



ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

The Effect of Health Belief Programme on Medicine used Behavior in Older Persons with Hypertension

พว.ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์* รศ.ร.อ.หญิง ดร.พว.ศิริพันธุ์ สาสัตย์**
Nattanun Kumpiriyapong, R.N.,* CAPT Siriphan Sasat, R.N., Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ตัวแปร เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.74 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of health belief programme on medicine use behavior in older persons with hypertension. Forty older persons with hypertension admitted medication ward, the Thammasat university hospital. The participants were assigned to the experimental and control groups (20 for each group). The control group received a usual care while the experimental group received an intervention regard to health belief programme, using the health belief of action influence health behaviors according to the health belief model. The programme was conducted for 5 weeks. The questionnaires consisted of demographic information, perceived health questionnaires, and medicine use behavior questionnaires. The reliabilities of the perceived health questionnaires and medicine use behavior questionnaires were 0.81 and 0.74, respectively. Percent, mean, standard deviation, and independent t-test were used to analyze data. The results revealed that:

1. The mean of medicine use behavior score, after participating in the health belief programme, was significantly higher than that before participating in the programme at the statistical level of .05
2. The mean of medicine use behavior score, after participating in the health belief programme in the experiment group, was significantly higher than the control group participating in the programme at the statistical level of .05

Keywords : health belief programme, medicine use, older persons, hypertension

ความเป็นมาและ ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากร 194 ประเทศทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคน อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ 640 ล้านคน อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 34 และร้อยละ 66 ตามลำดับ¹ และในปี ค.ศ. 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน ในส่วนของประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2544 และปี พ.ศ. 2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 287.5 เป็น 1,433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 4.99 เท่า²

ในแต่ละปีมีประชากรเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึงเกือบ 8 ล้านคน ซึ่งในส่วนของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน³ และในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 8.09 ต่อประชากรหนึ่งแสน และเพิ่มขึ้นเป็น 25.32 ต่อประชากรหนึ่งแสน ในปี 2558⁴ และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 62 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 49 และเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9.7 และร้อยละ 12.2 ตามลำดับ⁵

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 67.7 และมีเพียงร้อยละ 60.4 เท่านั้นที่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ⁶ และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพียงร้อยละ 26 ถึง 59⁷ ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้น ในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของการควบคุมความดันโลหิตได้ในผู้สูงอายุมีเพียงร้อยละ 22 - 25 สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความร่วมมือในการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ อักษรศิริ ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ายาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 45.7 และในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 60 โดยพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เบี่ยงเบนไปจากการรักษา ได้แก่ การรับประทานยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง โดยลิ้มรับประทานยาเป็นบางครั้งและรับประทานยาทันทีที่นึกได้ ร้อยละ 56 กรณีมีอาการข้างเคียงจากยาจะหยุดใช้ยาเป็นบางครั้ง ร้อยละ 70.7 ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการรักษาน้อยกว่า ร้อยละ 50⁹ และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังขาดการรักษาระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 63.8¹⁰ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication adherence) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การรักษาของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ใน

เรื่องการรักษาประทุษร้าย เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสอดคล้องกับแผนการรักษา¹¹ ปฏิบัติอย่างถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด และถูกวิธี โดยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจัดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหนึ่งที่มีผลในการช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ¹² ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งความเชื่อนั้นก็จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและชักนำให้บุคคลปฏิบัติตามความเชื่อนั้นๆ ความเชื่อที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาโดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อนั้นๆ¹³

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา โดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ถึงผลกระทบจาก

ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่เพื่อลดความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี วังธนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คาจันทร์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16¹⁴ และการศึกษาของ Pires, Mussi¹⁵ เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพต่อการยึดมั่นในการรักษาความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์มากจะยึดมั่นในการรักษาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์น้อย Joho¹⁶ ทำการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามการรักษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในประเทศไทยมีการศึกษาผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดยาไว้เฉพาะมือรับประทาน แต่พบว่า ปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดลงไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้ความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ได้กล่าวถึงปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและแม้ว่าการสอนจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เพิ่มขึ้น¹⁸ และความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาและความรู้จะลดลงเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป¹⁹

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker¹² เป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยมีส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มาจากทฤษฎีจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ได้แก่ ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือถ้าอยู่ในความเจ็บป่วยก็จะมีกรปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรคและเชื่อว่าการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยี่ยวยาความเจ็บป่วยได้²⁰ การศึกษาการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ผ่านมา มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินโดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลในกิจกรรมครั้งแรก ร่วมกับการติดตามอีก 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²¹ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาในการจัดการศึกษาของ ฤกษ์นาพร ทิพย์กาญจนเรชาที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง²²

การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล หากสามารถพัฒนาแนวทางในการรับประทายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วย

ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการจัดการดูแลผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้เป็นจำนวนมาก²³ เพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

=== วัตถุประสงค์การวิจัย ===

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

=== สมมติฐานการวิจัย ===

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
โดยใช้แนวคิดของ Becker¹²

1. การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการสร้าง
การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความรุนแรง
2. การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมโดย
การสร้างการรับรู้ประโยชน์
3. การขัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม
โดยการสร้างการรับรู้อุปสรรค
4. การจัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ



พฤติกรรมการใช้ยา
ของผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) กำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้
 - 1.1) มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือนย้อนหลัง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
 - 1.2) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น
 - 1.3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12
 - 1.4) ไม่มีภาวะหลงลืมหรือสมองเสื่อม มีคะแนนสมรรถภาพสมองในเกณฑ์ปกติ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002)

- 1.5) มีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา
- 1.6) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- 2) เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้
 - 2.1) เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนดไว้
 - 2.2) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติหรือเสียชีวิตและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันผู้วิจัยได้จับคู่คุณสมบัติด้าน เพศ อายุ และระยะเวลาที่เป็นโรค

การดำเนินการทดลอง

1. **กลุ่มควบคุม** เมื่อผ่านการประเมินและได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมแล้วปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง
 - 1.2 ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้
 - 1.3 ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5
2. **กลุ่มทดลอง** เมื่อผ่านการประเมินและได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแล้วปฏิบัติดังนี้
 - 1.1 ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลอง
 - 1.2 ดำเนินการตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นการจัดกิจกรรมในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยกล่าวคำทักทายและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย
2. ดำเนินการตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

- 1) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุที่มีต่อการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยซักถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้นี้ผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการอธิบายทำความเข้าใจ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง การบรรยายในหัวข้อ สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ

2) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการอธิบายเน้นให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม โดยมีเนื้อหา 3 หัวข้อ ดังนี้

- 2.1) ความสำคัญและประโยชน์ของการใช้ยาลดความดันโลหิต
- 2.2) ข้อควรปฏิบัติและวิธีการรับประทานยาลดความดันโลหิต
- 2.3) การสังเกตอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตและวิธีการดูแลเบื้องต้น

3) จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกันอภิปรายและวิเคราะห์กับผู้สูงอายุในหัวข้อ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตนในการรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ ร่วมเป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น แก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิดๆ สร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตน

4) จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนในการร่วมมือในการรักษาด้วยยาและปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป ร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติตน วางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานยา กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างชัดเจนและกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมภายหลังจากการให้ความรู้ ผู้วิจัยนัดหมายเวลาติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 1 ระยะเวลา 10 - 15 นาที เป็นการให้การพยาบาลและติดตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทบทวนเนื้อหาตามสัปดาห์ที่ 1

1. สอบถามความพร้อมของผู้สูงอายุก่อนพูดคุย
2. ชักถามปัญหาในการใช้ยาลดความดันโลหิตและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิต

3. ทบทวนถึงความสำคัญและประโยชน์ของพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม

4. ผู้วิจัยนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 (สัปดาห์ที่ 3 และ 4) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 2 และ 3 ระยะเวลาครั้งละ 10 - 15 นาที

1. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีการแก้ไข

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในวันมาตรวจตามนัดระยะเวลา 15 - 20 นาที พบผู้ป่วยในวันมาตรวจตามนัดที่หน่วยตรวจอายุรกรรม ทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมใช้ยา ทบทวนสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล โรคเรื้อรัง ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน และผู้ดูแลในการจัดยารับประทาน

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ครอบคลุมความร่วมมือในการใช้ยา ความผิดพลาดของขนาดและเวลารับประทานยา การหยุดรับประทานยา และความรู้สึกในการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ แผนการสอน และหนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง

2.1 โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹² ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker¹² และแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม
- 2) กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมโดยใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker¹² จำนวน 4 ขั้นตอน ได้แก่
 - 2.1) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยการค้นหาและประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าความเสี่ยงดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านลักษณะพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
 - 2.2) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
 - 2.3) จัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ผู้สูงอายุรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
 - 2.4) จัดหาสิ่งกระตุ้นการปฏิบัติ สร้างระบบกระตุ้นเตือนให้กับผู้สูงอายุ โดยการให้โทรศัพท์กระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.2 แผนการสอน ผู้วิจัยได้จัดทำแผนการสอนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา 2) ทราบถึงประโยชน์ของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนจากการขาดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 หนังสือคู่มือการปฏิบัติตนในการรับประทานยาความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง ผลแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อน คำแนะนำในการรับประทานยา อาการข้างเคียงจากยาและการแก้ไขเบื้องต้น การเก็บรักษา

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นตามเกณฑ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker¹² คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80²⁴ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาขาอายุรศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน และอาจารย์เภสัชกร 1 คน

ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ความตรงตามเนื้อหา 0.90 , 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านเข้าใจง่าย

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เท่ากับ 0.81 และ 0.74 ตามลำดับ



สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในบทสนทนา โดยพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาน้อยกว่าที่กำหนดไว้ ดังนั้นจึงได้มีการปรับระยะเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งให้น้อยลง จาก 15 - 20 นาที เป็น 10 - 15 นาที

การพิกัดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 036/2559 ระยะเวลาอนุมัติมีผลตั้งแต่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ถึง 21 มิถุนายน พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	11.20	1.47	19	-33.322	.000
หลังการทดลอง	20.90	0.91			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	11.30	1.45	19	-2.932	.009
หลังการทดลอง	12.20	1.05			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 11.20 เพิ่มขึ้นเป็น 20.90 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลองอยู่ในระดับที่สูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	11.20	1.47	38	0.216	.830
กลุ่มควบคุม	11.30	1.45			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	20.90	0.91	38	27.881	.000
กลุ่มควบคุม	12.20	1.05			

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 11.20 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.30 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ 20.90 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 12.20 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

ข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรม การใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้¹² โดย Becker อธิบายว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ หรือไม่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ต่อไป คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหา เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ถึงอันตรายต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม ส่วนการเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในด้านต่างๆ ข้างต้นดีขึ้น รวมทั้งได้รับการกระตุ้นเตือน ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น

การที่ผู้วิจัยส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงหากผู้สูงอายุรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ให้ข้อมูลถึงประโยชน์ ความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุจะสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเนื่องภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ก็จะเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป เกิดความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับ เยาวลักษณ์ การกล้า ที่ศึกษาการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทงานบริการผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททุกคน มีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง หลังการศึกษา 1 เดือน และติดตามหลังการศึกษา 6 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษา และมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงเกือบทุกคน²⁵

นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย ให้แนวทางปฏิบัติเพิ่ม นอกจากนี้การโทรศัพท์ติดตามผลยังเป็นการกระตุ้นเตือน ให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ผ่านมามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลในกิจกรรมครั้งแรก ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์อีก 3 สัปดาห์ ประเมินผลหลังจากดำเนินกิจกรรมครบ 4 ครั้ง พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อห็นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²¹

ข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรม การใชยาสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใชยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เป็นผลจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้เข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การรับรู้ประโยชน์ จากการปฏิบัติตนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และแนวทางการปฏิบัติตนในการรับประทานยาที่เหมาะสม ทำให้การรับรู้อุปสรรคจากการรับประทานยามีระดับต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Joho¹⁶ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยการใช้นั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากจะได้รับความรู้และคู่มือการปฏิบัติตน ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจดจำ เข้าใจ สิ่งต่างๆ ได้ดี ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยการเลือกวิธีปฏิบัติตนที่คิดว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบกันระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับอุปสรรคหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการใชยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากงานวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพในการมีพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นนี้ที่ได้นำการโทรศัพท์มาติดตามผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นกิจกรรมหนึ่งในโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา เน้นถึงความเสี่ยง โอกาสเกิดผลเสียที่จะตามมาหากปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งยังเป็นการช่วยกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใชยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใชยาที่ถูกต้อง สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้พบว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีการวิจัยในลักษณะของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน เพื่อให้งานวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

3. การศึกษานี้ใช้เวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์และประเมินผลทันทีในสัปดาห์ที่ 5 ไม่ได้มีการติดตามผลต่อ ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะมีการติดตามผลต่อเพื่อดูความคงทนของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2012. [Internet]. [cited 2014 January 13]. Available from: <http://www.who.int>.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2541-53. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2557]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps%dos=5>.
3. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Hypertension fact sheet: Department of sustainable development and healthy environment 2011. [Internet]. [cited 13 January 2014]. Available from: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 พฤษภาคม 2560]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-diseasedata.php>.
5. Hadi N, Rostami-Gooran N. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. Arch Iranian Med 2004;7(4):292-6.
6. van Eijken M, Tsang S, Wensing M, de Smet PA, Grol RP. Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: A systematic review of the literature. Drugs Aging 2003;20(3):229-40.



7. Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid lowering therapy. Arch Intern Med 2005;165(10):1147-52.
8. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
9. อำไพ อักษรศิริ. ผลของการใช้วิธี Directly Observed Therapy ต่อปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
10. วรรัตน์ เหล่าณภักุล. เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลในไทย จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
11. สวัสดิ์ เทียงธรรม. แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
12. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monograph Winter 1974;2:409-19.
13. ประภา เพ็ญสุวรรณ, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
14. สุมาลี วัฒนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, ปราณี คาจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551;26(6):539-47.
15. Pires CG, Mussi FC. Health beliefs for the control of arterial hypertension. Cien Saude Colet 2008;13(Suppl2):2257-67.
16. Joho AA. Factors affecting treatment compliance among hypertension patients in three district hospitals - dares Salaam. [Master thesis]. Muhimbili university of health and allied sciences; 2012.
17. พันทนีย์ สุวาสนะ. ผลของตัวอย่างยาที่จัดไว้เฉพาะมือที่รับประทานต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. [วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร]. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2551.
18. สุภารัตน์ คลื่นแก้ว. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
19. Gilbert PA, Heiser G. Salt and health: The CASH and BPA perspective. British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin 2005;30:62-9.



20. วัลลา ตันตโยทัย. ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, รวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. การส่งเสริมสุขภาพ. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2543. หน้า 29-46.
21. วันทนา รัตนมณี. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหิน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
22. กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรखा. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
23. สุพัตรา บัวที. การพยาบาลกับการสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2555;18(1):49-61.
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
25. เยาวลักษณ์ การกล้า. การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท งานบริการผู้ป่วยนอก. [รายงานการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.