

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
FACTORS INFLUENCING ON DRUG USE BEHAVIORS IN SOLDIERS WITH PRIMARY HYPERTENSION

ฉนวนพรพรช บุญเจริญ*

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย** จริยาวัตร คมพัยคษฐ์**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หน่วย ร.1รอ. (กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์) กรุงเทพมหานคร จำนวน 260 ราย ด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2555 ถึงเดือนธันวาคม 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอขอจริยธรรมต่อมหาวิทยาลัย ได้รับการตรวจสอบเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย พบว่าทหารส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-55 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มีสถานภาพคู่ ทหารปฏิบัติงานทั้งภายในหน่วยและภารกิจพิเศษ สถานภาพในที่ทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะงานเป็นทั้งงานเอกสารหรือธุรการและฝึกภาคสนาม ทหารมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60) และความสามารถของตนเองในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) ตามลำดับ ด้านความรู้สึก อธิพพลของบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ได้แก่ สถานภาพสมรส สถานะการทำงาน ลักษณะงาน และรายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้วต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) รวมทั้งด้านความรู้สึก อธิพพลของบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลจากสถานการณ์ ในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ เสนอแนะว่าบุคลากรที่มีสุขภาพควรนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญมาออกแบบกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้องให้ทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และติดตามผลของกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ

คำสำคัญ: ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ/ พฤติกรรมการรับประทานยา/ ทหาร

ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ABSTRACT

The objective of this descriptive research was to study and analyze factors influencing on drug use behaviors in soldiers with primary hypertension. The 260 samples were selected by purposive sampling following the criteria. Data were collected by a self-administered questionnaires used between March 2012 to December 2012. Five experts examined content validity and reliability of questionnaires with alpha-coefficient was 0.88. Data were analyzed by number and percentage, mean and standard deviation. T-test was used to analyze factors influencing drug used behaviors.

The results revealed that majority of soldiers were 51-55 years old, finished high school, married, worked as formal and special task. Most of them were officers, working as general service officer and field service. Almost of them are non-commander, working as administration stator, paper works and field service. The mean scores of drug use behaviors in soldiers with primary hypertension was at the moderate level. (Mean 3.01, S.D. 0.65) The mean score of perceived benefits of drug use was at the high level. (Mean 3.81, S.D. 0.57) The perceived barriers to drug use was at the moderate level. (Mean 2.94, S.D. 0.60) And also perceived self efficacy to drug use was at the moderate level. (Mean 3.13, S.D. 0.64) The activity related affect, inter personal influence and situational influence to drug use was at the moderate level. (Mean 3.12, S.D. 0.48)

Factors that effected to drug use behaviors were marital status, working status and income. (p-value < 0.05) In addition, perceived benefits, perceived barriers of drug use and perceived self-efficacy, including activity related affect (p-value < 0.01), inter personal influence and situational influence to drug use were the factors affecting drug use behaviors with a statistical significance. (p-value < 0.05)

This study suggested that health care providers should bring the crucial factors to design nursing activity to promote drug use behaviors correctly for the soldiers with primary hypertension and follow up the out come.

Keywords: Primary Hypertension/Drug Use Behavior/ Soldier

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะของโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ปัจจุบันพบว่ามีคนทั่วโลกที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงนี้ถึง 7 ล้านคนใน

แต่ละปี รวมทั้งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (นิตยา พันธุเวทย์ และจิตารัตน์ อภิญา, 2554) องค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างประเทศ (WHO/ISH, 1999) คาดการณ์ว่า ในอีก 16 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 1,500 ล้านคน อีกทั้งยังระบุว่าร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะ

ดังกล่าวทำให้อาจไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมและส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย

จากสถิติข้อมูล National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES, 1996) ปี ค.ศ. 2005-2008 พบว่าชาวอเมริกา ร้อยละ 79.6 ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง และร้อยละ 52.2 ที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 2009 มีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งแต่อายุ 12 ปี โดยมีอัตราส่วนของหญิงและชาย ใกล้เคียงกัน หญิง ร้อยละ 17.3 และชาย ร้อยละ 16.4 สำหรับข้อมูลอัตราการป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548-2549 พบว่ามีมากถึง 544.08 และ 659.57 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับสถิติที่สำรวจในประเทศไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของโรคเท่ากับ ร้อยละ 21.4 หรือกล่าวได้ว่ามีคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3 เมื่อแยกตามอายุ พบว่าความชุกของโรคต่ำสุด ร้อยละ 2.9 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ชายร้อยละ 4.6 และหญิงร้อยละ 0.9 จากนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 และพบว่ากรุงเทพมหานครมีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 29.8 ทั้งชาย ร้อยละ 32.7 และหญิง ร้อยละ 26.9 (วิชัย เอกพลากร, 2553) ในปี ค.ศ. 2011 มีคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงถึง 76.4 ล้านคน และเริ่มพบในอายุ 20 ปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีการเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (สมาพันธ์หัวใจโลก, 2555)

จากรายงานสถิติเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2550 - 2554) พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงมีทหารมารับบริการมากเป็นอันดับแรก ซึ่งทหารได้รับสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายในการซื้อยาได้ ทำให้สถานบริการของรัฐบาลต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก และทำให้ทราบว่าการเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ทหารทุกคนให้ข้อมูลว่าไม่ทราบว่าตัวเองมีภาวะความดันโลหิตสูงมานานเท่าไร ประกอบกับไม่มีอาการเตือนถึงความผิดปกติใดๆ ทำให้ไม่ไปรับการคัดกรอง ในขณะที่ทหารบางส่วนแม้จะมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มึนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล รู้สึกตื้อๆ ในศีรษะ เหมือนหน้ามืด จะเป็นลม แต่ไม่ทราบว่า เป็นอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ทหารบางรายแก้ไขให้อาการเหล่านั้นหายไปได้ด้วยการนอนพัก รับประทานยาแก้ปวด ซึ่งอาการดีขึ้นได้ระยะหนึ่ง แต่เมื่อยามดฤทธิจะมีอาการมึนศีรษะเช่นเดิม แต่ไม่สงสัยว่าเป็นเพราะมีภาวะความดันโลหิตสูง และเมื่อยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ ก็คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่นานจะมีอันตรายใดๆ จึงไม่ไปรับการรักษาและเมื่อสัมผัสภาวะที่ทราบว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่าในทหารที่รับประทานยาเป็นประจำจะพักยาดิตตัวตลอดเวลา ขณะที่ร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่าเพราะลืมหิดการกิจหน้าที่ ต้องฝึกภาคสนาม ทำงานไม่เป็นเวลา ไปภารกิจต่างจังหวัดหรือปฏิบัติภารกิจตามคำสั่งด่วนโดยไม่ทราบวันและเวลาล่วงหน้าบ่อยครั้ง ไม่ได้นินยาดิตตัวไปด้วย อีกทั้งทหารบางคนยังให้ข้อมูลว่าหากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็คิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยาทุกวัน ขณะที่บางคนเชื่อว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีผลดีต่อโรคที่เป็นอยู่

โดยไม่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นและมีโอกาสหายได้ มีน้อยคนที่จะทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ กรณีที่หายมดทหารส่วนมากจะรอจนถึงวันที่แพทย์ออกตรวจ โดยไม่สำรองค่ายาของตนเองไปก่อน เนื่องจากมีรายได้น้อย ทหารส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับงานเป็นหลัก ประกอบกับมองเห็นภายนอกว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญเรื่องการรับประทานยามากนัก และทหารโดยส่วนใหญ่ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ค่อนข้างดี ทหารที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในช่วงระหว่าง 120-140/80-90 มิลลิเมตรปรอท และทหารที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีระดับความดันโลหิต อยู่ในช่วงระหว่าง 140-200/120-160 มิลลิเมตรปรอท

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทหาร อาจเนื่องจากข้อมูลของทหารส่วนใหญ่จะถูกบันทึกในหลักฐานทางราชการ ต้องเป็นความลับ ไม่สามารถนำมาเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้บังคับบัญชา และลักษณะของงานที่ทหารต้องปฏิบัติ ที่อาจเข้าถึงได้ค่อนข้างยาก จึงอาจทำให้กลุ่มทหารไม่ได้รับการสนใจ

การรับประทานยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ถึง ร้อยละ 90 (American Family Physician, 1998) ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์, 2551) แต่จากหลายงานวิจัยพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มักหยุดรับประทานยา เนื่องจากเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้ว (จรัญ บุญฤทธิการ, 2551) บางรายไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือซื้อยามารับประทานเอง (สุภัททา อินทรศักดิ์, 2551) ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยา พบว่าเกิดจากลักษณะ

ส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานยา รวมถึงความรู้สึก อิทธิพลของบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติงานทหารหน่วย ร.1รอ. ต้องปฏิบัติตามที่ตามคำสั่งผู้บังคับบัญชา ต้องอยู่ในระเบียบ วินัย เครื่องครัดต่อบทบาทและหน้าที่ของตนเอง และมีความรับผิดชอบสูง ส่งผลกระทบต่อการรับประทานยา การที่จะควบคุมภาวะความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลดี จึงจำเป็นต้องค้นหาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา ซึ่งหากทราบปัจจัยต่างๆ เหล่านี้แล้วจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาให้ถูกต้อง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของทหารให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้นั้น จะต้องบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย มีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนและใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อมุ่งสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงใช้อิทธิพลของบุคคลอื่นและสถานการณ์แวดล้อม เพื่อช่วยให้บุคคลมุ่งสู่พฤติกรรมเป้าหมาย เพราะพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นและสถานการณ์แวดล้อมมีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางสุขภาพ บุคคลและสถานการณ์แวดล้อม การรับรู้ต่อการรับประทานยา และพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

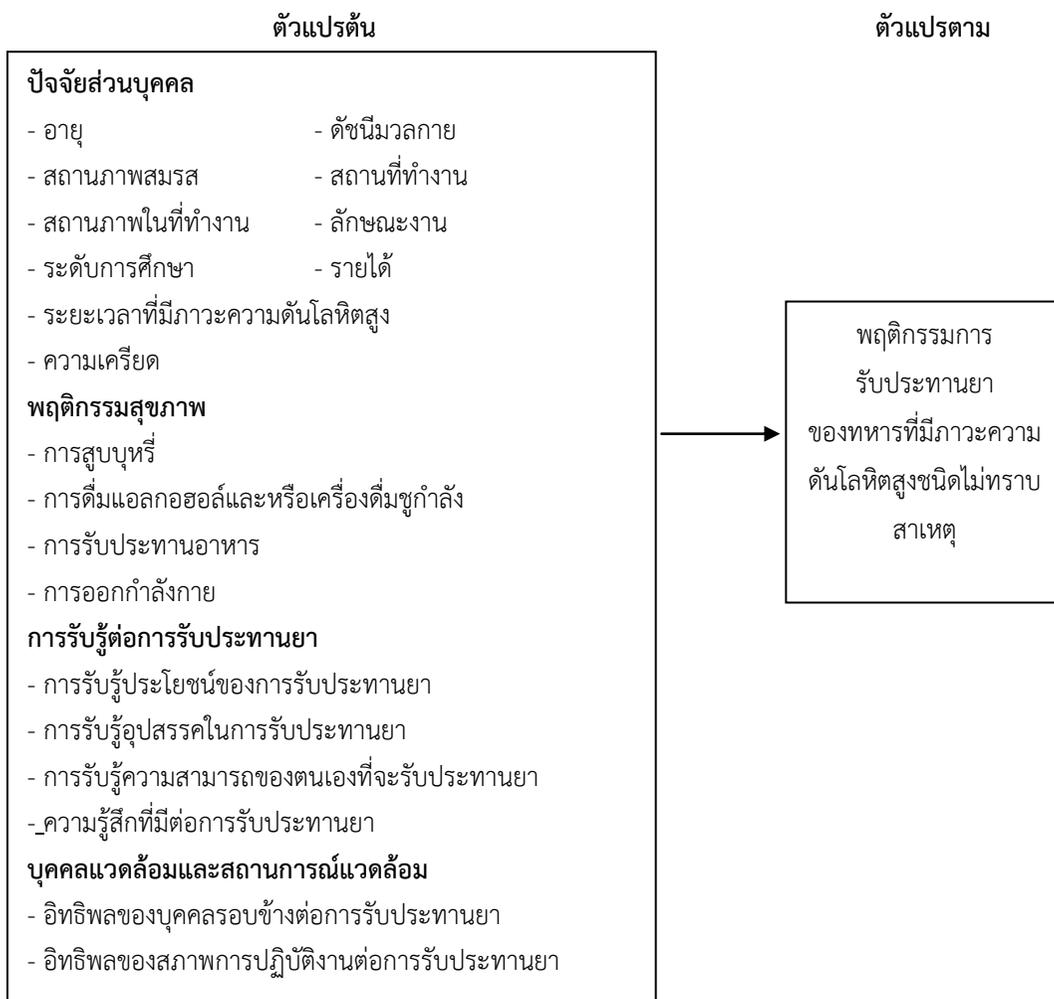
2. เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางสุขภาพ บุคคล และสถานการณ์แวดล้อม การรับรู้ต่อการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางสุขภาพ บุคคลและสถานการณ์แวดล้อม การรับรู้ต่อการ

รับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

2. มีความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางสุขภาพ บุคคล การรับรู้ต่อการรับประทานยาและสถานการณ์แวดล้อม และพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารที่ปฏิบัติงานที่หน่วย ร.1 รอ. (กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์) ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ คำนวณจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) (Cochran, 1977) จำนวน 260 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) และจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 หาคความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่า เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ t-test งานวิจัยนี้ผ่านพิจารณาจริยธรรม วิจัยจากผู้บังคับการ กรม ร.1รอ. เลขที่หนังสือ ที่ กท.044616/27 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ
ทหารส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-55 ปี (ร้อยละ 32.4) จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 43.8) รายได้สุทธิต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 27.3) มีภาวะอ้วน (ร้อยละ 35.0) สถานภาพคู่ ร้อยละ 90 ทหารร้อยละ 65 ปฏิบัติงานทั้งในหน่วยและภารกิจพิเศษ ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 67.0) โดยมากเป็นความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 53.8) เกือบครึ่งไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 46.5) ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 51.9 โดยมากรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ แต่ไม่ตรงเวลา (ร้อยละ 56.5) ไม่เครียดจากโรคที่เป็นอยู่ ร้อยละ 76.2

ลักษณะการรับประทานยา ยาที่ทหารต้องรับประทานส่วนใหญ่เป็นยาหลังอาหารเช้า (ร้อยละ

41) มีทหารที่เคยลิ้มรับประทานยามากถึง ร้อยละ 75.4 มื้อยาที่ลิ้มรับประทานมากที่สุดเป็นยามื้อเช้า (ร้อยละ 83.7) โดยให้เหตุผลที่ลิ้มรับประทานยาม่าติดภารกิจจากงานหรือหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติอยู่นอกจากนี้ยังพบว่าทหารลิ้มรับประทานยาติดต่อกันนานที่สุดไม่เกิน 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 55.6) ทหารร้อยละ 3.1 เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา เช่น ไอ บวม ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และเมื่อได้รับผลข้างเคียงจากยา จะหยุดยาทันที ยาที่ทหารรับประทานสามารถเบิกจ่ายตรงได้ทั้งหมด (ร้อยละ 89.2) ซึ่งทหารมีความเห็นว่า ราคายามีผลต่อการรับประทานยาร้อยละ 56.5 ขณะที่ลักษณะงานมีผลต่อการรับประทานยา ร้อยละ 51.5 และร้อยละ 55.4 สามารถรับประทานยาได้สม่ำเสมอทุกวัน

พฤติกรรมการรับประทานยา ทหารมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65) พฤติกรรมการ รับประทานยาที่พบมากที่สุด คือ ถ้าลิ้มรับประทานยา จะรับประทานยาทันที เมื่อนึกได้ทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26) สามารถรับประทานยาลด ความดันโลหิตตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง (ค่าเฉลี่ย 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.99) และเมื่อได้รับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา จะหยุดรับประทาน ยาทันที (ค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) ตามลำดับส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาที่พบน้อยที่สุด คือ การลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง เมื่อรู้สึกกว่าอาการดีขึ้นหรือแย่ลง (ค่าเฉลี่ย 1.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.96)

การรับรู้ต่อการรับประทานยา ทหารมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.94 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.60) การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) ความรู้สึก อธิพิผลของบุคคลรอบข้าง และอธิพิผลจากสถานการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาของทหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยา พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส สถานที่ทำงาน ลักษณะงาน และรายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้ว/เดือน มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยทหารที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ (ค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56) จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ค่าเฉลี่ย 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) ทหารที่ปฏิบัติงานนอกช่วงเวลาปกติ หรือภารกิจพิเศษ (ค่าเฉลี่ย 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่ปฏิบัติงานในหน่วยและภารกิจพิเศษ (ค่าเฉลี่ย 2.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47) ทหารที่ทำงานเอกสารหรือธุรการ (ค่าเฉลี่ย 3.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66) จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่ทำงานทั้งฝึกภาคสนาม และทำงานเอกสารหรือธุรการ (ค่าเฉลี่ย 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) และทหารที่มีรายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้ว/เดือนน้อย (ค่าเฉลี่ย 3.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) มีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่มีรายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้ว/เดือนมาก (ค่าเฉลี่ย 2.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60)

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารเช้าหลักครบ 3 มื้อ และการออกกำลังกาย มีผลต่อพฤติกรรม

รับประทานยาของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ทหารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 2.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66) ทหารที่รับประทานอาหารเช้าหลักครบ 3 มื้อ (ค่าเฉลี่ย 2.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) มีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่รับประทานอาหารเช้าหลักมากกว่าหรือน้อยกว่า 3 มื้อ (ค่าเฉลี่ย 3.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) และทหารที่มีการออกกำลังกายทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ย 3.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) มีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ย 2.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58)

การรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หน่วย ร. 1 รอ.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยทหารที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาน้อย ส่วนทหารที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อย จะมีพฤติกรรมรับประทานยาสูงกว่าทหารที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามาก และทหารที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ดีกว่าทหารที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาน้อย

ด้านความรู้สึก อิทธิพลของบุคคลรอบข้าง และสภาพการปฏิบัติงาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง หน่วย ร. 1 รอ. อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยทหารที่มีความรู้สึก ต่อการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมการ รับประทานยาน้อยกว่าทหารที่มีความรู้สึกต่อการ

รับประทานยาน้อย ทหารที่ได้รับอิทธิพลของบุคคล รอบข้างมาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ ดีกว่าทหารที่ได้รับอิทธิพลของบุคคลรอบข้างน้อย และทหารที่มีสภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการ รับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ ดีกว่าทหารที่มีสภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการ รับประทานยาน้อย

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย และ t-test ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านจิตใจที่มีผล ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา	คะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการรับประทานยา	S.D	t-test	p--value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุ (ปี)				
34 - 50 ปี	3.11	0.67	1.855	0.065
51 - 60 ปี	2.95	0.63		
ดัชนีมวลกาย				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.9	2.99	0.65	-0.313	0.754
มากกว่าหรือเท่ากับ 23	3.02	0.66		
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3.51	0.56	4.251	0.000**
คู่	2.96	0.64		
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ				
ปฏิบัติงานภายในหน่วย และภารกิจพิเศษ	2.86	0.47	-2.250	0.027*
ปฏิบัติงานภารกิจพิเศษ	3.05	0.68		
สถานภาพในที่ทำงาน				
ผู้บังคับบัญชา	3.15	0.67	1.460	0.150
เป็นทั้งผู้บังคับบัญชา และผู้ปฏิบัติงาน	2.99	0.65		
ลักษณะงาน				
ทำงานเอกสารหรือธุรการ	3.16	0.66	3.137	0.002*
ฝึกภาคสนาม และทำงานเอกสารหรือ ธุรการ	2.91	0.63		

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย และ t-test ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านจิตใจที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ. (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยา	คะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมมารับประทานยา	S.D	t-test	p-value
ระดับการศึกษา				
มัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย	3.03	0.66	0.333	0.740
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และ อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	3.00	0.65		
รายได้สุทธิหักค่าใช้จ่ายแล้ว/เดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	3.29	0.76	3.773	0.000**
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,000	2.93	0.60		
ระยะเวลาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนาน (ปี)				
น้อยกว่า 5 ปี	3.03	0.60	0.428	0.669
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	2.99	0.71		
ปัจจัยด้านจิตใจมีความเครียดจากโรคที่เป็นอยู่				
ใช่	2.93	0.61	-1.154	0.250
ไม่ใช่	3.04	0.66		
ปัจจัยด้านสังคม				
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ/ เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	3.00	0.60	-0.372	0.711
สูบ	3.05	0.84		
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	3.10	0.64	2.121	0.035*
ดื่ม	2.93	0.66		
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง				
ไม่ดื่ม	2.99	0.67	-0.969	0.334
ดื่ม	3.07	0.61		
การรับประทานอาหารมื้อหลัก				
ครบ 3 มื้อ	2.99	0.64	-2.011	0.045*
ไม่ครบ 3 มื้อ/ มากกว่า 3 มื้อ	3.26	0.69		
การออกกำลังกาย				
ทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้ง /สัปดาห์	3.05	0.67	2.034	0.043*
ไม่เคย หรือน้อยกว่า 3 ครั้ง /สัปดาห์	2.85	0.58		

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย และ t-test ของปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา	คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การรับประทานยา	S.D	t-test	p-value
การรับรู้				
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา				
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มาก (>3.81)	3.33	0.67	-7.663	< .001
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาน้อย (\leq 3.81)	2.75	0.50		
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา				
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามาก (>2.94)	2.81	0.60	6.051	< .001
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อย (\leq 2.94)	3.28	0.63		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานยา				
การรับรู้ความสามารถของตนเองมาก (>3.13)	3.38	0.71	-8.394	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย (\leq 3.13)	2.74	0.45		

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย และ t-test ของปัจจัยความรู้สึก อธิพิพลของบุคคลรอบข้าง อธิพิพลของสภาพการปฏิบัติงานที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หน่วย ร.1 รอ.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา	คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การรับประทานยา	S.D	t-test	p-value
อิทธิพลระหว่างบุคคล และจากสถานการณ์				
ความรู้สึกที่มีต่อการรับประทานยา				
ความรู้สึกที่มีต่อการรับประทานยามาก (>3.25)	2.93	0.66	2.004	0.046*
ความรู้สึกที่มีต่อการรับประทานยาน้อย (\leq 3.25)	3.10	0.63		
อิทธิพลของบุคคลรอบข้างที่มีต่อการรับประทานยา				
อิทธิพลของบุคคลรอบข้างที่มีต่อการรับประทานยามาก (>3.09)	3.17	0.71	-3.341	0.001*
อิทธิพลของบุคคลรอบข้างที่มีต่อการรับประทานยาน้อย (\leq 3.09)	2.90	0.59		
อิทธิพลของสภาพการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการรับประทานยา				
สภาพการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการรับประทานยามาก (>3.34)	2.92	0.65	2.528	0.012*
สภาพการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการรับประทานยาน้อย (\leq 3.34)	3.13	0.64		

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยา พบว่า

1. ลักษณะส่วนบุคคล ทหารที่มีสถานภาพสมรสโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยามากกว่าสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัตน์ทองรอด (2549) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีแหล่งสนับสนุนดีจากคู่สมรสจะได้รับยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ที่พบเช่นนี้อาจเพราะทหารที่มีสถานภาพสมรส โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีบุคคลที่ต้องดูแลและช่วยดูแลตน ในฐานะที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไม่เท่ากับทหารที่มีครอบครัวแล้ว รวมทั้งทหารที่โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จะขาดบุคคลที่คิดว่าพึ่งได้เมื่อยามเจ็บป่วยในอนาคต ตามที่แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนเกิดความรู้สึกผูกพัน หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดและความเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพ (กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542 อ้างถึงใน กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545) ทหารที่ปฏิบัติงานภายในหน่วยและภารกิจพิเศษจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ปฏิบัติงานนอกช่วงเวลาปกติหรือภารกิจพิเศษ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาร์ด จงเจริญ และคณะ (2551) ที่ว่าอาชีพที่เร่งรีบ มีผลต่อการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และไม่สม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ไม่ได้รับยาตามที่แพทย์กำหนด ทำให้ล้มรับประทานยา หรือรับประทานยาผิดเวลา อาจเนื่องจากทหารที่ปฏิบัติงานภายในหน่วย จะมีทั้งการทำงานเอกสาร/ธุรการ และการฝึกภาคสนามภายใน

หน่วย ที่เป็นห่วงฝึกภาคบังคับ ซึ่งต้องฝึกกลางสนาม และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจส่วนตัวได้ในระหว่างการฝึก ในขณะที่เดียวกันหากมีภารกิจพิเศษ ทหารจะต้องปฏิบัติตามอย่างเร่งด่วน อาจทำให้ไม่ได้จัดเตรียมจำนวนเม็ดยาที่จะต้องรับประทานในมือล่วงหน้า ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาผิดเวลา และจากลักษณะงาน พบว่าทหารที่ทำงานเอกสารหรือธุรการจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่ทำงานเอกสารหรือธุรการและต้องฝึกภาคสนาม ซึ่งสอดคล้องกับแมคลาฟท์ลินและคณะ (Maclaughlin et. al., 2005) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการทำงานที่ไม่แน่นอน เพราะลักษณะงานที่แน่นอนจะช่วยให้รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้กระทบต่องานประจำ ทำให้สามารถรับประทานยาได้ตรงตามเวลา ทหารที่มีรายได้น้อยจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีรายได้มาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544) และวันวิสา รอดกล่อม และคณะ (2555) ที่พบว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงจะรับประทานยาได้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และเวธกา กลิ่นวิจิต (2546) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยา อธิบายได้ว่ารายได้เป็นเครื่องบ่งชี้สิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง (จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ, 2554) การมีรายได้น้อย อาจทำให้ทหารเล็งเห็นว่าตนขาดปัจจัยสำคัญที่จะจัดการกับโรคที่ไม่หายขาด และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น หากดูแลสุขภาพในปัจจุบันไม่ดีพอ จึงเคร่งครัดต่อการรับประทานยามากกว่าทหารที่มีรายได้มาก

2. ปัจจัยด้านสังคม ทหารที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาของแมนไฮเมนและคณะ (Mannheimen et al., 2000) ที่พบว่าสารเสพติดทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง อาจเพราะทหารที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มักมีระดับความดันโลหิตสูง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มักพบในผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และมักไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ส่วนทหารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มักรับประทานยาสม่ำเสมอ จึงเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ต้องให้โรคเพิ่มความรุนแรง จึงรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า ทหารที่รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อหรือมากกว่า 3 มื้อ จะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาดีกว่าทหารที่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ทหาร พบว่า ทหารที่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาหรือไม่ครบ 3 มื้อ มีความตระหนักในการรับประทานยามากกว่า เนื่องจากกังวลว่าการรักษาจะไม่ได้ผล ร่วมกับอาชีพที่ไม่หนุนเสริม และทหารบางคนมีความคิดเห็นว่าการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อจะทำให้เกิดการลิ้มรับประทานยาได้มากกว่าการรับประทานอาหารที่ครบมื้อและตรงเวลา ทหารจึงมีความตระหนักและใส่ใจในการรับประทานยาที่ดีกว่า ทหารที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยาดีกว่าทหารที่ไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของซุมคักกี้ พุกกาพงค์ (2547) ที่ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้น แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง ทำให้ให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ทำให้

ความดันโลหิตลดลง (ซุมคักกี้ พุกกาพงค์, 2547) ทำให้ทหารเห็นผลดีของการออกกำลังกายและการรับประทานยากัน ทั้งต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย

3. การรับรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา ทหารที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาดี จะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานยามากกว่าทหารที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับสูง ทั้งนี้ เพราะการรับรู้ประโยชน์เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นที่ให้ผลบวกต่อตนเอง (Pender, 2006) ทหารที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีความเข้าใจว่ามีฤทธิ์ลดระดับความดันโลหิต ซึ่งจะจูงใจให้รับประทานยาต่อเนื่องได้ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา จากการศึกษาของแจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมาก จะมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยา โดยผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์มากกว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคน้อย ทหารที่รับรู้ความสามารถของตนเองมาก จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาดีกว่าทหารที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยจันทร์ พานทอง (2545) ที่พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากทหารที่รับรู้ความสามารถของตนเอง จะเชื่อมั่นว่าตนสามารถ

รับประทานยาตามแผนการรักษาได้ และสามารถจัดการสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่างๆได้ (Pender, 2006)

4. ด้านความรู้สึกรู้สึก อธิธิพลของบุคคลรอบข้างและสภาพการปฏิบัติงาน ทหารที่มีความรู้สึกต่อการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาน้อยกว่าทหารที่มีความรู้สึกต่อการรับประทานยาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของไปรมาซิม บินซจิดต์ (2544) ที่พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต่อการรับประทานยาดี สาเหตุอาจเพราะความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม มีผลให้เกิดทั้งแรงจูงใจหรือหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 2006) ดังนั้น ทหารที่มีความรู้สึกต่อการรับประทานยาดี จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จึงรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า และ ทหารที่ได้รับอิทธิพลของบุคคลรอบข้างมาก จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาสูงกว่าทหารที่ได้รับอิทธิพลของบุคคลรอบข้างน้อย สอดคล้องกับจันท์นีย์ เปียมนุ้ม (2550) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ อาจเพราะบุคคลรอบข้างจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ (Pender, 2006) ดังนั้น ทหารที่มีบุคคลแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จึงรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า และทหารที่สภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาสูงกว่าทหารที่สภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการรับประทานยาน้อย สอดคล้องกับจันท์นีย์ เปียมนุ้ม (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสภาพการปฏิบัติงานสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมี

นัยสำคัญ อาจเพราะสถานการณ์โดยรอบจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2006) ดังนั้น ทหารที่สภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ จึงรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบพฤติกรรมมารับประทานยาในทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรทีมสุขภาพ ควรนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญมาส่งเสริมการดูแลตนเองของทหารในการรับประทานยา โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม และมีการติดตามพฤติกรรมมารับประทานยาที่ดีตลอดไป
2. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน อย่างน้อยทุก 3 เดือน และติดตามในทหารที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อหายหมด

ด้านการบริหารและนโยบาย

1. เสนอผู้บังคับบัญชาทราบถึงปัจจัยที่มีนัยสำคัญ เพื่อค้นหาปัญหาหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรืออุปสรรคที่ส่งผลต่อการรับประทานยาในทหารที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนือง รวมทั้งการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตลอดไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรขยายการศึกษาวิจัยในหน่วยทหารอื่น เนื่องจากทหารในแต่ละเหล่าหรือแต่ละสังกัด มีบริบทแวดล้อมและภารกิจหน้าที่ที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาในหน่วยทหารอื่น และควรวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทานยาเมื่อเจ็บป่วย เพื่อเข้าถึงบริบท การดำเนินชีวิต สภาพสังคมของทหาร ตลอดจน ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมทางทหารและข้อจำกัด ต่างๆ ที่พบว่าเป็นปัญหาหรืออุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ การรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม

2. ควรนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญมาต่อยอดเป็น งานวิจัยกึ่งทดลองโดยการจัดโปรแกรมการรับรู้ เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรักษาด้วย ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นจากภาวะ ความดันโลหิตสูงมาศึกษา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จรัญ บุญฤทธิการ. (2551). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว*. สระแก้ว: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว.
- จันทน์ เปี่ยมน่วม. (2550). *พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กิ่งอำเภอศิขมกู่ จังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์ ส.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- จุฑารัตน์ ทิพย์ญาณ. (2554). *การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอนบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์ ว.ม. (สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ), มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ชุมศักดิ์ พุทธิพงษ์. (2547). *คู่มือโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: โกลด์มอ.
- นิตยา พันธุ์ฤทธิ์ และธิดารัตน์ อภิญญา. (2554). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2554*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ปิยะนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไปรษณีย์ บินจลิตต์. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันวิสา รอดกล่อม. (2555). การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 79-89.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ และคณะ. (2551). การส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(1), 71-84.
- วิรัตน์ ทองรอด. (2549). *การใช้ยาพอเพียง*. หมอชาวบ้าน. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.

- เวชกา กลิ่นวิจิต. (2546). *การเปรียบเทียบพฤติกรรม การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ของผู้ป่วย เบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะ แทรกซ้อนที่มารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- แผนงานวิจัยประยุกต์-สาขาวิทยาศาสตร์เคมีและเภสัช มหาวิทยาลัยบูรพา สมาพันธ์หัวใจโลก. (2555). "World Heart Federation" About World Heart Day 2011. [ออนไลน์] Retrived on July 20, 2011, from <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/world-heart-day>
- สร้อยจันทร์ พานทอง. (2545). *ผลของการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต่อความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์), บัณฑิต- วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). *พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภัททา อินทศักดิ์. (2551) *รูปแบบการบริการ สุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงตำบลนางบวช อำเภอดำเนินสะดวก บวช จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ ว.ท.ม. (สาธารณสุขชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. (2551). *การจัดการดูแล ตนเองเรื่องการช้ยาในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Maclaughlin, J. E., Raehl, C.L., Treadway, A. W., Sterling, T.L., Zoller, D. P. and Bond, C.A. (2005) *Assessing medication adherence in elderly. Drug and Aging*. 22, 231-255.
- Mannheimen, S., Friedland, G., Matts J., Child C. and Chesney, M. (2002). *The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immune deficiency virus-infected persons in clinical trails. Clinical Infectious Diseases*, 34, 1115-1121.
- NHANES. (1996). *Thailand Health Research Institute, National Health Foundation*. Report of the National Health Examination Survey 1991-1992. Bangkok, HealthSystems Research Institute, Ministry of Public Health.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. (3rd ed). Connecticut: Appletonand
- Pender, N., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.Rudd P. Clinicians and Patients with Hypertension: Unsettled Issues about Compliance. *American Heart Journal*, 130(32), 572-587.
- World Health Organization-International Society of Hypertension (WHO/ISH). (1999). *Guidelines for the management of hypertension*. *Journal of hypertension*, 17, 151-178.