรส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งมีค่าความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง ( $r = .75$ ) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r = .44$ ) การรับรู้ความเสี่ยง ( $r = .36$ ) การรับรู้ความรุนแรง ( $r = .33$ ) การรับรู้ประโยชน์ ( $r = .26$ ) และปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย ( $r = .24$ ) ส่วนปัจจัยการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ( $r = -.20$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา และมีบางปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาสามารถอธิบายดังต่อไปนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา โดยมีค่าความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง โดยหากผู้สูงอายุมีความเชื่อและคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง ทั้งในด้านการปฏิบัติตัวในการรับประทุกันยาและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต จะนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพราะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดี มีความสัมพันธ์กับความชุกของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการรับประทุกันอาหารรสจืด การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการลดน้ำหนัก<sup>13</sup>

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ การดำเนินชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การกระตุ้นเตือนเรื่องการรับ

ประทานยา การจัดเตรียมอาหาร การพาไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ตามนัด การให้คำปรึกษาหรืออธิบายเกี่ยวกับการรับประทานยา ทั้งนี้เป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง<sup>14</sup> โดยสอดคล้องกับการศึกษาของปีนประภาพันธ์<sup>11</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง หากตนเองไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงต้องพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม และใส่ใจกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความร่วมมือในการรักษาค่อนข้างดี และการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงที่อาจเกิดจากโรคแทรกซ้อนจากการมีระดับความดันโลหิตสูง และรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงแสดงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ดีทั้งด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น รับประทานอาหารลดเค็ม ออกกำลังกาย จัดการกับความเครียด<sup>12</sup> ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรง อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้ คำแนะนำ จากบุคลากรสุขภาพหรือจากบุคคลในครอบครัว หรือการได้เห็นตัวอย่างของคนที่เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต<sup>12</sup>

การสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อาจเป็นเพราะการสื่อสารที่ตรงระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ เกิดความไว้วางใจ ลดภาวะเครียด ตลอดจนเกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ การสื่อสารที่ดีอาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการตัดสินใจที่ดีขึ้น และลงมือปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปีนประภาพันธ์<sup>12</sup> ซึ่งพบว่าการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางตรงเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรักษาในบุคคลที่เป็นความดันโลหิตสูง

การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน เพราะโดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับความคิด สติปัญญาปกติ ไม่บกพร่อง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่ดี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในเชิงลบ กล่าวคือ หากบุคคลมีการทำหน้าที่ด้านสติปัญญาสูง จะมีความร่วมมือในการรักษาในระดับต่ำ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดของการใช้

ความคิด ความจำ การรับรู้เวลาสถานที่ การสื่อสาร การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จะเป็นกลุ่มที่ทั้งครอบครัว และบุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญและติดตามความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะด้านการรับประทาน ยาอย่างสม่ำเสมอมากเป็นพิเศษ จึงมีการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง จึงส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี

การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับความ ร่วมมือในการรักษา กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้หรือตระหนักในอุปสรรคต่างๆ มากหรือน้อย ไม่มี ผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดี ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สามารถปรับตัวในการ ดำเนินชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น สามารถ รับประทานยาลดความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง ลด การรับประทานอาหารรสเค็ม ไขมันสูง สามารถไป พบแพทย์ตามนัดได้ โดยปฏิบัติอยู่เป็นประจำในชีวิต ประจำวัน จึงอาจมองข้ามสิ่งที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรค ต่างๆ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างอาจให้ความสำคัญกับการ รับรู้ด้านอื่นมากกว่า เช่น การรับรู้ความเสี่ยง ความ รุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้

การทำหน้าที่ด้านร่างกายไม่มีความสัมพันธ์ กับความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องจาก ในการ ศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่ มีอายุ 60-69 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ยป่วยเป็นโรคความ ดันโลหิตสูง 7.5 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน หรือมีโรคแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างยัง คงแข็งแรงดี สามารถทำงานต่างๆได้ดี ประกอบ

อาหารเองได้ ซื่อของต่างๆได้ด้วยตนเอง สามารถ เดินทางไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลเองได้โดย ไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน บางคนสามารถขับรถไปเอง ได้ ไม่มีปัญหาหรือข้อจำกัดในด้านการทำหน้าที่ของ ร่างกาย ประกอบกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จึงสามารถดำเนินชีวิต ได้ตามปกติ ทำให้การศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำหน้าที่ ด้านร่างกาย ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งด้านการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิต

ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงไม่มีความ สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องมา จากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ในการรักษา เช่น ความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์ ส่วนบุคคล การสื่อสารของบุคลากรสุขภาพ และผล การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยอยู่ ในระดับค่อนข้างต่ำ แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความ ดันโลหิตสูงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อประกอบ การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ของบุคคล ที่จะส่งผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม หรือไม่แสดงพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการรักษา ได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตาม ทฤษฎี แต่กลับเป็นการสนับสนุนว่า การส่งเสริม ความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงไม่จำเป็นต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับโรคความ ดันโลหิตสูง แต่ควรอาศัยปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ความเชื่อ ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เข้ามาจัด กระทำเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่าง เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการศึกษาทำให้ได้องค์ความรู้ทางการพยาบาล ที่ทำให้ทราบถึงปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ดี และการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ซึ่งสามารถนำองค์ความรู้ดังกล่าวไปใช้ในออกแบบหรือกำหนดรูปแบบของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเป้าหมายที่สำคัญคือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

### เอกสารอ้างอิง

1. Fukutomi M, Kar io K. Aging and Hypertension. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 2010; 8(11): 1531-39.
2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553.
3. Kalogianni, A. Factors Affect in Patient Adherence to Medication Regimen. *Health Science Journal*, 2011; 5(3): 157-8.
4. Nguyen, H., Odelola, O. A., Rangaswami, J., Amanullah, A. A Review of Nutritional Factors in Hypertension Management. *International Journal of Hypertension*, 2013. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/698940>
5. Correa Leite, M. L., Firmo, J. OA., Filho, A. L., Lima-Costa, M. F. Discontinuation of Anti-hypertensive Drugs Increases 11-year Cardiovascular Mortality Risk in Community-dwelling Elderly (The Bambui Cohort Study of Ageing). *Bio Medical Public Health*, 2014; 14 (725). doi: 10.1186/1471-2458-14-725.
6. Rajpura, J., Nayak, R. Medication Adherence in a Sample of Elderly Suffering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. *Manag Care Pharm*, 2014; 20(1): 58-65.
7. Okoro, R. N., Ngong, C. K. Assessment of Patient's Antihypertensive Medication Adherence Level in Non-co morbid Hypertension in a Tertiary Hospital in Nigeria. *International Journal of Pharmacy and Biomedical Sciences*, 2012; 3(2): 47-54.
8. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapy: Evidence for Action. World Health Organization: Geneva, 2013.
9. Thiruchselvam, T., Naglie, G., Moineddin, R., Charles, J., Orlando, L., Jaglal, S. et al. Risk Factors for Medication Non-adherence in Older Adults with Cognitive Impairment who Live Alone. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2012; 27: 1275-82. doi: 10.1002/gps.3778

10. Sritarapipat, P., Pothiban, L., Panuthai, S., Lumlertgul, D., Nanasilp, P. Causal Model of Elderly Thais' Self-management Behaviors of Pre-dialysis Chronic Kidney Disease. *Pacific Rim International Nursing Research*, 2012; 16(4): 277-93.
11. Pinprapapan, E. A Causal Model of Adherence to Therapeutic Regimens among Persons with Hypertension. Doctoral Dissertation, 2013. Retrieved from [http://library.cmu.ac.th/digital\\_collection/etheses/](http://library.cmu.ac.th/digital_collection/etheses/)
12. Atulomah, N. O., Florence, O. M., Oluwatosin, A. Treatment Adherence and Risk of Non-compliance among Hypertensive at a Teaching Hospital in Ogun State, Southwest Nigeria. *The Journal of Life and Physical Sciences (acta SATECH)*, 2010; 3(2): 143-9.
13. Warren-Findlow, J., Seymour, R.B., Huber, L. R. B. The Association between Self-efficacy and Hypertension Self-care Activities among African American Adults. *Journal Community Health*, 2012; 37: 15-24.
14. Al-Kandari, Y. Y. Relationship of Strength of Social Support and Frequency of Social Contact with Hypertension and General Health Status among Older Adults in the Mobile Care Unit in Kuwait. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2011; 26: 175-87. doi: 10.1007/s10823-011-9139-9
15. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ประจำปีงบประมาณ 2556. เข้าถึงได้จาก <http://www.pyomoph.go.th/service/photo/403.pdf>
16. Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, P. Chula Mental Test: A Screening Test for Elderly People in Less Developed Countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1996; 11(8): 715-20.
17. Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Ebrahim, S. The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population : Development of A New Index. *Age and Ageing*, 1994; 23(2): 97-101.
18. Erkoc, S. B., Isikli, B., Metintas, S., Kalyoncu, C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): A Study on Development, Validity and Reliability. *International Journal of Environmental Research. Public Health*, 2012; 9: 1018-29. doi:10.3390/ijerph9031018
19. Polit, D. F., Beck, C. T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). 2008. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
20. Polit, D. F., Hungler, B. P. *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). 1999. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.