

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา

กัลยา กองทอง* ณัฐกฤตา ศิริโสภณ** นิชาภา แพรกน้อย***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาและความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 380 คน ในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพและความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ ความเชื่อในความสามารถของตนในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการศึกษา พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านปัจจัยทางชีวสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ แต่ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการรับประทานยา/ ผู้สูงอายุ/ความดันโลหิตสูง

* นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** ,***ผู้ศาสตราจารย์ สาขาวิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*** อาจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ติดต่อผู้พิมพ์: กัลยา กองทอง E-mail: kae_kallaya@hotmail.com

มือถือ: 061-4249799

วันที่รับบทความ 7 มิถุนายน, 2020

วันที่แก้ไขบทความ 31 พฤษภาคม 2564

วันที่ตอบรับ 31 พฤษภาคม 2564

Factors Related to Medicine Consumption Behaviors of the Elderly with Hypertension in Nakhon Ratchasima Province

Kallaya Weerawongsawat* Nutthakritta Sirisopon** Nichapa Phraknoi***

Abstract

The objectives of this research were to examine factors related to medication taking behaviors in elderly patients with hypertension and study the relationship between the Health Belief Model and medication taking behaviors in elderly patients with hypertension. Through simple random sampling, 380 elderly patients aged 60 years and older with primary hypertension were recruited. Subjects resided in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Data were collected using a set of questionnaire questions including perceived susceptibility and perceived severity of not taking medication, perceived benefits of and perceived barriers to medication taking, cues to action, self – efficacy, and medication taking behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi – square analysis.

The results of the study were as follows: perceived susceptibility and perceived severity of not taking medication, and self – efficacy were high. Perceived benefits of and perceived barriers to medication taking, and cues to action were moderate. There was no correlation between biosocial factors and medication taking behaviors in elderly patients with hypertension. We found significant correlation between the Health Belief Model and medication taking behaviors in elderly patients with hypertension at .05 level

Keywords: Medication Taking Behaviors / Elderly / Hypertension

* Master's degree students, Dept. of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University

**Assistant Prof., Dept. of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University

***Lecture of Faculty of Management Sciences Kasetsart University Sriracha Campus

Contract: Kobboon Daengsuwan E-mail: kobboon.d@gmail.com มือถือ: 0866564388

Received: June 7, 2020 ; Revised: May 19, 2021 ; Accepted: May 31, 2021

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อัตราของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 17.10 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงเป็นอันดับที่ 2 ในภูมิภาคอาเซียน สืบเนื่องจากการเติบโตของประชากรผู้สูงอายุมีทิศทางสูงขึ้น และจะทำให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนั้นยังคาดการณ์ได้ว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประชากรผู้สูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเท่ากับการเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุพบว่าปัจจุบันประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2557) มีประชากร 64.92 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.02 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.40 ล้านคน) นั้นหมายความว่าประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)

สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า อุบัติการณ์ของโรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยการตรวจสุขภาพ 5 อันดับแรก ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรคอ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ซึ่งในจังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในประเทศไทยและมีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ คือ 2.62 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 383,566 คน คิดเป็นร้อยละ 14.86 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา มีจำนวนประชากร จำนวน 248,574 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 32,162 คน คิดเป็นร้อยละ 12.94 ซึ่งพบว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก และ พบอัตราการป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับในปี 2557 ของจังหวัดนครราชสีมา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2557) พบว่ากลุ่มโรคที่มีการเจ็บป่วยอันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้ โรคเบาหวาน โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน และโรคของระบบย่อยอาหาร

อย่างไรก็ตามสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยา จะทำให้การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต จึงนับว่าเป็นวิธีที่สามารถลดและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Mulrow and Brand, 2003) พบว่าการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจะสามารถช่วยลดอัตราการตายและอัตราการพิการได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่ และผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้อง เหมาะสม รับประทานยาตามแผนการรักษาต่อไป เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อสำรวจ พฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากร

บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 32,162 คน

กลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจนถึงอายุ 90 ปี ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 380 คน โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตาราง (Krejcie & Morgan, 1986: 345 อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด, 2554: 199) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย

โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
จำนวน 31 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง จำนวน 16 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยหาค่าความตรง (Validity) ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การหาค่าความตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) ของแบบสอบถามและคัดเลือกข้อคำถามได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 หาค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไปจึงยอมรับได้ โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาความดันโลหิตสูง โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยค่า (Chi - square)

สรุปผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.30 มีช่วงอายุ 65 - 68 ปี ร้อยละ 47 ระดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.70 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.10 ชนิดยาที่รับประทานส่วนมากอยู่ที่ 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 56.10 จำนวนเม็ดยาลดความดันโลหิตที่รับประทานมากที่สุด 0.5 - 1 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 52.40 ยาลดความดันโลหิต แพทย์ระบุให้รับประทาน วันละ 1 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 71.60 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจัดยาเอง คิดเป็นร้อยละ 81.30 ระดับความดันโลหิตส่วนใหญ่พบที่ 140/90 - 159/99 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 35.50

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	20.76	2.05	มาก
2. การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	14.01	1.70	มาก
3. การรับรู้ประโยชน์ของรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	17.23	1.81	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	16.92	4.08	ปานกลาง
5. สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	17.12	1.86	ปานกลาง
6. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	10.39	1.13	มาก

ตารางที่ 1 แสดงว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับมากที่สุด (Mean = 20.76, S.D. = 2.05)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามแพทย์สั่ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับควรปรับปรุง	106	27.90
ระดับปานกลาง	137	36.10
ระดับดี	137	36.10

ตารางที่ 2 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวม มีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับดีและระดับปานกลางเท่ากัน คือ เป็นร้อยละ 36.10 และ 36.10 และในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 27.90

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	χ^2	p-value
1. เพศ	2.666	.264
2. ช่วงอายุ	13.485	.096
3. ระดับการศึกษา	8.055	.428
4. อาชีพ	11.551	.316
5. รายได้ต่อเดือน	4.437	.816
6. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย	5.125	.266
7. ปัจจุบันรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงจำนวน กี่ชนิด	3.040	.804
8. รับประทานยาลดความดันโลหิตสูงกี่เม็ดต่อวัน	4.924	.554
9. รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง จำนวนมื้อต่อวัน	3.695	.449
10. ผู้ดูแลจัดยาความดันโลหิตให้รับประทาน	2.604	.626
11. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด	1.306	.971

*p-value < .05

ตารางที่ 3 แสดงว่า ปัจจัยทางชีวสังคมและปัจจัยด้านการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	χ^2	p-value
1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	27.676	.000*

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยา ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ	χ^2	p-value
2.การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	19.626	.001*
3.การรับรู้ประโยชน์ของรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	18.326	.001*
4.การรับรู้อุปสรรคของรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	39.977	.000*
5.สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	23.347	.000*
6.ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์	20.231	.000*

*p-value <.05

ตารางที่ 4 แสดงว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า

1.1 ผลการศึกษาผลการศึกษานี้ ปัจจัยด้านทางชีวสังคมและการรักษา พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงกึ่งชนิด การรับประทานยาจำนวนที่เม็ดต่อวัน จำนวนมือที่รับประทานในแต่ละวัน ผู้ดูแลจัดการในการรับประทาน และระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ (จารุภา ใหม่ตา, 2559) เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดยาลดความดันโลหิต การรักษาโรคความดันโลหิต ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 60.30 โดยเป็นไปตามลักษณะโครงสร้างของประชากรของประเทศไทย เพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.80 ช่วงอายุอยู่ในช่วงวัยต้นถึงกว่า 58% ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 57.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5000 -10,000 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.70 เนื่องจากอาศัยอยู่กับลูกหลาน แต่ยังสามารถหารายได้อยู่โดยการประกอบอาชีพรับจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ สอดคล้องกับ (วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล และ ชลิตา ไสภิตภักดีพงษ์, 2554) และถ้าหากเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ไม่ต้องดิ้นรนหรือการจกดจกกับการทำงานมาก จึงมีเวลาใส่ใจและสนใจเกี่ยวกับการใช้ยามาก สำหรับการจดยาให้รับประทาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดยารับประทานด้วย

ตนเอง ร้อยละ 81.30 เนื่องด้วยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีความจำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นในการจัดยา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.10 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (จิรวรรณ เจนจบ และ สุพัตรา คำสอน, 2558) ซึ่งปัจจัยด้าน อายุ เพศ ศาสนา สภาพสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่นประสบการณ์การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันไปรวมทั้งพฤติกรรมที่แตกต่างกันอีกด้วย

1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงเมื่อไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การรับรู้ความรุนแรงเมื่อไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาความดันโลหิต ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการรับประทานยาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ ($P\text{-value} = 0.000$) และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตตามคำสั่งแพทย์ ($P\text{-value} = 0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับ (จารุภา ใหม่ตา, 2559) และ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2557) เช่น ทางไกลการเดินทางไม่สะดวกทำให้มีผลต่อการเดินทางไปรับยาหรือรับการรักษาซึ่งเป็นอุปสรรคการรับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุจึงปรับพฤติกรรมการใช้ยาโดยซื้อยามาจากร้านขายยามาสลับใช้กับยาที่ได้รับจากแพทย์ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดความกลัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ความรุนแรงจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง (สุปรียา ต้นสกุล, 2550) ทำให้มีพฤติกรรมที่ดีในการรับประทานยาความดันโลหิต จาก (becker, M. H, 1974) ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยกล่าวว่าสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ 1) การรับรู้บุคคล 2) ปัจจัยร่วม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดรูปแบบการส่งยาและข้อแนะนำในการการใช้ยาให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกในครอบครัวร่วมเป็นผู้ช่วยเหลือ ดูแล การใช้ยาให้เป็นไปตามกำหนดของแพทย์
2. จัดอบรมหรือทำคู่มือการกำกับดูแลการใช้ยาอย่างถูกวิธีแก่ผู้รับยาและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้การใช้ยามีประสิทธิภาพตามข้อข้อกำหนดของแพทย์

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบหรือการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- จรรยา ใหม่ตา. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา.
- จิราวรรณ เจนจบ และ สุพัตรา คำสอน. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเกตุการสาร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ. นครสวรรค์ครั้งที่ 12.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วิริยา สุขวงศ์, ธนพร วรรณกุล และ ชลิดา โสภิตภักดีพงษ์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2557). ระบบรายงาน. สืบค้นเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2560, สืบค้นจาก: <http://www.korathealth.com/korathealth/index.php>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2557). สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือนมกราคม 2557. กรุงเทพฯ: มพพ.
- สุปรียา ตันสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา, 30(105), 1-10.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2557). พฤติกรรมการใช้ยาในสูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief model and Sickrole Behavior*. In Becker, M.

H.(Ed.),The Health Belief Model, and Personal Health Behavior (pp.82-92). New York, NY: Charles B.Slack. Retrieved from

<http://www.lawrencelizewski.com/attachments/File/HBM.pdf> December 13, 2014.

Mulrow, Lau, Conell and Brand. (2003). Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *PubMed* 7(4), 1342-1350.