



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาและความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
Development and Evaluation of a Self-management Support Program on Medication
Adherence and Blood Pressure among Older Adults with Uncontrolled Hypertension

ไหมมุนีะ สังขาว (Maimuna Sungkhao)¹ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (Ploenpit Thaniwattananon)²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 25 ราย จากคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง มีวิธีดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วย แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 8 สัปดาห์ ด้วยกลยุทธ์ห้าเอ สื่อนำเสนอภาพหนึ่งสำหรับให้ความรู้ คู่มือ สมุดบันทึก บัตรยา และแบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และ 3) ทดสอบโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ วิเคราะห์ผลลัพธ์ด้วยสถิติที่คู่ ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.25, 14.90$ และ $8.65, p < .001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น จนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

คำสำคัญ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้สูงอายุ การจัดการตนเอง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ e-mail address maimoonvip007@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ e-mail address ploenpit.t@psu.ac.th



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

This research aimed to develop and evaluate a self-management support program for medication adherence and blood pressure control in older adults with uncontrolled hypertension. The subjects were 25 older adults who had medication non-adherence and uncontrolled hypertension and were selected by purposive with simple random sampling from a medicine clinic in one tertiary hospital. The studying period was divided into 3 phases: 1) problems analysis, 2) development of a self-management support program, consisted of the 8 weeks of 5 As' model self-management support for medication adherence intervention plan, a PowerPoint for educating, booklet, note recording, pill card, and phone call follow-up, and 3) program testing with the subjects for 8 weeks and evaluated by using a medication adherence questionnaire. (Cronbach's alpha coefficient was 0.80), and an automatic blood pressure meter. Paired t-test was used to analyze data, the results showed that after the subjects participated in the program, a mean score of medication adherence was higher, while average systolic and diastolic blood pressure were also lower than before ($t = 18.246, 14.897, \& 8.647, p < .001$). These findings indicated that the self-management support program could improve medication adherence of older adults with uncontrolled hypertension which resulted in their better blood pressure control.

Keywords: Medication adherence, Older adult, Self-management, Uncontrolled hypertension



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต (ทิพมาส ชินวงศ์, 2560) ประกอบกับปัจจุบันจำนวนผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จากสถิติในปี พ.ศ. 2561 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 42.55 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน, 2561) และจากสถิติในปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของคนเป็นโรคนี้สูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งสูงถึงร้อยละ 64.90 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) และยังพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทย มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สูงถึงร้อยละ 43 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุท, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง, และยศ ตีระวัฒนานนท์, 2557) จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ปัจจุบันแนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เน้นการปรับพฤติกรรม ร่วมกับการรักษาโดยการให้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Whelton et al., 2017) ซึ่งเป้าหมายหลัก คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะเลือดออกในจอประสาทตา และการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น โดยความดันโลหิตที่ยิ่งสูง จะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มากยิ่งขึ้น (World Health Organization [WHO], 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หนึ่งในปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) และการมีโรคร่วม (ราม รัชสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา และร้อยละ 50 ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภายใน 1 ปี หลังการรักษา (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 80-80.5 (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2559; วิภาภรณ์, นันทวัน, และกนกพร, 2560) การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.7 เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และร้อยละ 31.6 ของผู้ป่วยที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หรือไตเรื้อรัง (Abegaz et al, 2017) ทั้งนี้ ผู้ที่มีโรคร่วม จะมีความซับซ้อนในการรักษาและจำนวนยาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น (Salive, 2013) จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้มีการพัฒนาแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม โดยมีระบบบริการสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพคอยช่วยเหลือสนับสนุน กลยุทธ์ห้าเอ ประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำ (advise) 3) การทำข้อตกลง (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การจัดการ (arrange) (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) การศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการนำกลยุทธ์ห้าเอมาใช้สนับสนุนการ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

จัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วพบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีระดับการทำกิจกรรมทางกายและระดับไขมันดีเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่มีการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียวในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีเพียงการศึกษาที่นำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน (จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิทย์ ทองแดง, และดวงหทัย ยอดทอง, 2557; เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุชะ, และทศพร คำผลศิริ, 2555) การศึกษาที่สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียว มีเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (สำรวย อาญาเมือง, 2561) และในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ฐาณิษญาน หาญนรงค์, 2553) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างกับในวัยผู้ใหญ่ อันเป็นผลจากการเสื่อมสภาพของร่างกายและสติปัญญาตามวัย ทำให้ความสามารถในด้านการคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การมองเห็นและความจำลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมกันหลายด้านอาจทำได้ไม่เต็มศักยภาพ หรืออาจไม่เหมาะกับในวัยผู้ใหญ่ ประกอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยเอดส์ อันได้แก่ การไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา จากการไม่แสดงอาการของโรค (กิธนา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรสา พันธภักดี, 2557) หรือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการไม่มีอาการ หรือการหายจากอาการปวดศีรษะ คือ การหายจากโรค (พรทิพย์ ชูจอหอ, 2555) จึงทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง อีกทั้งการมีโรคร่วม ทำให้ความซับซ้อนในการรักษาและปริมาณยาที่ต้องรับประทานมีมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังเห็นได้จากข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ปี 2560 ที่พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 35.95 จากจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2561) และถึงแม้ว่าไม่มีรายงานสถิติของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในพื้นที่จังหวัดสงขลา แต่จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) จากงานวิจัยจำนวน 25 เรื่อง ที่ทำการศึกษาใน 15 ประเทศทั่วโลก พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) และจากการสัมภาษณ์พยาบาลประจำคลินิกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เกิดจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และพบได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มาเข้ารับบริการในคลินิก

ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย อันจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบที่จะเกิดจากโรค ทั้งนี้ เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีวัตถุประสงค์



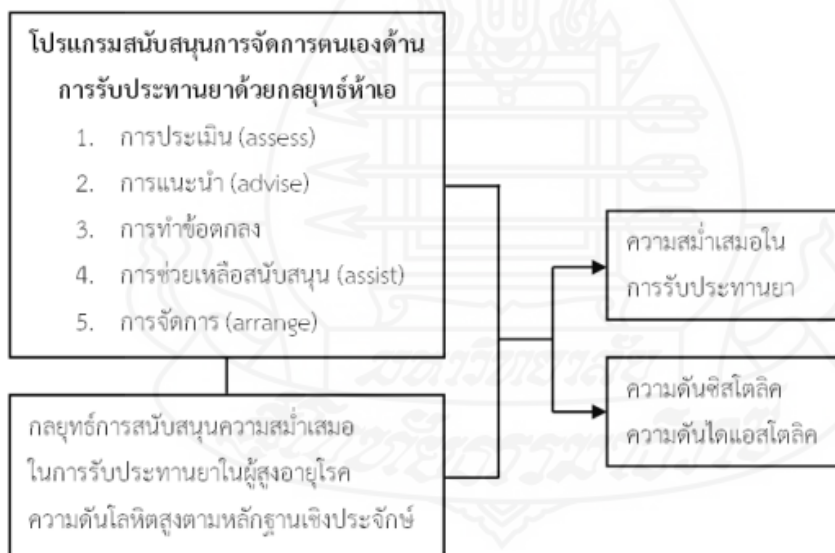
การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกลยุทธ์การสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ สามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพและบริบทของตนเอง และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ 61-019-19-6 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ที่ควบคุมโรคไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ที่ควบคุมโรคไม่ได้ ที่มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (นันทิกานต์ หวังจิ, อุมามพร ปุญญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558) ได้คำนวณอิทธิพลความแตกต่างเท่ากับ 1.33 ซึ่งมีขนาดใหญ่ เพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัยและเนื่องจากการศึกษาของนันทิกานต์ หวังจิ และคณะ (2558) มีความแตกต่างกับการศึกษารั้งนี้ ในบริบททางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ความซับซ้อนของโรคและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เพราะเป็นการศึกษาที่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมุสลิมโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม และศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาให้มากขึ้น โดยลดขนาดอิทธิพลความแตกต่างลงเหลือ 0.8 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 4 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้จึงเท่ากับ 25 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกับวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต 2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต) 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 4) ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือการมองเห็น สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวานชนิดที่ 2 หรือไตเรื้อรัง ในระยะที่ 2-4 6) ได้รับยาเม็ดลดความดันโลหิต ทั้งชนิดและขนาดที่ได้รับในปัจจุบันมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน 7) ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์ และคณะ คะแนนที่ได้ ≤ 47 คะแนน 8) ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือ มีความดันซิสโตลิก ≥ 150 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันไดแอสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูง และมีความดันซิสโตลิก ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันไดแอสโตลิก ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ไต



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

เรื่องร้อง โดยเป็นค่าความดันโลหิตย้อนหลังในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ที่ไม่เกิน 12 เดือน) และในวันที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งค่าความดันโลหิตจากทั้ง 2 ครั้ง ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายในระหว่างการศึกษา จึงมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลโปรแกรม ประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์ และคณะ (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ, 2549 อ้างตาม ดำรงพล จันทรสด, 2551) ลักษณะคำถามเป็นการถามถึงพฤติกรรมการใช้ยาในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ที่ครอบคลุมการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลา และปริมาณ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนที่ได้ ≤ 47 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80) 3) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ใช้การตรวจสอบความตรงด้วยการตรวจสอบคุณภาพและสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน โดยบริษัท เค พี จี อุปกรณ์การแพทย์ จำกัด ใช้วิธีการวัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตามแนวปฏิบัติของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (Whelton et al., 2017) และหาค่าความเที่ยงจากค่าความเท่าเทียมของการวัด ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้เท่ากับ 1.0 4) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย การมีความเครียด และการเปลี่ยนแปลงชนิด หรือขนาดยาที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลของโพลิต และเบ็ค (Polit & Beck, 2014) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง อาจารย์เภสัชกร พยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง 2 ท่าน โปรแกรมมี 2 ส่วน คือ แผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาด้วยกลยุทธ์ห้าเอและสื่อที่ใช้ในแผน ซึ่งประกอบด้วย สื่อนำเสนอภาพนิ่ง คู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สมุดบันทึกการรับประทานยา บัตรยา และแบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบ PICO (P = population, I = intervention, C = comparison, O = Outcome) เพื่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาโปรแกรม

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ร่วมกับแนวทางการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (จันทรจิรา สีสว่าง, ปุริวิชัย ทองแดง, และดวงหทัย ยอดทอง, 2557; ฐานิชญาณ ชาญณรงค์, 2553; นันทิกานต์ หวังจิ, อุมภาพร ปุญญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558; ศรุตาทวีพร มงคล, 2557; Ruppap, 2009) สร้างเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ พร้อมทั้งนำไปศึกษานำร่องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ซึ่งพบปัญหาว่าเวลาในการให้ความรู้ 1 ชั่วโมง นานเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสนใจต่อการ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

เรียนรู้ จึงปรับลดเวลาเหลือ 45 นาที โดยก่อนการศึกษานำร่อง ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลา 15 ปี 1 ท่าน สำหรับช่วยเก็บข้อมูลความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ระยะที่ 3 ทดสอบและประเมินผลโปรแกรม โดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มาทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน ใช้เวลาในการดำเนินงานทั้งหมด 8 สัปดาห์ และประเมินผลโปรแกรมโดยเปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย ขั้นตอนต่อไปนี้

1. ในวันแรก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการได้ยิน การมองเห็น การอ่านและการเขียน และประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิต หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์และรับยาจากห้องยาตามการพยาบาลปกติเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยอีกครั้ง เพื่อจัดกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยในผู้ที่ครอบครัวสามารถช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาได้ จะให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เคยปฏิบัติ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา ความสามารถและความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ปัจจัยที่ทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ปัจจัยสนับสนุนในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา รวมทั้งความสามารถและทักษะในการจัดยา

1.2 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองในการรับประทานยาที่เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และแนะนำวิธีป้องกันการลืมรับประทานยา พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง ส่วนกิจกรรมที่ทุกคนจะได้รับเหมือนกัน ได้แก่ 1) ใช้สื่อแนะนำสภาพหนึ่ง ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความสำคัญและประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิธีการรับประทานยา การจัดเก็บยาที่ถูกต้อง และวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง 2) จัดทำบัตรยาทุกชนิดที่ได้รับ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้บัตรยา โดยในบัตรยา 1 ใบ ใช้สำหรับยา 1 ชนิด จะประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ชื่อยา สรรพคุณและวิธีการใช้ยา ซึ่งเขียนโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและใช้ตัวอักษรขนาด 20 พอยต์ มีรูปภาพยาที่ถ่ายจากยาจริงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ และมีรูปภาพที่สื่อถึงวิธีการใช้ยาและเวลาในการรับประทานยา มีการเขียนระบุเวลาที่ชัดเจนในการรับประทานแต่ละชนิด รวมทั้งบอกวิธีการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา 3) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาแต่ละชนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้บัตรยาและสาธิตการจัดยาที่ได้รับทุกชนิด และทุกมือที่ต้องรับประทานในวัน 4) แนะนำวิธีการใช้สมุดบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ชื่อยา วิธีการรับประทานยา เวลาและจำนวนยาที่รับประทานจริงในแต่ละมือ จำนวนเม็ดยาที่ทิ้ง หรือตกหล่น รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข และ 5) มอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับสื่อแนะนำสภาพหนึ่ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปอ่านเพื่อทบทวนความรู้

1.3 การทำข้อตกลงร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง ในการกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา พร้อมทั้งให้บันทึกลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

1.4 การช่วยกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เฉพาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองตามคำแนะนำ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

1.5 การจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและวางแผนการปฏิบัติใหม่หากพบปัญหา ให้คำชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ดี ให้กำลังใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการโทรศัพท์เตือน 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อประเมินผลโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 โดยในวันนัด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต และประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งสรุปข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยา สรุปผลและแจ้งผลลัพธ์ของการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม พร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไป จากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวคำขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติแมคเนียร์ (McNemar test) วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย การมีความเครียด ชนิดและขนาดของยาทุกชนิดที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต

3. ใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย คะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 25 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 70.40 ± 8.26 ปี ร้อยละ 76 มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาลดต่ำสุด คือ ระดับประถมศึกษา และสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 20 เป็นข้าราชการบำนาญ ทุกคนมีรายได้เพียงพอและร้อยละ 56 มีเงินเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4 มีบุตรคอยจัดยาให้รับประทานทุกมื้อ ร้อยละ 60 ดูแลเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเองทั้งหมด และร้อยละ 36 มีบุตร หรือคู่สมรสช่วยดูแลบางส่วน โดยบทบาทที่ช่วยดูแล คือ การพามาพบแพทย์ การช่วยจำวันนัด การช่วยสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา และการช่วยเตือนการรับประทานยา ร้อยละ 40, 16, 8 และ 4 ตามลำดับ

ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยมีดังนี้



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

1. ด้านการมีโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 มีโรคร่วม 3 โรค คือ โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวานและไตเรื้อรัง และร้อยละ 44 มีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรค โดยโรคร่วมที่พบสูงสุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน

2. ด้านการรักษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมานานตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป โดยมีเวลาที่รับประทานยาลดความดันโลหิตชนิดและขนาดที่ได้รับในปัจจุบันเฉลี่ย 1.2 ± 0.4 ปี ร้อยละ 40 มียาที่ต้องรับประทาน 4-6 ชนิด ในจำนวนนี้ ร้อยละ 44 รับประทานยารวันละ 2 มื้อ และร้อยละ 32 รับประทานยารวันละ 4 มื้อ โดยมีจำนวนเม็ดยาเฉลี่ยที่รับประทานใน 1 วัน 7.5 ± 4.5 เม็ด ยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีทั้งหมด 7 กลุ่ม ตามแนวทางการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบัน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Whelton et al., 2017) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68 รับประทานยาร่วมกันตั้งแต่ 2 กลุ่ม ขึ้นไป ทุกคนมีปัญหาเรื่องการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา คือ มีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ≤ 47 คะแนน ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 40.24 ± 2.15 คะแนน การลืมเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 หยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตด้วยตนเอง และทุกคนมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีความดันซิสโตลิก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยที่ 164.44 ± 10.32 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยที่ 85.36 ± 8.85 มิลลิเมตรปรอท

3. ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนการทดลองที่ 26.65 ± 3.97 และหลังการทดลองที่ 26.65 ± 3.93 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ($n = 25$)

ตัวแปร	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล				t	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	SD	M	SD		
ค่าดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)	26.65	3.97	26.65	3.93	.12	.91

4. ด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติแมคเนมาร์ (McNemar test) พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน
นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติแมคเนียร์ (McNemar test) (n = 25)

ตัวแปร	ความถี่ (ร้อยละ) ก่อนการ ทดลอง	ความถี่ (ร้อยละ) หลังการทดลอง		statistic value	p
		เปลี่ยนแปลง	ไม่ เปลี่ยนแปลง		
การสูบบุหรี่		0 (0)	31 (100)	0.00	1.00
ไม่เคยสูบ	18 (72)				
เคยสูบและเลิกสูบแล้ว	7 (28)				
การดื่มแอลกอฮอล์		0 (0)	31 (100)	0.00	1.00
ไม่เคยดื่ม	19 (76)				
เคยดื่มและเลิกดื่มแล้ว	6 (24)				
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม		0	31	0.00	1.00
รับประทานบางครั้ง	16 (64)				
รับประทานประจำ	9 (36)				
การออกกำลังกาย		0 (0)	31 (100)	0.00	1.00
ไม่ออกกำลังกายเลย	13 (52)				
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	3 (12)				
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	9 (36)				
การมีความเครียด		0 (0)	31 (100)	0.00	1.00
ไม่มี	20 (80)				
มีน้อย	5 (20)				
ชนิดและขนาดของยาที่รับประทาน นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต		0 (0)	31 (100)	0.00	1.00

การประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง เมื่อนำชุดข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก หลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
รายละเอียดดังตารางที่ 3



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) (n = 25)

ตัวแปร	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล				t	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	SD	M	SD		
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	40.24	2.15	48.96	1.24	-18.25	.000***
ความดันซิสโตลิก	164.44	10.32	134.28	8.93	14.90	.000***
ความดันไดแอสโตลิก	85.36	8.85	74.96	7.44	8.65	.000***

*** ระดับนัยสำคัญที่ .001

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผลการวิจัยที่เกิดจากโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับอย่างแท้จริง จึงใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบใส่คืน เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น จากการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาลตามการพยาบาลปกติ และใช้วิธีการทางสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาทุกชนิดที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น และช่วยให้ระดับความโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ($p < .001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ห้าเอในการดำเนินโปรแกรม ทำให้ผู้วิจัยสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการเรื่องการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละคน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น จนทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ในขั้นตอนการประเมิน (assess) ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงพฤติกรรมการรับประทานยา รูปแบบและสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุแต่ละคน จึงทำให้ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละคนได้ จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96 จัดยารับประทานเอง และปัญหาที่ทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้แก่ การลืม การขาดความรู้ การมีความเชื่อและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม และการไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา เมื่อผู้วิจัยให้คำแนะนำ (advise) เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการรับประทานยาทุกชนิดที่



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

แต่ละคนได้รับ การให้ความรู้เรื่องโรค เรื่องยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทายา รวมทั้งมีการแจกคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทายา ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเห็นความสำคัญของการรับประทายามากขึ้น จึงทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้น เพราะการรับรู้ประโยชน์ของยาและการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทายา (อัญชลี ชูติธร, 2556) นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำข้อตกลง (agree) ได้เลือกวิธีการป้องกันการลืมรับประทายา เลือกเวลาที่แน่นอนในการรับประทายาแต่ละมื้อ และเลือกเป้าหมายของการจัดการด้านการรับประทายาด้วยตนเอง พร้อมทั้งบันทึกเป้าหมายที่ต้องการไว้ในสมุดบันทึกการรับประทายา โดยมีผู้วิจัยคอยช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ให้ผู้สูงอายุมีแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทายาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละคน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทายาได้ดีขึ้นและมีความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติ รวมทั้งมีความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทายาให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ อีกทั้งการที่ผู้วิจัยช่วยจัดการ (arrange) คอยดูแลกำกับและติดตามผลการจัดการตนเอง โดยการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่พยาบาลและมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการจัดการตนเองด้านการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้น จนทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ผลการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่นำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอเพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม สามารถจัดการตนเอง จนทำให้มีระดับการทำกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี สามารถจัดการตนเอง จนทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยช่วยเหลือสนับสนุน (assist) โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของโปรแกรม ในผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลด้านการรับประทายา หรือการที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทายาบางอย่างที่เหมาะสมอยู่แล้ว ให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวัน คือ การฟังรายการเสียงตามสายของหมู่บ้าน เป็นตัวช่วยเตือนการรับประทายา เป็นอีกกลยุทธ์ที่ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทายาได้ดีขึ้น จนมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุณญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ที่พบว่า การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทายา ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้นและทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฐานิชนาญ์ หาญณรงค์ (2553) ที่พบว่า การใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับชมรายการโทรทัศน์ที่เป็นประจำทุกวันเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทายา สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ลืมรับประทายาและช่วยให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้น

อีกทั้งในการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้กลยุทธ์การสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทายาหลายอย่างร่วมกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทายาได้มากขึ้น โดยนอกจากมีการประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทายาก่อนการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทายา การใช้สื่อแนะนำสุขภาพหนึ่ง ร่วมกับการมอบคู่มือในการให้ความรู้เรื่องโรคและการใช้ยา การมีสมุดบันทึกการรับประทายา การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทายา และการติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์แล้ว ยังมีการใช้บัตรยาที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทายาได้อย่างถูกต้องและตรงเวลา และการวางบัตรยาไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่าย ช่วยให้



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

ผู้สูงอายุไม่ลืมการรับประทานยา นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดการให้ผู้สูงอายุบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในสมุดบันทึกการรับประทานยา แม้ผู้สูงอายุบางคนจะมองว่าการจดบันทึกเป็นภาระ แต่การบันทึกเป้าหมายของเวลาที่รับประทานยาไว้อย่างชัดเจน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานยาได้ตรงเวลามากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น ต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยการใช้สื่อแนะนำสภาพหนึ่ง ร่วมกับการมอบคู่มือในการให้ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมการควบคุมโรคและการใช้ยา การมีสมุดบันทึกการรับประทานยา การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการรับประทานยา และการติดตามผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ (นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558; ศรีตาทวีพร มงคล, 2557)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอที่พัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ โดยควรให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนตามกลยุทธ์ห้าเอ โดยเฉพาะในขั้นตอนการประเมิน ซึ่งช่วยให้พยาบาลได้เห็นภาพรวมทั้งหมดของพฤติกรรมการรับประทานยาและรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุแต่ละคนปฏิบัติ รวมทั้งสาเหตุที่ทำให้แต่ละคนปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเชื่อ หรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องบางอย่างของผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เช่น การเข้าใจว่าการรับประทานยาหลังอาหาร อาหารที่รับประทานต้องเป็นข้าวเท่านั้น จึงทำให้งดยาเมื่อไม่ได้รับประทานข้าวไป การเข้าใจว่าไม่ต้องรับประทานยาในวันที่มาเจาะเลือด เพราะต้องงดน้ำและอาหาร หรือการคิดว่าเมื่อยาหมดก่อนวันนัด ก็ยังรอได้ เพราะยังมียาอีก 1 ชนิด ที่รับประทานอยู่

หากพยาบาลสามารถทำขั้นตอนการประเมินให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองในขั้นตอนต่อไป ตามกลยุทธ์ห้าเอ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแสดงถึงความตั้งใจและความจริงใจต่อการอยากช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและกล้าที่จะเปิดเผยพฤติกรรมการรับประทานยาที่เคยปฏิบัติมากขึ้น และพบว่า การลืมรับประทานยาเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังนั้น พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการจัดการกับปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาอย่างเหมาะสมและต้องมั่นใจว่าวิธีการที่แนะนำไปนั้น ผู้สูงอายุได้นำไปปฏิบัติจริง อาจใช้บัตรยา หรืออาจแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้เหตุการณ์ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เป็นประจำทุกวันเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยา หรือในกรณีที่ผู้สูงอายุมีคนที่ครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้ ควรแนะนำให้ครอบครัวช่วยเตือนการรับประทานยาของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการติดตามการจัดการตนเองในระยะเวลา 8 สัปดาห์ จึงไม่สามารถสรุปผลในด้านความยั่งยืนของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ และเป็นการศึกษาที่เฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ในทางปฏิบัติ การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ อาจจะต้องปรับวิธีการจัดการติดตามกำกับดูแลผู้สูงอายุให้



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

เป็นไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล แต่ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความยั่งยืนของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่วนในทางการศึกษาวิจัย ควรนำโปรแกรมนี้ไปศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและสามารถติดตามตรวจสอบความยั่งยืนของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน. (2561). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร. ค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>
- กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(3). 129-144.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณณิศา ทองแดง, และดวงหทัย ยอดทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *รามาสืบค้นพยาบาลสาร*, 20(2), 179-192.
- ฐานิชญาณ์ หาญณรงค์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดำรงพล จันทรสด. (2551). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับ การปรับพฤติกรรมทางความคิด. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ทิพมาส ชิมวงศ์. (2560). การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 148-157.
- นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุณณโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 835-846. ค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO11.pdf>
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

- พรทิพย์ ชูจอหอ. (2555). การดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ใน ไยวรรณ ณะมัย, สมเกียรติ โภธิสัย, สิริชัย อาชาอินดี, และสุริพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (หน้า 142-152). กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- ราม รัชสิทธิ์, ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). *การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555*. ค้นจาก <http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/download/24>
- วิภาภรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, และกนกพร หมูพยัคฆ์. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 131-139.
- ศรุตาวีพร มงคล. (2557). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558*. ค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุท, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง, และยศ ธีระวัฒนานนท์. (2557). *โครงการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. ค้นจาก <http://www.ucbp.net/wp-content/uploads/2014/09/การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2561) *รายงานอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 140/90 มม.ปรอท*. ค้นจาก https://chronic.skho.moph.go.th/chronic/rep_htcontrolbp.php
- สำร่าย อาญาเมือง. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อัญชลี ชูติธ. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 6(2), 25-34.
- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96, 4(e5641).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 563-574.



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

- Hisni, D., Chinnawong, T., & Thaniwattananon, P. (2017). The effect of cardiovascular self-management support program on preventing cardiovascular complication behaviors in elderly with poorly controlled type 2 DM in Indonesia. *Walailak Journal of Science and Technology*, 16(1), doi: <http://dx.doi.org/10.14456/vol14iss12pp%p> Retrieved from <http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/2967>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruppar, T. M. (2009). *A behavioral feedback-based intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension*. (Doctoral dissertation). University of Missouri, Columbia.
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*, 35, 75-83. doi: 10.1093/epirev/mxs009
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 17(4), 371-383.
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*, 336, 1114-1117.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, Jr, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., ... Wright, Jr, J. T. (2017). *2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/ APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.onlinejacc.org/content/early/2017/11/04/j.jacc.2017.11.006?_ga=2.186815905.803387251.1512285726-650704612.1488615675
- World Health Organization. (2015). *Global Health Observatory data: raised blood pressure*. Retrieved from http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/#content