

การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยา
และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน*
Development of Instrument for Keep Taking
Medicine and Motivation in Taking Medicine among
Elderly Hypertension in Community*

พนิดนันท์ วงศ์สุวรรณ**
Panidnun Wongsuwan**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนของกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แล้วหาค่าความเชื่อมั่น ค่าความตรง รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องกับการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินอันตรายต่อสุขภาพทั้งความรุนแรงและความเสี่ยง รวมทั้งประเมินการเผชิญปัญหา ด้านการรับรู้ในความสามารถตนเองและการรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดำรงชีวิต

คำสำคัญ : การรับรู้พฤติกรรมการรับประทานยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ABSTRACT

This study is to be the development of measuring instrument for motivated taking medicine and the behaviors in drug adherence to prevent the complication of hypertension which apply to the context of Bangkok Metropolitan community with 30 samples. The samples are composed of perceived severity of the hypertension and the complication, perceived vulnerability of the hypertension and the complication, perceived self-efficacy, response efficacy, and the behaviors in drug adherence. (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8). This aims to find the reliability and validity , including find the relation between drug adherence and control the level of blood pressure to evaluate the health seriousness both severity and risk. This also evaluates the problem in perceived self-efficacy and response efficacy in drug adherence. This focuses on increase the more efficiency in motivation in taking- medicine among elderly with hypertension and increase of the more potentiality for living.

Keywords : Perceiving in taking-pills, Drug adherence, Older with hypertension

* Received the research funds from Navamindradhiraj University, Bangkok

** Permanent lecturer at Kuakarun Faculty of Nursing Navamindradhiraj University

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงมีอันตรายร้ายแรง ซึ่งคาดว่าอัตราการความชุกประมาณในปี 2025 จะมีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1,560 ล้านคนทั่วโลก โดยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 1 ใน 3 คน จะพบมีภาวะความดันโลหิตสูง¹ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติสำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ป่วย ในปี พ.ศ.2557 พบโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก มีอัตราการความชุกป่วยถึง 1,561.43 คน ต่อประชากรแสนคน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 มีอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 234, 270 และ 305 คนต่อประชากรแสนคนตามลำดับ² และมีอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยพบ 4,056.19 คนต่อประชากรแสนคน มีการศึกษาพบว่าโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอายุ โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 50 และจะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 66 เมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท³ ซึ่งสาเหตุโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้สูงอายุ คือ การแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทำให้เสียความยืดหยุ่น เกิดแรงต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น⁴⁻⁶ รวมทั้งจากปัจจัยทางพฤติกรรม (Life-style) ได้แก่ ภาวะเครียด พฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม มีไขมันสูง รูปร่างอ้วน ทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ถ้าไม่ได้ควบคุมระดับความดันโลหิต จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ ภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย ร้อยละ 69, หลอดเลือดสมอง ร้อยละ 77, ภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 743 ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษา และการดูแล เช่น ค่าฟอกเลือด เมื่อเกิดโรคไตวายในผู้ป่วย ค่าอุปกรณ์และค่าจ้างผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง⁷ นอกจากนั้นผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่อตัวของผู้สูงอายุ ยังทำให้เกิดความพิการ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด วิตกกังวล เกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า มีภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิต การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต⁸ ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร ลดการบริโภคโซเดียมหรืออาหารรสเค็ม บริโภคอาหารไขมันต่ำและมีกากใยสูง ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด และบริหารร่างกายอย่างน้อย 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ควบคู่กับการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง³ โดยประสิทธิผลของการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่ได้ผลดีที่สุด คือ การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพราะสามารถควบคุมให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตจากโรคได้⁹ แต่พฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยโดยมีการศึกษายืนยันว่าผู้สูงอายุรับประทานยาต่อเนื่องและถูกต้องเพียงร้อยละ 26 ถึง 59 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้น และพบผู้สูงอายุร้อยละ 60 ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา อ่านฉลากยาไม่ได้ ไม่เข้าใจในคำแนะนำที่ทีมสุขภาพแนะนำให้ เกิดจากสาเหตุ

หลายปัจจัย ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความเสื่อมทางร่างกาย เช่น หลงลืม มองเห็นไม่ชัด การได้ยินลดลง ความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวน้อยลง และความเสื่อมทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด คุณค่าในตัวเองต่ำลง¹⁰ สภาพการเจ็บป่วยในบางระยะของผู้สูงอายุซึ่งมาจากโรคร่วมอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่ดีขึ้น และไม่ทราบความก้าวหน้าของการรักษาจึงขาดความตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขาดความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ความเข้าใจ ล้วนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งการเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้ผู้สูงอายุหยุดการใช้ยาเอง โดยไม่แจ้งอาการผิดปกติให้แพทย์ทราบเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การไม่ใช้ยา คิดว่ายามีประสิทธิภาพหรือยาไม่ปลอดภัย การไม่รับประทานยาบางมื้อ ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา ขาดความสามารถในการเข้าไปรับยา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹¹

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะการทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(Protective Motivation Theory) โดยเน้นกระบวนการคิด ทักษะ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม¹² โดยองค์ประกอบของทฤษฎี มีกระบวนการรับรู้ 2 ประเภท คือ 1.) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2.) การ

ประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ในความสามารถตนเอง และการรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อที่พยายามจะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จ โดยเชื่อว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยตามทฤษฎีซึ่งนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้บุคคลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตามการรับรู้อันตรายจากโรคและความสามารถในการเผชิญปัญหา จึงนำมาใช้ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เข้าใจในพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือสาเหตุของการหยุด ไม่รับประทานยา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กรุงเทพมหานคร ซึ่งการศึกษาคั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบประเมิน แรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการหาค่าความเชื่อมั่นและความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้ในการคัดกรองร่วมกับการวัดระดับความดันโลหิตจากเครื่องวัดเพื่อติดตามการรักษา และประเมินการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคด้วยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการศึกษา



วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเครื่องมือเพื่อคัดกรองโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมระดับความดันโลหิต รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดใช้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (60-80) ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาโรคความดันโลหิตสูงทุกชนิด ในชุมชนของกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยการประยุกต์ข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม

ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ สามารถเลือกตอบได้แบบ Likert scale 3 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละด้านมีดังนี้ **ด้านที่ 1.** การรับรู้ความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน **ด้านที่ 2.** การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน **ด้านที่ 3.** การรับรู้ความสามารถตนเอง **ด้านที่ 4.** การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และ **ส่วนที่ 2** การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8) ได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือโดย Donald E. Morisky ส่งเครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยมาและนำมาทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การคัดกรองโรคโดยแบบวัดความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยา (Medication Adherence Measure)

การคัดกรองโรค (Screening) หมายถึง การตรวจสอบค้นหาโรคหรือความผิดปกติในกลุ่มคนที่ยังไม่มีอาการโดยใช้วิธีการที่ง่ายและรวดเร็ว เพื่อการคัดแยกบุคคลที่อาจจะเป็นโรคหรือมีความผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกาย เพื่อนำไปตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาก่อนที่โรคจะดำเนินไปมากจนปรากฏอาการของโรคนั้น

Screening Test หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยกบุคคลที่อาจจะเป็นโรคหรือมีความผิดปกติออกจากบุคคลที่ไม่เป็นโรคหรือปกติ เช่น การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างง่าย และการใช้แบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ เป็นต้น เพื่อให้สามารถแยกผู้ที่มีความผิดปกติ (ผลการคัดกรองเป็นบวก) ออกจากคนที่ไม่มีอาการผิดปกติ (ผลการคัดกรองเป็นลบ) แล้วจัดให้มีการตรวจอย่างละเอียดในบุคคลกลุ่มแรก ซึ่งหากพบว่าเป็นโรคจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่ ทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น วงการแพทย์ในปัจจุบันได้แนะนำให้ใช้การคัดกรองโรคในชุมชนมากขึ้น ทั้งนี้เพราะวิธีการนี้จะช่วยลดความรุนแรงของโรคและระยะเวลาป่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ให้ผลการพยากรณ์โรคที่ดี และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ทั้งนี้ เครื่องมือนี้จะต้องใช้ง่ายและไม่ยุ่งยาก¹³

การคัดกรองโรค (Screening for Disease) การคัดกรองโรคครั้งนี้ เพื่อค้นหาระดับของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Donald E. Morisky มีข้อความทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6) ระดับปานกลาง (6 ถึงน้อยกว่า 8) และระดับสูง (8 คะแนน) เพื่อ

ค้นหาว่าระดับคะแนนของแบบสัมภาษณ์ MMAS-8 มีความสัมพันธ์ต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุอย่างไร โดยเฉพาะระดับความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มม.ปรอท เพื่อสามารถเลือกนำเครื่องมือ MMAS-8 มาใช้ในการคัดกรองผู้มีระดับความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ควบคุมไปกับการวัดระดับความดันโลหิตจากเครื่องวัดความดันโลหิต โดยผู้สูงอายุอาจมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่องได้ แต่ให้ประวัติไม่ตรงกับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างแท้จริง เพื่อเป็นการคัดกรองค้นหาในกลุ่มผู้สูงอายุ หากสงสัยว่าจะไม่รับประทานอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้(ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท) เพื่อทำการส่งต่อแพทย์ให้รับการรักษาตรวจวินิจฉัยและหาภาวะแทรกซ้อนจากโรค หากตรวจยืนยันพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจริงจะได้ให้การรักษาอย่างทันท่วงที

วิธีการคัดกรอง

การเลือกวิธีการคัดกรองที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพดี ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ราคาไม่แพง และใช้เวลาน้อยในการทดสอบ วิธีการคัดกรองที่ดี ควรมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ให้ผลการตรวจตรงกับความเป็นจริงหรือมีความถูกต้อง (Validity) สูง คือ ถ้าผลการตรวจเป็นบวก แสดงถึงคนๆนั้นน่าจะหรือมีความผิดปกติจากการป่วยด้วยโรคนั้นจริง เช่น ถ้าผลการทดสอบเป็นบวก มีความเป็นไปได้สูงที่บุคคลนั้นน่าจะป่วยด้วยโรคนั้นๆจริง ถ้าผลการทดสอบเป็นลบ บุคคลที่ถูกทดสอบนั้นน่าจะไม่ป่วยด้วยโรคนั้นๆ

2. มีความเชื่อมั่น (Reliability) สูง หมายถึง ความสามารถของการทดสอบที่จะให้ผลการทดสอบเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันทุกครั้งเมื่อทำการทดสอบของอย่างเดียวกัน ภายใต้สภาวะการณ์อย่างเดียวกัน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะขึ้นอยู่กับ ความผันแปรของเครื่องมือที่ใช้วัด ความผันแปรที่เกิดจาก

ตัวผู้ทดสอบเอง ความผันแปรที่เกิดจากการใช้ผู้ทดสอบหลายๆคนที่ชำนาญแตกต่างกัน ทำให้ได้ผลการทดสอบแตกต่างกัน และความผันแปรของผู้ถูกตรวจ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Selective Screening) ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บริการสุขภาพตั้งแต่หน่วยปฐมภูมิขึ้นไป และได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตมารับประทานทุกชนิด โดยใช้การสัมภาษณ์ในชุมชนด้านพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเมื่อพิจารณาจะพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีอัตราความชุกสูง (Prevalence rate) ถ้าไม่ให้การรักษาหรือรับประทานอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีอัตราป่วยตายสูง (Case fatality rate) หรือเมื่อมีโรคแทรกซ้อนจนกระทั่งทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาให้หายขาดได้ยาก และเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไว้ได้ต้องรีบตรวจให้พบก่อนที่จะปรากฏอาการ (มี Detectable preclinical phase) ซึ่งถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่อาการจะปรากฏและรีบให้การรักษาทันทีแล้ว จะให้ผลพยากรณ์ของโรคที่ดีกว่า และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า

การศึกษาครั้งนี้สัมภาษณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เครื่องมือวัด The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 พัฒนาขึ้นโดย Donald E. Morisky จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยความไม่ต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วย เครื่องมือถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันการแปล MAPI โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญทางภาษามากกว่า 2 ท่าน เพื่อให้เกิดความตรง (Validity) ของเครื่องมือ คือความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) ที่ต้องการจะวัด โดยเฉพาะความตรงเชิงพินิจ(Face Validity)¹⁴ เพื่อวัดคุณลักษณะพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 2 แบบคือ ใช่และไม่ใช่ มีคะแนนเป็น 0

และ 1 โดยตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ “ บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตหรือไม่” “ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่” “ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่สะดวก ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตทุกวัน” และข้อคำถามที่เกิดจากอาการไม่พึงประสงค์หรือฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาด้วยยา ได้แก่ “ ท่านเคยลดขนาดยาหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตหรือไม่ โดยไม่ได้บอกแพทย์ เนื่องจากท่านรู้สึกว่าการแย่งหลังรับประทานยา” ซึ่งแบบสอบถามส่วนใหญ่ที่แสดงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้องเลือกตอบว่า ไม่ใช่ จึงได้ 1 คะแนน เพื่อป้องกันความโน้มเอียง (bias) และมีข้อคำถามที่ต้องตอบว่า ใช่ จึงได้คะแนนเพิ่ม คือ “เมื่อวานนี้ ท่านรับประทานยาลดความดันหรือไม่” นอกจากนี้มีคำถามข้อสุดท้ายของแบบสอบถามที่สามารถเลือกตอบได้แบบ Likert scale 5 ตัวเลือก คือ 1).ไม่เคย/น้อยมาก 2).นานๆ ครั้ง 3).บางครั้ง 4).เป็นประจำ 5). ตลอดเวลา

การวัดอื่นๆ (Other Measure)

การวัดระดับความดันโลหิต นิยมกระทำที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า (non-dominant arm) พัน arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 ซม. และให้กึ่งกลางของถุงลม ซึ่งจะมีเครื่องหมายวงกลมเล็กๆ ที่ขอบให้วางอยู่บนหลอดเลือดแดง brachial ให้ประมาณระดับ SBP ก่อน โดยการคลำบอลลูกยาง (rubber bulb) ให้ลมเข้าไปในถุงลมอย่างรวดเร็วจนคลำชีพจรที่หลอดเลือดแดง brachial ไม่ได้ ค่อยๆปล่อยลมออกให้ปรอทในหลอดเลือดแดงระดับลงในอัตรา 2-3 มม.ปรอท/วินาที จนเริ่มคลำชีพจรได้ถือเป็นระดับ SBP คร่าวๆ การวัดระดับความดันโลหิตโดยการฟังให้วาง bell หรือ diaphragm ของ stethoscope เหนือหลอดเลือดแดง brachial

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง สำหรับในผู้สูงอายุ นั้นเหมือนของเกณฑ์ผู้ใหญ่ทั่วไปคือ $\geq 140/90$ มม.ปรอท โดยแพทย์วินิจฉัยโรคร่วมกับการประเมินร่างกายผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและอวัยวะต่างๆ จึงควรหา TOD (Target organ damage) ให้

ละเอียด¹⁵ และตรวจหาโรคร่วมอื่นที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว เช่น ต่อมลูกหมากโต ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิด CVD ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โดยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคเบาหวานหรือโรคไตวาย ควรรักษา ระดับความดันโลหิตที่เป้าหมาย น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=30 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	4	13.3
หญิง	26	86.7
อายุ		
60-69 ปี	20	66.7
70-80 ปี	10	33.3
สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	21	70.0
คู่	9	30.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	60.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.3
ปริญญาตรี	1	3.3
อื่นๆ	3	10.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20.0
ประกอบอาชีพ	24	80.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=30 คน) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ไม่มีรายได้	3	10.0
มีรายได้	27	90.0
อาศัยอยู่กับ		
ครอบครัว	23	76.7
เพื่อน	3	10.0
คนเดียว	4	13.3

ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 และมีเพศชาย ร้อยละ 13.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 66.7 และช่วงอายุ 70-80 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 70 สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 30.0 และอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 76.7 ประกอบด้วย สามี ภรรยา ญาติ บุตร หรือหลาน ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาที่สุดถึงร้อยละ 60.0 และยังคงประกอบอาชีพถึงร้อยละ 80 ได้แก่ ธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย รับจ้าง เป็นต้น ทำให้ยังคงมีรายได้อยู่ ร้อยละ 90.0

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 และการควบคุมระดับความดันโลหิต

คะแนนการรับประทานยา	การควบคุมระดับความดันโลหิต	
	ได้	ไม่ได้
ระดับคะแนนต่ำ น้อยกว่า 6	20.0%	3.3%
ระดับคะแนนปานกลาง 6 ถึง น้อยกว่า 8	50.0%	16.7%
ระดับคะแนนสูง 8	0.0%	10.0%

Chi-square, 8.0; p = 0.02 ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้คือ ตัวบนน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และตัวล่าง น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 30 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 มี 8 คะแนนเต็ม โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำคือ น้อยกว่า 6 คะแนน ระดับปานกลางคือ 6 ถึง น้อยกว่า 8 คะแนน และระดับสูงคือ 8 คะแนน พบว่า ระดับคะแนนการรับประทานยาส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับประทานยากับการควบคุมระดับความดันโลหิต (BP น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square,8.0; $p = 0.02$)

ตารางที่ 3 ความเที่ยงเชิงสอดคล้องภายในของการวัดการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 (n=30 คน)

เครื่องมือ	r
1. การรับรู้ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	0.91
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	0.82
3. การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.88
4. การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	0.78
5. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง MMAS-8	0.55

ความสอดคล้องภายในของการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง: MMAS-8 รายข้อทั้ง 5 ส่วน แสดงดังในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเที่ยงเชิงสอดคล้องภายในรายข้อของการวัดการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8)

ข้อคำถาม	r
ส่วนที่ 1 การรับรู้ความรุนแรง	
1. ภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าไม่รักษาทำให้ระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ อาจเสียชีวิตทันที	0.89
2. ภาวะความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ อาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์หรืออัมพาต	0.88
3. ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงและเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต จะไม่สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง	0.88
4. การมีระดับความดันโลหิตสูงมาก อาจเกิดภาวะจอประสาทตาเสื่อม และทำให้ตาบอดได้	0.91
5. ภาวะความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตเสื่อม เกิดไตวายเรื้อรังได้	0.95

ตารางที่ 4 ความเที่ยงเชิงสอดคล้องภายในรายข้อของการวัดการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 (ต่อ))

ข้อคำถาม	r
6. การเกิดไตวายเรื้อรังจากภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก	0.88
7. ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเช่น อัมพาต หัวใจ โรคไต หรือตาบอด ทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว	0.88
8. ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงเช่น อัมพาต หัวใจ โรคไต หรือตาบอด ทำให้ต้องมีผู้ดูแลและเป็นภาระ	0.89
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยง	
1. หากท่านรับประทานยาโรคความดันที่เก่าหรือแกะออกจากซอง ประสิทธิภาพยาจะลดลงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.77
2. หากท่านลืมรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.78
3. การจำสีเม็ดยา ทำให้มีโอกาสรับประทานยาผิดได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.78
4. การแกะเม็ดยาออกจากซองไว้ มีผลให้เม็ดยาขึ้น ประสิทธิภาพยาลดลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.77
5. ยาลูกกลอน ยาต้ม ยาหม้อเมื่อรับประทาน จะทำให้ท่านมีระดับความดันโลหิตคงที่	0.81
6. หากต้องออกเดินทางนอกที่พักอาศัย ท่านพกยาเพื่อรับประทานอย่างต่อเนื่องได้	0.78
7. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตไม่ตรงเวลา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.76
8. การปรับขนาดยาโรคความดันโลหิต เช่น ลดหรือเพิ่มเอง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.89
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง	
1. ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตตรงกับช่วงเวลาที่แพทย์สั่ง	0.77
2. ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต ครบถูกต้องตามแผนการรักษา	0.78
3. ท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต ตามขนาดที่แพทย์สั่ง	0.78
4. ท่านไม่เคยซื้อยาลดความดันโลหิตจากร้านขายยามารับประทานเอง	0.79
5. ท่านมีผู้ช่วยเหลือในการจัดยารักษาโรคความดันโลหิต	0.79
6. ท่านอ่านฉลากยาหรือทราบชื่อยา จำนวน ขนาด ยาโรคความดันโลหิตของท่าน	0.78
7. ท่านไปรับยาตามวันที่แพทย์นัดเสมอ	0.78
8. เมื่อมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต ท่านสามารถแจ้งแพทย์	0.77

ตารางที่ 4 ความเที่ยงเชิงสอดคล้องภายในรายข้อของการวัดการรับรู้แรงจูงใจในการรับประทานยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale : MMAS-8 (ต่อ))

ข้อความ	r
ส่วนที่ 4 การรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์	
1. ท่านอ่านฉลากยา เพื่อทบทวนว่าถูกต้อง ตรงขนาด เพื่อป้องกันการรับประทานยามิได้	0.73
2. ถ้าท่านรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ระดับความดันโลหิตจะปกติ	0.77
3. การเก็บยาโรคความดันโลหิตสูงให้พ้นจากแสง เช่น ไม่แกะยาออกจากซองบรรจุ จะทำให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษา	0.72
4. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ตรงเวลา จะทำให้ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ มีประสิทธิภาพมากขึ้น	0.75
5. ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ไม่สามารถรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้	0.82
6. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์สั่ง จะป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้	0.73
7. เมื่อได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตมาใหม่ จะไม่นำมาเก็บรวมกับยาที่เหลือครั้งก่อน	0.76
8. เมื่อต้องออกไปนอกที่พักอาศัย ท่านพกยารักษาโรคความดันโลหิตไปรับประทานด้วย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต	0.73
ส่วนที่ 5 การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง MMAS-8	
1. บางครั้งท่านลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่	0.62
2. ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่	0.44
3. ท่านเคยลดขนาดหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ โดยไม่ได้บอกแพทย์ เนื่องจากท่านรู้สึกว่าการแย่งหลังรับประทานยา	0.46
4. เมื่อท่านต้องเดินทาง หรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านลืมที่จะพกยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไปด้วยหรือไม่	0.59
5. เมื่อวานนี้ ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงหรือไม่	0.54
6. บางครั้งท่านเคยหยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ เมื่อรู้สึกว่าการของโรคความดันโลหิตสูงของท่านควบคุมได้แล้ว	0.51
7. ท่านรู้สึกยุ่งยากหรือไม่สะดวก ในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทุกวัน	0.49
8. บ่อยแค่ไหน ที่ท่านรู้สึกว่าการจดจำรับประทานทั้งหมดให้ครบถ้วน ทำให้ยุ่งยาก	0.47

การอภิปรายผล

เครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมกรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ¹⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1). การรับรู้ความรุนแรงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 อยู่ในระดับสูง คือ ข้อคำถามสามารถใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เนื่องจากการไม่รับประทานยารักษาโรค ความดันโลหิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลที่อันตรายถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต 2). การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคผล เท่ากับ 0.82 อยู่ในระดับสูง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากการไม่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อคำถามสามารถใช้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเนื่องจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคอัมพาต โรคหัวใจ จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรังได้ 3). การรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 อยู่ในระดับสูง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการรับประทานยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ขนาดหรือจำนวนของยาที่ต้องรับประทานให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ความสะดวกของการอ่านฉลากที่ของยาเพื่อให้รับประทานได้ถูกวิธี เป็นต้น 4). ความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ประสิทธิผลในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78

อยู่ในระดับสูง ซึ่งการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และถูกต้องจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น 5). การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.55 อยู่ในระดับต่ำ โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต จึงเหมาะสมที่จะเป็นเครื่องมือใช้ในการประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสม เพื่อการคัดกรองโรคในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน โดยเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีเศรษฐกิจระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาซึ่งมีข้อจำกัดในการอ่านและเข้าใจในภาษา ซึ่งแบบวัด The 8-item Morisky Medication Adherence Scale:MMAS-8 เป็นแบบประเมินที่สั้นและเข้าใจได้ง่าย ผู้ป่วยสามารถตอบแบบประเมินได้เอง จะทำให้สามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องที่บ้านได้สะดวกขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การวัดความต่อเนื่องในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง สามารถใช้แบบวัด The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8 เพื่อคัดกรองในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวิธีการคัดกรองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ ไม่ยุ่งยาก เป็นวิธีการคัดกรองที่ดีวิธีหนึ่งสามารถบ่งชี้ปัญหาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคู่กับการติดตามการรักษาโดยใช้เครื่องวัดระดับความดันโลหิตเพื่อประเมินผลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ลดความรุนแรงของโรคและระยะเวลาการป่วย ทำให้

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁷ และการใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากมีความเชื่อมั่น(Reliability)ในระดับสูง และความตรงได้รับการตรวจสอบเนื้อหาและความเหมาะสม ประกอบด้วยข้อคำถามที่สั้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่นานและชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อนำมาประเมินปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน

REFERENCES

1. World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertension*, 2003; 21:1983-1992.
2. Public health statistics A.D. 2013. Bureau of Policy and Strategy.[online]2013. (cited 2016 March, 12).Available from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics_2556.pdf. (in Thai)
3. Joint Nation Committee.The seventh report of the joint nation committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. :The JNC7 report. *Journal of the American Medical Association*, 2003 ; 289 : 2560-2572.
4. Grodzicki, T., & Messerli, F.H. Hypertension in the elderly. In G. Mancia., et al. (Eds.),*Manual of Hypertension*. London: Churchill Livingstone,2002: 543-553.
5. Kaplan, N.M. Kaplan’s clinical hypertension. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott William& Wilkins, 2002.
6. Supiano, M.A. Hypertension.In C. K. Cassal (Ed.), *Geriatrics medicine*. New York: Springer, 1997 : 375-389.
7. Faculty of Economics Chulalongkorn university and The office of promotion and protection of children, youth, disabilities, elderly. The Ministry of social development and human security. Full report research long-term care systems to enhance security for old age. [online] 2010. (cited 2015 June, 30). Available from http://www.oppo.opp.go.th/older_data/webpages/workoppo. (in Thai)
8. Wilbert S. Aronow , Jerome L. Fleg,& Nancy T. Artinian, et al. A Report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents:ACCF/ AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly. *Journal of American College of Cardiology*, 2011 ; 57(20) : 2049-2053.

9. Guidelines in the Treatment of Hypertension 2015. Thai Hypertension Society. [online] 2015. (cited 2016 June,3). Available from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>. (in Thai)
10. Thiangthum, W. , Lagampan, S. and Powwattana, A. Community capacity buiding: concept and applications. Bangkok: Danex intercooperation, 2011: 16. (in Thai)
11. Donald E. Morisky, Alfonso Ang Marie, Krousel - wood and Harry J. Ward. Preditive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setteing. The jounal of clinical Hypertension, 2008 ; 10(5) : 348-354.
12. Boer, H. & Sedel, E.R. Protection Motivation Theory.In M. Conner & P.Norman (Eds.) Predicting Health Behaviour Research and Practice with Social Cognition Models. Hong Kong: Open University Press,1998 : 95-118.
13. Phothiphak, A. Principle of Epidemiology No.2, Faculty of Public health, Mahidol University. Department of Epidemiology. Bangkok, 2009: 14-1.(in Thai)
14. Saiyot, S. and Saiyot, A. Techniques for measuring learning. Department of measuring and research. Faculty of Education, Srinakharinwirot University, 2000: 209. (in Thai)
15. Achananuparp, S. The initial treatment and referral of patients manual. (5th ed.). Bangkok: Media print, 2010 : 689. (in Thai)
16. Rotplagorn Good, P. and Lecha, Y. Statistics for nursing research and using SPSS for Windows. (4th ed.). Bangkok: Jootthong company, 2013: 307. (in Thai)
17. Gasemgitvatana, S. & lemsawatdikul, W. Nursing Adults and Elders, Unit 11. Nonthaburi: Sukhothaithammathirat university printing, 2003.(in Thai)