

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองหาว จังหวัดนครพนม

ทินณรงค์ เรทนู*

มุกดา หนูยศรี** นภาพิณ จันทขัมมา***

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และ 2) พฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาจากผู้ที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนศาลา อำเภอหนองหาว จังหวัดนครพนม เป็นกลุ่มทดลอง และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้ตัวแบบ ฉลากยารูปภาพ ปฏิทินยา การส่งข้อความทางแอปพลิเคชันไลน์ การให้รางวัล การเยี่ยมบ้าน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามระบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, และ Mann-Whitney U test.

ผลการศึกษาพบว่า (1) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม และระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมความร่วมมือในการใช้ยา/ พฤติกรรมการรับประทานยา/ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้/ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

E-mail: boontip@gmail.com

*** อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Effects of Behavioral Modification Program on Medication Adherence among Uncontrolled Hypertension Patients Nawa District, Nakhon Phanom Province

Tinnarong Rethanu^{*}

Mukda Nuysri^{**} Napaphen Jantacumma^{***}

Abstract

Medication adherence is an important health behavior in the treatment of uncontrolled hypertension. The objectives of this quasi-experimental research were to compare the effects of behavioral modification program on: 1) drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level before and after intervention in the experimental group; and 2) drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level after the intervention between the experimental group and the comparison group. Purposive sampling was used to select subjects according to inclusion criteria. The experimental group comprised of 30 patients who received hypertension treatment at the Donsala Subdistrict Health Promotion Hospital. The comparison group comprised 30 patients who received hypertension treatment at the Thareua Subdistrict Health Promotion Hospital. The study was conducted during February and March 2020. The experimental group received an eight week intervention applying the Transtheoretical Model which includes stages of change. Program activities included education, use of the model, drug label pictures, a medication calendar, a SMS by the Line phone application, awarding, and a home visit. The comparison group received usual care. Data were presented by percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Paired t-test, Independent t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, and Mann-Whitney U test.

Findings showed: 1) After intervention, the experimental group had significantly higher scores on therapeutic drug use behaviors and medication adherence and had lower blood pressure levels than before ($p < 0.05$), 2) After intervention, the experimental group had significantly higher therapeutic drug use behaviors and medication adherence and lower blood pressure levels than the comparison group ($p < 0.05$).

Keywords: Program of Medication adherence/ Drug use behavior/ Uncontrolled Hypertension/ Transtheoretical Model

Article info: Received December 23, 2020; Revised March 2, 2021; Accepted April 30, 2021.

^{*} Master student, Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Sukkhothai Thammathirat Open University

^{**} Corresponding Author, Associate Professor, School of Nursing, Sukkhothai Thammathirat Open University

^{***} Lecturer, School of Nursing, Sukkhothai Thammathirat Open University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ทั่วโลก องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน¹ และมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รู้ตัวว่าป่วยในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 1,306,070 คน และปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 1,468,433 คน² การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา แต่ปัญหาหลักของการรักษาคือ การที่ผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าเป็นโรคและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจาก 3 สาเหตุ³ 1) ร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8ล้านคน)ไม่ทราบหรือทราบว่าป่วยแต่ไม่ตระหนักในการรักษาให้ต่อเนื่อง 2) ร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8ล้านคน) ทราบและตระหนักว่าเป็นโรคแต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามรักษาอย่างถูกต้อง 3) จากปัญหาที่ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก เช่น ความไม่สะดวกในการรับบริการ ผลข้างเคียงของยา การใช้ยาหลายชนิดรวมกัน การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ(ประมาณ 2.5 ล้านคน) ซึ่งจากทั้ง 3 สาเหตุนี้พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยานั้นเป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง⁴ และยายังเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญอันดับแรกที่ใช้ในการควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) คือ การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์แนะนำ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช้ฝ้ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนค่านา การใช้ยาตามสั่ง^{6,7} จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากถึง ร้อยละ 50⁸ สาเหตุพบบ่อยคือการลืมรับประทานยา การปรับลดหรือหยุดยาเอง การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน กลัวผลข้างเคียงของยา ความเชื่อและการรับรู้ที่ผิด ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผลเสียที่จะตามมาคือ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย ไตวายและมีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้มากกว่าผู้ที่รับประทานยาตามแผนการรักษาถึง 6 เท่า⁹ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 92 แต่ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียง ร้อยละ 18¹⁰ เท่านั้น จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งมีแนวทางแก้ไข 4 ด้าน¹¹ คือ 1) ด้านภาวะการเจ็บป่วย 2) ด้านยาและแบบแผนการรักษา 3) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ 4) ด้านผู้ป่วย เช่น ให้ความรู้การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ จากวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา

มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย มีผู้ที่ได้นำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมความดันไม่ได้ โดยการให้ความรู้ การใช้ปฏิทินยา การใช้โทรศัพท์ติดตาม¹²

อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 121.74, 139.13 และ 144.10 ต่อแสนประชากร¹³ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ 2) ด้านประสิทธิภาพการรักษาที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จากการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม¹⁴ มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม ซึ่งเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมที่ประเมินได้ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรค

ความดันโลหิตสูง การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด การใช้อุปกรณ์ส่งเสริมการรับประทานยา การวัดความดันที่บ้าน (HBPM) และการให้รางวัล จะส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น^{3,11,15} รวมถึงระดับความดันโลหิตลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้โปรแกรมฯ พฤติกรรมการรับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังใช้โปรแกรมฯ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา

1. **ขั้นเข้าใจ** เน้นชี้แจงน้ำหนักข้อดีข้อเสียและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ผิด ดังนี้

1.1 กระตุ้นให้ตื่นตัว ให้ความรู้และความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

1.2 นำเสนอตัวแบบด้านลบ จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.3 ชี้แจงน้ำหนักข้อดีกับข้อเสีย การให้ความร่วมมือในการใช้ยา

1.4 ประเมินระยะพฤติกรรมสู่ขั้นพร้อมปฏิบัติ ถ้าไม่เปลี่ยนให้คำปรึกษารายบุคคล

2. **ขั้นพร้อมปฏิบัติ** เน้นสร้างความมั่นใจและเพิ่มทักษะการใช้ยา

2.1 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ฝึกทักษะการอ่านฉลากยารูปภาพ การจัดยาล่วงหน้าด้วยปฏิทินยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา

2.2 นำเสนอตัวแบบด้านบวก จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

2.3 ประเมินระยะพฤติกรรมสู่ขั้นปฏิบัติ ถ้าไม่เปลี่ยนระยะให้คำปรึกษารายบุคคล

3. **ขั้นปฏิบัติ** เน้นส่งเสริมให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

3.1 ประกาศอิสรภาพตนเอง ทำบันทึกสัญญาให้ความร่วมมือในการใช้ยา

3.2 การมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ อสม.วัดความดันที่บ้าน ครอบครัวช่วยเตือนรับประทานยา ตั้งกลุ่มในแอปพลิเคชันไลน์ส่งข้อความเตือนรับประทานยา

3.3 การเสริมแรง โดยมอบรางวัลและประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบ

- 
1. พฤติกรรมมารับประทานยา
 2. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence)
 3. ระดับความดันโลหิต

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนศาลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม 2) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท (ประเมินจากระดับความดันโลหิตที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ครั้ง ติดต่อกัน) 3) มีอายุระหว่าง 30-65 ปี 4) ไม่มีโรคร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ 5) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่คำนวณจากผลงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁶ ได้ค่าขนาดอิทธิพล effect size เท่ากับ 0.812 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ .90 ที่ระดับความ

เชื่อมั่น.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงกำหนดกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบเป็นกลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มทดลองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนศาลา ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria) โดยการจับคู่ (Matching) เพศ อายุ (± 2 ปี) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (± 5 มม.ปรอท) กับกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ ที่ละคู่จนครบ 30 คู่ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโปรชาสกา และคณะ¹⁴ ออกแบบกิจกรรมตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Process of change) และสอดคล้องตามระยะพฤติกรรม 9 กิจกรรมทำกิจกรรมกลุ่ม 7 ครั้ง มีการเยี่ยมบ้านโดย อสม. 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1.1 กิจกรรม **รู้จักกลุ่ม รู้จักโรค** วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เป็นการกระตุ้นให้ตื่นตัว โดยให้ความรู้และความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูงและการใช้ยา ซึ่งสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา¹⁵

1.2 กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านลบ* วันที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดมาแล้ว ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการสังเกตพฤติกรรมตัวแบบด้านลบ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา¹⁷

1.3 กิจกรรม *ซังใจ* วันที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 โดยซังน้ำหนักข้อดีกับข้อเสีย ของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ตามหลักความสมดุลในการตัดสินใจ(Decisional balance)¹⁴

1.4 กิจกรรม *อ่านฉลาก จัดยา* วันที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 ฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ส่งเสริมการใช้ยา¹¹ ได้แก่ การอ่านฉลากยา รูปภาพ การใช้ปฏิทินกันลืมรับประทานยา แนวปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา ใช้แนวคิดความสามารถตนเองของแบนดูรา¹⁸ ที่เชื่อว่าถ้ามีความสามารถใดจะนำสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้

1.5 กิจกรรม *นำเสนอตัวแบบด้านบวก* วันที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาต่อเนื่องจนควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร่วมพูดคุยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เรียนรู้จากตัวแบบด้านบวก ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา¹⁷

1.6 กิจกรรม *สัญญากันนะ* สัปดาห์ที่ 2 โดยทำบันทึกสัญญากับตนเองในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาและประกาศให้คนใน

ครอบครัวทราบ เป็นการใช้กระบวนการประกาศอิสรภาพตนเอง¹⁴

1.7 กิจกรรม *เพื่อนช่วยเพื่อน* สัปดาห์ที่ 2 โดยตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วยแอปพลิเคชันไลน์ส่งข้อความช่วยเหลือไม่ให้ลืมรับประทานยาละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า 30 นาที เป็นการใช้กระบวนการการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ¹⁴

1.8 กิจกรรม *บุคคลต้นแบบ* สัปดาห์ที่ 4,6,8 ประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบและมอบรางวัลให้สำหรับผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ตามพันธะสัญญา เป็นการใช้กระบวนการเสริมแรง¹⁴

1.9 กิจกรรม *อสม.เยี่ยมบ้าน* สัปดาห์ที่ 3-8 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 30 นาที เพื่อติดตามวัดความดันที่บ้าน บันทึกการรับประทานยาและให้กำลังใจ เป็นการใช้กระบวนการการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ¹⁴

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างเองมีข้อคำถาม 32 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามการดูแลรักษา 11 ข้อ การรับประทานยาตามเวลา 6 ข้อ การเก็บรักษา 2 ข้อ การลืมรับประทานยา วิธีปฏิบัติเมื่อลืมและเกิดอาการข้างเคียง 10 ข้อ ยาสมุนไพรที่ใช้ 1 ข้อ การตรวจตามนัด 2 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

จาก 1 คะแนน (ปฏิบัติน้อยมาก) ถึง 5 คะแนน (ปฏิบัติทุกครั้ง) การแปลผลระดับพฤติกรรมการรับประทานยาจากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คือ มากที่สุด(Most) 4.50 - 5.00 คะแนน มาก (More) 3.50 - 4.49 คะแนน ปานกลาง (Moderate) 2.50 - 3.49 คะแนน น้อย (Low) 1.50 - 2.49 คะแนน น้อยที่สุด (Very low) 1.00-1.49 คะแนน

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ใช้แบบประเมิน Morisky Medication adherence Scale 8 - item (MMAS)¹⁹ มีข้อคำถาม 8 ข้อ ข้อที่ 1-7 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับประทานยา การลดและหยุดยาเอง ความยุ่งยากในการรับประทานยา ตอบ “ใช่” (1 คะแนน) “ไม่ใช่” (0 คะแนน) ข้อที่ 8 ถามเกี่ยวกับความรู้สึกลงในการรับประทานยา คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-1 แปลผลจากคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง (High) 8 คะแนน ปานกลาง (Moderate) 6-7.9 คะแนน ระดับต่ำ (Low) น้อยกว่า 6 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธี Content validity index ได้ค่าความตรงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดง จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจัว จำนวน 15 คน รวมเป็น 30 คน ที่มี

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 3/2563 ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอหนองบัวและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์การเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม จากนั้นชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต นัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา จำนวนทั้งหมด 9 กิจกรรม 7 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 (ขึ้นช่วงใจ)

กิจกรรม **รู้จักกลุ่ม รู้จักโรค** จัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนศาลา โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ทำ

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อที่ผิด ความสำคัญการวัดความดันที่บ้าน ด้วยสปีทเฮอร์พอยท์ วีดิทัศน์ คู่มือโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เกสเซอร์ให้ความรู้ถึงประโยชน์การออกกำลังกาย ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา และกิจกรรม **นำเสนอตัวแบบด้านลบ** เป็นการกระตุ้นให้ตื่นตัวโดยการใช้ตัวแบบด้านลบที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ต้องฟอกเลือดมาเล่าถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและครอบครัว และให้ตัวแบบด้านลบชวนกลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการใช้ยา

วันที่ 2 (ขั้นซังใจ) กิจกรรม ซังใจ เป็นการประเมินตนเองด้วยหลักความสมดุลในการตัดสินใจ (Decisional balance) โดยแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ให้แต่ละกลุ่มเขียนข้อดีและข้อเสียของการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต แล้วให้ตัวแทนนำเสนอในกลุ่มใหญ่ และสรุปว่าข้อดีหรือข้อเสียมีน้ำหนักมากกว่ากันเพื่อประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการใช้ยา และผู้วิจัยประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลองสู่ขั้นพร้อมปฏิบัติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ยังไม่ก้าวผ่านไปสู่ขั้นพร้อมปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคลในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

วันที่ 3 (ขั้นพร้อมปฏิบัติ) กิจกรรม อ่านฉลาก จัดยา สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้ที่ก้าวสู่ระยะพร้อมปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสาธิตและฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ส่งเสริมการรับประทานยาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ได้แก่ การใช้ฉลากยารูปภาพ การจัดยาล่วงหน้าด้วยปฏิทินกันลิมรับประทานยา ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การเล่นเกมต่อภาพ เพื่อทบทวนความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต ให้ความรู้การเก็บรักษายาและแนวปฏิบัติเมื่อลิมรับประทานยา กิจกรรม **นำเสนอตัวแบบด้านบวก** โดยเชิญผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการใช้ยา ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มาเล่าประสบการณ์ให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และช่วยโน้มน้าวให้กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการใช้ยา ผู้วิจัยประเมินระยะการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลองสู่ขั้นปฏิบัติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ยังไม่ก้าวผ่านไปสู่ขั้นปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคลและให้คนที่ก้าวสู่ขั้นปฏิบัติช่วยพูดคุยโน้มน้าวใจ

สัปดาห์ที่ 2 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม สัญญากันนะ เป็นการประกาศอิสรภาพของตนเองโดยให้กลุ่มทดลองที่ก้าวสู่ขั้นปฏิบัติ ทำบันทึกสัญญากับตนเองในการให้ความร่วมมือในการใช้ยาและประกาศให้คนในครอบครัวทราบเพื่อเป็นการบังคับตัวเองและให้ครอบครัวรับรู้ช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยาและเป็นการกำลังใจให้ จัดตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วยแอปพลิเคชันไลน์ สมาชิกประกอบด้วย ผู้วิจัย เกสเซอร์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล อสม. เพื่อให้เพื่อนในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้จากสื่อต่าง ๆ

ทั้งที่เป็นภาพ เสียง และเป็นการช่วยเหลือกันเองสำหรับปัญหาการรับประทานยา โดยจะส่งข้อความกระตุ้นเตือนการรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง ก่อนรับประทานอาหารเช้า 30 นาที

สัปดาห์ที่ 3-8 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม อสม.เยี่ยมบ้าน เป็นการมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยที่เป็น อสม.ติดตามเยี่ยมบ้านตั้งแต่สัปดาห์ที่ 3-8 สัปดาห์ละครั้งๆ ละ 30 นาที เพื่อวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน บันทึกการรับประทานยา ให้กำลังใจและคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ที่ 4,6,8 (ขั้นปฏิบัติ) กิจกรรม 8 บุคคลต้นแบบ เป็นการเสริมแรงในการจัดการโดยประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบ และมอบรางวัลคนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาได้ตามพันธะสัญญา เป็นการตอบสนองผู้ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1-8 ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเรือ ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการส่งต่อพบแพทย์ โดยมีการนัดหมายเดือนละ 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้

สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Ranks test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Independent t-test และ Mann Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 เท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 51.60 ปี และ 51.67 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 56.67 และ 50.00 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 73.33 ตามลำดับ ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด คือ อินาลาพริล กับไฮโดรคลอโรไธอะไซด์ ร้อยละ 20.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.00-29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มม.ปรอท ร้อยละ 66.67 เท่ากัน สำหรับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ส่วนใหญ่น้อยกว่า 90 มม.ปรอท ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ

โดยสรุปคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง เพศ อายุ การศึกษา ระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยา มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

Table 1 Comparing mean score of drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level before and after the intervention in the experimental group. (n=30)

Variable	Before			After			t / Z	p-value
	Mean	SD	level	Mean	SD	level		
Drug use behaviors								
Experimental group	3.00	0.279	Moderate	4.56	0.177	Most	-4.783 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	3.03	0.261	Moderate	3.02	0.253	Moderate	1.795	.083
Medication adherence								
Experimental group	4.60	1.601	Low	6.23	1.573	Moderate	-4.389 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	4.40	1.530	Low	4.45	1.543	Low	-1.564 ^d	.129
Systolic blood pressure								
Experimental group	153.83	8.230	Grade 1	141.50	7.842	Grade 1	-4.769 ^e	.000 ^{***}
Comparison group	154.13	8.842	Grade 1	155.10	7.963	Grade 1	-1.321 ^e	.187
Diastolic blood pressure								
Experimental group	88.03	10.294	High	83.27	5.620	Normal	3.934 ^d	.000 ^{***}
Comparison group	89.17	12.628	High	90.07	8.000	Grade 1	-1.093 ^e	.274

หมายเหตุ: ^{***} p value < .001, ^d Paired t -test, ^e Wilcoxon Signed Ranks Test

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ พบว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยา ความร่วมมือใน

การใช้ยา ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการรับประทานยาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.56$, $SD=0.177$) ซึ่งมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.00$, $SD=0.279$) และความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.23$, $SD=1.573$) ซึ่งมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ที่อยู่ในระดับต่ำ

($M=4.60$, $SD=1.601$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($M=141.50$, $SD=7.842$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($M=153.83$, $SD=8.230$) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($M=83.27$, $SD=5.620$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($M=88.03$, $SD=10.294$) และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

Table 2 Comparing mean score of drug use behaviors, medication adherence, and blood pressure level between experimental and comparison group of before and after the intervention.

Variable	Experimental group (n=30)			Comparison group (n=30)			t / Z	p-value
	Mean	S.D.	level	Mean	S.D.	level		
Drug use behaviors								
Before	3.00	0.279	Moderate	3.03	0.261	Moderate	-0.474 ^c	.636
After	4.56	0.177	Most	3.02	0.253	Moderate	27.235 ^b	.000 ^{***}
Medication adherence								
Before	4.60	1.601	Low	4.40	1.530	Low	0.495 ^b	.623
After	6.23	1.573	Moderate	4.45	1.542	Low	-3.773 ^c	.000 ^{***}
Systolic blood pressure								
Before	153.83	8.230	Grade 1	154.13	8.842	Grade 1	-0.119 ^c	.906
After	141.50	7.842	Grade 1	155.10	7.963	Grade 1	-5.188 ^c	.000 ^{***}
Diastolic blood pressure								
Before	88.03	10.294	High	89.17	12.628	High	-0.381 ^b	.705
After	83.27	5.620	Normal	90.07	8.000	Grade 1	-3.495 ^c	.000

หมายเหตุ: *** p value < .001, ^b Independent t-test, ^c Mann Whitney U Test

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มี

ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3 เดือน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect

size) จากผลการวิจัย¹⁶ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่มีผู้ทำมาก่อนแล้ว มีลักษณะใกล้เคียงกันทั้งอายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรค เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. **พฤติกรรม การรับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยา** ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรับประทานยาและความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาที่กล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ต้องมีการเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับระยะพฤติกรรมที่ประเมินได้ ดังนี้ **การเปลี่ยนจากขั้นตั้งใจเป็นขั้นพร้อมปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ที่ผิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา เช่น เมื่อไม่มีอาการผิดปกติแสดงว่าควบคุมโรคได้ดีไม่ควรรับประทานยาต่อเนื่องจะทำให้ตับ ไต เสื่อม จึงทำให้ผู้ป่วยละเว้นการรับประทานยา และเชื่อว่าค่าความดันโลหิตที่วัดได้ที่โรงพยาบาล มีความแม่นยำที่สุดโดยพยาบาล และเภสัชกรให้ข้อมูลธรรมชาติโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย ผลข้างเคียงและประโยชน์ของยาลดความดันโลหิต ความสำคัญ

การวัดความดันที่บ้าน ด้วยสือเพาเวอร์พ้อยท์ วิดีทัศน์ คู่มือโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยา เปรียบเทียบความเชื่อที่ผิดกับที่ถูกให้เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อใหม่ ได้แก่ เข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่ค่อยมีอาการ ค่าความดันขึ้นหรือลงดูจากอาการไม่ได้ต้องใช้เครื่องวัดความดันเท่านั้นถึงจะรู้ การวัดความดันที่บ้านมีความแม่นยำมากกว่าที่โรงพยาบาล และยาลดความดันโลหิตมีความปลอดภัยสามารถรับประทานต่อเนื่องยาวนานได้ ซึ่งความเชื่อและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา^{9,11} ถ้าหากผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคสูงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงเช่นเดียวกัน¹⁵ 2) การใช้ตัวแบบด้านลบที่มีภาวะแทรกซ้อน บอกเล่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและต่อครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรค และเรียนรู้จากตัวแบบ¹⁷ ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด 3) การชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของการให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ทำให้สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียได้ชัดเจน จึงมีความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม **การเปลี่ยนจากขั้นพร้อมปฏิบัติเป็นขั้นปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมการรับประทานยา ได้แก่ การอ่านฉลากยารูปภาพและการจัดยา รับประทานตามวันที่โดยใช้ปฏิทินยา ทำให้มี

พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงคือ มีการอ่านฉลากยา ก่อนรับประทานทุกครั้ง และมีวิธีการจัดยาเพื่อ ป้องกันการลืมรับประทานยา 2) การใช้ตัวแบบ ด้านบวก สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถ ตนเองที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา ตาม ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา ที่ อธิบายว่าหากบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถที่ จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใด ก็จะไปสู่ ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการได้¹⁸ **กิจกรรม ในขั้นปฏิบัติ** ได้แก่ 1) การทำบันทึกสัญญาการ ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เป็นการทำสัญญากับตัวเองและให้ครอบครัวรับรู้และเป็นการกำลังใจ ช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยา 2) จัดตั้งกลุ่มฉลาดรู้เรื่องยาด้วยแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งข้อความช่วยเหลือไม่ให้ลืมรับประทานยา วันละ 1 ครั้ง รวม 49 ครั้ง มีสมาชิกร้อยละ 56.66 เนื่องจากสมาชิกไม่ได้เข้าร่วมทั้งหมด จากปัญหาความไม่พร้อมทั้งจากโทรศัพท์ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เคยใช้แอปและการส่ง ข้อความแคว้นละครั้งซึ่งน้อยกว่าจำนวนมียา ทำให้ไม่สามารถสรุปผลได้ 3) การมอบรางวัล และประกาศให้เป็นบุคคลต้นแบบสำหรับกลุ่ม ทดลองที่ปฏิบัติได้ตามพันธสัญญา เป็นการ เสริมแรงที่จะช่วยกระตุ้นเตือนให้เกิดความ ร่วมมือในการใช้ยา⁷ 4) การเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อวัดระดับความดันโลหิต ตรวจสอบบันทึก การรับประทานยา สอบถามปัญหาและ อุปสรรคในการบริหารจัดการยา ช่วยให้มีการ ส่งต่อข้อมูลและการดูแลที่ต่อเนื่อง ผลการเข้า ร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ รับประทานยาตลอด 8 สัปดาห์ที่ผ่านมา ทำให้

พฤติกรรมการรับประทานยาและความร่วมมือ ในการใช้ยาดีขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอด คล้องกับการศึกษาของ นิทยาทิพย์ แสนแดง¹⁶ ที่ใช้การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลการใช้ยาที่ต้องการ การช่วยเตือนเกี่ยวกับการใช้ยาให้ถูกเวลา และ การติดตามเยี่ยมบ้านส่งผลให้มีพฤติกรรม การใช้ยาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิ กานต์ หวังจิ¹² ที่พบว่า การให้ความรู้เรื่องโรค ความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องยา ใช้หลักความ เชื่อศาสนาอิสลาม การทำพันธสัญญา การ ใช้ปฏิทินยาและโทรศัพท์กระตุ้นเตือน รับประทานยาส่งผลให้ความร่วมมือในการ รักษาด้วยยาดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Contreras และคณะ²⁰ ที่พบว่าหลังการ ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) ทำให้มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ดีขึ้น

2. ระดับความดันโลหิต ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระดับความดัน โลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และต่ำกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าการควบคุมระดับความดัน โลหิต โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร และการออกกำลังกาย ลดเค็ม เพิ่มการ รับประทานผักผลไม้หลากสี ธัญพืชต่าง ๆ ร่วมกับเน้นการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง จาก การเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมให้ความ ร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น โดยยาที่กลุ่มทดลอง

ส่วนใหญ่ได้รับ ได้แก่ ยาอีนาลาพริล (Enalapril) แอมโลดิปีน (Amlodipine) โพรพานอลอล (Propanolol) และยาไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide: HCTZ) ยาแต่ละชนิดที่ได้รับจะออกฤทธิ์ดังนี้ เมื่อรับประทานยาอีนาลาพริล (Enalapril) อย่างสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติงหรือเอนไซม์เอช (ACE, Angiotensin Converting Enzyme) จากปอด ทำให้หลอดเลือดดำขยาย หัวใจฉีดเลือดได้มากขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ยาแอมโลดิปีน (Amlodipine) เป็นยาในกลุ่มต้านแคลเซียม เมื่อรับประทานสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการไหลเข้าของแคลเซียมไอออนสู่กล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ ยาโพรพานอลอล (Propanolol) เมื่อรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ยาจะออกฤทธิ์ทำให้หัวใจเต้นช้าลง บีบตัวเบาลงจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ส่วนยาไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (HCTZ) เป็นยาขับปัสสาวะโดยออกฤทธิ์ที่ไตและหลอดเลือด เมื่อรับประทานอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ปริมาตรเลือดกลับเข้าสู่หัวใจลดลง แรงบีบตัวของหัวใจจึงลดลง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hacıhasanog และ Gozum²¹ ที่ใช้การให้ข้อมูลคำแนะนำในผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตและการติดตามที่บ้าน ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไหมมูนิะ สังขาร²²

ที่ใช้หลัก 5A จัดการตนเองในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง การติดตามวัดความดันที่บ้านผู้ป่วย โดย อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อประเมินและส่งต่อข้อมูลระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถติดตามให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทันเวลา เนื่องจากการวัดความดันที่บ้าน(HBPM) จะช่วยประเมินการรักษาได้ดีกว่าค่าความดันโลหิตที่วัดที่โรงพยาบาล และมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่อง ทำให้ควบคุมความดันได้ดีขึ้น³

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่ใช้ศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ และขาดการติดตามวัดผลซ้ำ ทำให้ไม่แน่ใจในความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว และการประเมินผลความร่วมมือในการใช้นั้น ประเมินจากแบบสอบถามอย่างเดียว ไม่ได้ประเมินจากจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ซึ่งการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจะสะท้อนพฤติกรรมที่แท้จริงได้ดีกว่า

สรุป หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความดัน

โลหิตซิสโตลิก ระดับความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในชุมชนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหลักสูตรอบรมหรือคู่มือการใช้อยาโรคเรื้อรัง การพัฒนาอุปกรณ์ช่วยแก้ปัญหาการลิ้มรับประทานยา และนำไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โดยต้องประเมินความร่วมมือในการใช้ยา มุ่งเน้นการปรับการรับรู้ ความเชื่อเรื่องโรคเรื้อรังและยาที่ใช้รักษา พร้อมกับสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา

2. ควรศึกษาติดตามประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มฉลาดรู้เรื่องยา ต้องกำหนดกติกากลุ่ม มีรูปแบบและความถี่ตลอดจนช่วงเวลาในการส่งข้อความกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาที่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อาภาพร เพ่าวัฒนา ที่ได้ตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

Reference

1. World Health Organization (WHO). A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis [Internet]. 2013 [cited 2018 July 30]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.
2. Division of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health. Number and Morbidity rate in 2016-2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 March 10]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683&gid=18>

3. Thai Hypertension Society, National Health Security Office. 2019 Thai Guideline on The Treatment of Hypertension: Sahamitr Printing & Publishing; 2019. p. 1-2
4. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clinic Proceedings 2011; 86(4): 304-14.
5. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication Adherence: a call for action. American heart journal 2011; 162(3): 412-24.
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. New England journal of medicine 2005; 353(5): 487-97.
7. Contreras EM, Claros NM, Guillenc VG, Wichmann MF, Jose Martinez JC, Pablos JM, et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. Journal of hypertension 2006; 24(1): 169-75.
8. Patel MX, David AS. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. Psychiatry 2007; 6(9): 357-61
9. Baune BT, Aljeesh Y, Bender R. Factors of non - compliance with the therapeutic regiment among hypertensive men and women: a case - control study to investigate risk factors of stroke. Eur J Epidemiol 2005; 20(5): 411-9.
10. Burnier M. Medication Adherence and Persistence as the Cornerstone of Effective Antihypertensive Therapy. American Journal of Hypertension 2006; 19(1): 1190-6.
11. Nantaluck S. Medication non adherence. Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2012; 7(1): 1-11. (in Thai)
12. Nanthikarn W, Umaporn P, Maithai S. Effect of Behavioral Modification Program on Medical Adherence and Blood Pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension. [Thesis]. Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner Prince of Songkla University; 2015.
13. Nakhonphanom Provincial Health Office. Non-communicable disease data warehouse system, Nakhon Phanom Province [Internet]. 2017 [cited 2017 March 10] Available from: <https://www.npm.moph.go.th/home.php>

14. Arporn P, Surintorn K, Sunee L, Tassanee R. Health promotion and disease prevention in the community An Application of concepts and Theories to practice. MN Compu of set; 2018.
15. Yosapon L, Sakorn P, Sombat L, Yupathorn S. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2013; 30(2): 146-57.
16. Nittayathip S, Chuenjit P, Somsiri N. Effect of Drug use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province. [Thesis]. Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University; 2018.
17. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc; 1986.
18. Bandura A. Self – efficacy: Mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 37(2): 122-47.
19. Morisky DE, Ang A, Krousel-wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. Journal of Clinical Hypertension 2008; 10: 348-54.
20. Contreras EM, Claros NM, Guillenc VG, Wichmann MF, Jose Martinez JC, Pablos JM, et al. Efficacy of a home blood pressure monitoring program on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. Journal of hypertension 2006; 24(1): 169-75.
21. Hacıhasanoglu R, Gozum S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. Journal of Clinical Nursing 2010; 20(5-6): 692-705.
22. Maimuna S. Development and Evaluation of a Self-management Support Program on Medication Adherence and Blood Pressure among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. The 8th STOU National Research Conference; 2018 November 23; Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. p. 329-45