

# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน

## Factors Related to Drug Compliance Behaviors of Elders with Hypertension in Community

กมลภ ถนอมสัจย์<sup>1</sup> วิไล ตาปะสี<sup>1</sup> วชิรกร สุวรรณมณี<sup>2</sup>  
ชนมณีภา ใจดี<sup>3</sup> ทัดติยา นครไชย<sup>4</sup> และ ชาตรี ตาปะสี<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม  
kamollapoo@npru.ac.th and wilaitapa@npru.ac.th

<sup>2</sup>ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม  
wachareekorn@npru.ac.th

<sup>4</sup>ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม  
chonnipha@npru.ac.th

<sup>4</sup>ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม  
tatti@npru.ac.th

<sup>5</sup>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี  
w.tapasee@gmail.com

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 228 คน เลือกโดยการสุ่มเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83 - .88 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมการใช้ยาภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 2.35, SD=0.82$ ) สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อทดสอบอำนาจการทำนายตัวแปรโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณพบว่า มีเพียงตัวแปรเดียว คือ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 69 จากผลการศึกษาส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ยา ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ชุมชน

### Abstract

This correlational descriptive research aimed to examine drug compliance behaviors of elders with hypertension in community and investigate the related factors. This study was a cross-sectional design. A purposive sampling method was used to recruit 228 elders with hypertension in community. The research instruments were questionnaires ascertaining demographic data, drug compliance

behaviors, perception factors and social support. The data were collected from March to April, 2013. Descriptive statistics and multiple regression model were performed to analyze the data.

The results of this study revealed that most of the subjects had a poor level of overall drug compliance behaviors ( $\bar{X} = 2.35, SD=0.82$ ) In the multiple regression model with drug compliance behaviors as a dependent variable, perceived benefits of medication was only variable explaining 69 percent of the variance of the dependent variable. Therefore, it can be concluded these findings then will be useful to develop drug compliance behaviors model of elders with hypertension in community ,especially focusing on develop perceived benefits of medication.

**Keywords:** Drug compliance behaviors, Elders with hypertension

## 1. บทนำ

ผู้สูงอายุจำนวนมากมีทุกขภาวะจากปัญหาด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เช่น การมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคกระดูก และโรคข้อเสื่อม (โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ) ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ รวมถึงมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว เห็นได้ว่าผู้สูงอายุไม่สามารถเลี่ยงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และโรคต่างๆล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาจำนวนหลายชนิด จึงมีโอกาสที่จะได้รับฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้สูงอายุ [1]

การรักษาโรคเรื้อรังโดยทั่วไปจะเป็นการพ่วงไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายให้มากกว่าเดิม ควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามรุนแรงด้วยการปรับพฤติกรรมและต้องใช้อย่างตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง [2] ยาจึงถือได้ว่ามีประโยชน์และมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในแง่ของการบำบัดรักษาและแก้ไขอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เป็นโรค แต่เนื่องจากโรคเรื้อรังต้องเข้ารับรักษาในระยะยาว ยารับประทานมักมีหลายขนาน แต่ละม้อมีปริมาณมากเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมองไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อตนเองจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักเป็นผู้ที่มีอายุมากหรืออยู่ในวัยทำงาน ทำให้เกิดปัญหาหรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง ไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา ขาดความรู้ในการรับประทานยา รับประทานยาซ้ำซ้อน ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา [3], [4] ใช้ยาโดยไม่จำเป็น ใช้นานเกินไปโดยระยะเวลาการใช้ยาไม่เหมาะสม ขนาดยาสูงเกินไปโดยความถี่ในการรับประทานยาไม่เหมาะสม [5] จากการศึกษาพบว่าผู้เป็นโรคเรื้อรังที่รับประทานยาหลายขนานจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเป็นลำดับ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคง่ายขึ้น รวมทั้งทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่รุนแรงมากขึ้นด้วย [6] จึงทำให้ภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุยังคงไม่สามารถดำรงสุขภาพที่ดีได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้เป็นโรคเรื้อรังพบว่ามีผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล จากการศึกษาาระดับการศึกษา เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและประสบการณ์การรักษาสุขภาพมีผลต่อการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับรู้ประโยชน์ของยาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคมก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรังด้วย [7-9] สำหรับปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการใช้ยาพบว่าเป็นปัจจัยแวดล้อม ซึ่งได้แก่ บุคคลที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา

จากความสำเร็จและความเป็นมาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาการปรับพฤติกรรม การใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างรอบด้านทั้งปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ได้ทราบสาเหตุที่แท้จริงต่อปัญหาการใช้ยา โดยศึกษาปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ซึ่งผลการการศึกษาที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากร

สุขภาพในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายและวิธีจัดการร่วมกันในการปรับเปลี่ยนปัจจัยทุกระดับที่มีผลต่อการใช้จ่ายของผู้เป็นโรคเรื้อรัง ตลอดจนนำมาซึ่งความสามารถในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

## 2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน

## 3. วารณกรรมที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจาก เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ [10] ซึ่งในระยะเริ่มแรกอาจไม่มีอาการชัดเจน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคละเลยต่อการรักษาและควบคุมโรคให้ถูกต้องตามวิธีการ ส่วนสาเหตุสำคัญของภาวะความดันโลหิตสูง เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ไม่ได้สัดส่วนกับการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ [11] และสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเกิดมาจากพฤติกรรมการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้อง เนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นเหตุให้ ผู้ป่วยใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา [12]

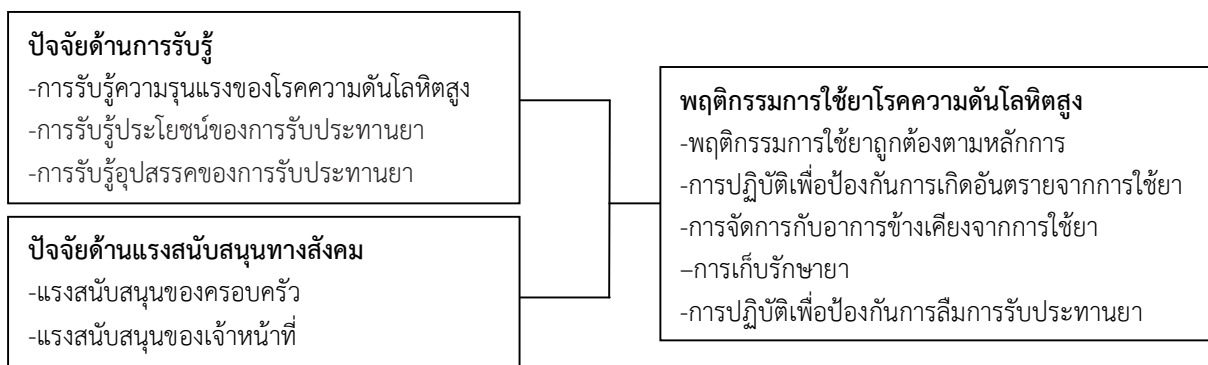
ซึ่งจากทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบพบว่า อัตราความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 26-59 [11] และในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มที่ก่อปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายสูง ซึ่งมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายร้อยละ 37-75 ซึ่งลักษณะความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายดังต่อไปนี้ความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยสูงอายุ อาจเกิดขึ้นจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ ของผู้ป่วย ความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายโดยตั้งใจ ได้แก่ การไม่ใช้จ่ายหรือปรับขนาดยา เนื่องจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา อาการของโรคดีขึ้น หรือขาดความเชื่อถือนำของแพทย์ ส่วนความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายโดยไม่ตั้งใจ ได้แก่ การไม่ใช้จ่ายหรือปรับขนาดยาเนื่องจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขนาดยา เวลาที่เหมาะสมในการใช้จ่าย หรือการบริหารยาที่ถูกต้อง รวมทั้งเนื่องจากการมีแบบแผนการใช้จ่ายที่ซับซ้อน และปัญหาในเรื่องความจำของผู้ป่วย

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนจะเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการคือ 1) ปัจจัยโน้มถ่วง (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มถ่วงให้อยู่ในระดับที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมา ซึ่งอาจจะได้มาจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อมต่างๆไป 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แก่บุคคลได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอ เหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญ ก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดมีขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม 3) ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่ ตัวบุคคลต่างๆในครอบครัว ในโรงเรียนและสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทในการส่งเสริมอบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์ อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มถ่วง และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยหลายฉบับ พบว่า แม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่หากควบคุมโรคได้ดีก็สามารถมีชีวิตที่ยืนยาว และมีความสุขเหมือนกับคนปกติ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ดังนั้น เป้าหมายของการรักษาพยาบาล จึงเป็นการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะ การควบคุมอาหาร การใช้จ่าย และนอกจากนี้ต้องมีการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดความรุนแรงของโรค [13] หากผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่ถูกต้อง ทั้งในเรื่อง การควบคุมอาหาร การใช้จ่าย การออกกำลังกาย และการ

ผ่อนคลายความเครียด จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะหลายระบบ ทั้งด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นสมอง หลอดเลือด หัวใจ ตา หัวใจ รวมทั้งจิตใจ เกิดความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ถ้าต้องการให้การควบคุมความดันโลหิตได้ผล ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตไปนานตลอดชีวิต ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตสูงนี้ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเอง ผู้ดูแล ครอบครัว หรือพยาบาลเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมได้ด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่านั้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ต้องเป็นพฤติกรรมที่ตัวผู้ป่วยเองรับรู้ตระหนัก เข้าใจ ถึงเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิบัติ จึงจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

การศึกษานี้ใช้ตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Believe Model) ของเบคเกอร์ [14] ที่มีความเชื่อว่าบุคคลมักจะมีพฤติกรรม ที่สอดคล้องความเชื่อหรือการรับรู้ของตนเอง ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงผลกระทบหากเป็นโรคโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เสียชีวิตเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม 2) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับ หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีในทางด้านบวกต่อการรับประทานยา เช่น ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน 3) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีในทางด้านลบต่อการรับประทานยา เช่น ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา ความรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นภาระ 4) แรงสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ของญาติในการดูแลเรื่องการรับประทานยา การคอยให้ความช่วยเหลือของญาติ และ 5) แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้บริการ และการให้คำแนะนำในการรับประทานยาสรุปได้ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 4. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

4.1 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การเก็บรักษา และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มการรับประทานยา

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงผลกระทบหากเป็นโรคโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เสียชีวิตเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีในทางด้านบวกต่อการรับประทานยา เช่น ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีในทางด้านลบต่อการรับประทานยา เช่น ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา ความรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นภาระ

4.5 แรงสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ของญาติในการดูแลเรื่องการรับประทานยา การคอยให้ความช่วยเหลือของญาติ

4.6 แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้บริการ และการให้คำแนะนำในการรับประทานยา

## 5. วิธีการดำเนินการวิจัย

### 5.1 รูปแบบวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research)

### 5.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 543 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างของเครจซีและมอร์แกน [16] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 ราย ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติม ร้อยละ 5 อีก 11 ราย รวมทั้งสิ้น 228 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารพูดคุยเป็นภาษาไทยได้ รักษาโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบตกลงด้วยวาจา ภายหลังจากได้รับคำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัยแล้ว

### 5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสุมาลี วัจนานกร, ชุตินา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์ [7] ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีการแปลคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง

คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง พอใช้

คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ดี

คะแนน 3.51 – 4.00 หมายถึง ดีมาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ของเบคเกอร์ [14] จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ [15] จำนวน 12 ข้อ

สำหรับของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการแปลคะแนนดังต่อไปนี้

คะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

คะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย

คะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง มาก

คะแนน 3.51 – 4.00 หมายถึง มากที่สุด

ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยทดสอบในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .83 - .88

## 6. การเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษา ครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงด้วยวาจาให้ทำการศึกษา จึงทำการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2556

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมด้วยสถิติพรรณนา หาดำเนินการทนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## 8. ผลการวิจัย

8.1 เมื่อจำแนกตามข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.77) ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 60-74 ปี (ร้อยละ 61.40) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.12) ส่วนมากจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.18) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 50.44) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 96.05) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนมากใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 71.05) สำหรับการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5-9 ปี รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 46.05 และ 30.70 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=228)

	หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	-หญิง	134	58.77
	-ชาย	94	21.23
อายุ	-60-74 ปี	140	61.40
	-75 ปีขึ้นไป	88	38.60
ศาสนา	-พุทธ	226	99.12
	-คริสต์	2	0.88
ระดับการศึกษา	-ไม่ได้เรียน	32	14.04
	-ประถมศึกษา	160	70.18
	-มัธยมศึกษาขึ้นไป	36	15.79
สถานภาพสมรส	-คู่	115	50.44
	-หม้าย	72	31.58
	-โสด	27	11.84
	-แยกกันอยู่	8	3.51
	-หย่าร้าง	6	2.63

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>		
-อยู่ร่วมกับครอบครัว	219	96.05
-อยู่คนเดียว	9	3.95
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
-บัตรประกันสุขภาพ	162	71.05
-บัตรประกันสังคม	50	21.93
-สิทธิข้าราชการ	16	7.02
<b>จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
-น้อยกว่า 5 ปี	53	23.25
-5-9 ปี	105	46.05
-10 ปีขึ้นไป	70	30.70

8.2 สำหรับการจำแนกข้อมูลตามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 2.35$ ,  $SD.=0.82$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยจากน้อยไปมาก 3 ลำดับ ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การเก็บรักษายา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ( $\bar{X} = 2.11, 2.22, 2.31$   $SD.=0.81, 0.83, 0.85$  ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำแนกตามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง (n= 228)

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามหลักการ	2.63	0.82	ดี
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา	2.11	0.81	พอใช้
การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	2.31	0.85	พอใช้
การเก็บรักษายา	2.22	0.83	พอใช้
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมการรับประทานยา	2.49	0.81	พอใช้
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.35</b>	<b>0.82</b>	<b>พอใช้</b>

8.3 สำหรับการจำแนกข้อมูลตามปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย 3 ลำดับ ได้แก่ แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ( $\bar{X} = 3.20, 3.03, 2.97$ ,  $SD.=0.48, 0.42, 0.39$  ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จำแนกตามปัจจัยด้านการรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม (n= 228)

พฤติกรรมการใช้ยา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ปัจจัยด้านการรับรู้</b>			
-การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	3.03	0.42	มาก
-การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	2.97	0.39	มาก
-การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	2.64	0.56	มาก
<b>ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม</b>			
-แรงสนับสนุนของครอบครัว	2.68	0.33	มาก
-แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	3.20	0.48	มาก

8.4 ในสมการถดถอยพหุคูณ (แบบ enter) ที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเป็นตัวแปรตาม ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่เป็นตัวแปรต้น พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา เพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 69 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรต้น ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง (n=228)

ตัวแปร	$\beta$	t value	total R <sup>2</sup>
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	.394	2.845*	0.69
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	-.093	-.515	
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	.005	.049	
แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	-.073	-.444	
แรงสนับสนุนของครอบครัว	-.070	-.526	

\*p < .05

## 9. อภิปรายผลการวิจัย

### พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 2.35$ , SD.=0.82) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยจากน้อยไปมาก 3 ลำดับ ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การเก็บรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาน้อย ( $\bar{X} = 2.11, 2.22, 2.31$  SD.=0.81, 0.83, 0.85 ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านการรับรู้ลดลง ทั้งการรับรู้ด้านการจดจำ การรับรู้วัน เวลาและสถานที่ [17] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลทำให้มีความเสื่อมที่เพิ่มมากขึ้นกว่าคนปกติ นอกจากนั้นการมีโรคประจำตัวยังส่งผลทั้งด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกว่าเป็นภาระแก่ผู้อื่น และต้องรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว จึงส่งผลพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับน้อย

### การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.97$ , SD.=0.39)อาจอธิบายได้ว่า ระบบการให้ข้อมูลเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และผลเสียของการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการให้ข้อมูลโดยเภสัชกรที่ความเชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ นอกจากนั้นยังมีระบบการเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งในการมาตรวจจะมี การบันทึกค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อทดสอบสมมติฐานพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ [7] ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาถึง 3.25 เท่าของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามาก

### การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.03$ , SD.=0.42) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์การเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากข้อมูลจำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี จึงมีการเรียนรู้การ



รับรู้ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จากการรับบริการสุขภาพ จากการพบเห็นบุคคลอื่นที่ประสบเหตุการณ์ที่อันตรายจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการมีประสบการณ์ตรงเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม

#### การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.64$ ,  $SD=0.56$ ) อาจอธิบายจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ [10] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลมีการรับรู้พฤติกรรมที่จะปฏิบัติอาจเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้เกิดความไม่ตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความท้อแท้ จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยา เนื่องจากยาที่รับประทานมีผลข้างเคียง เช่น ทำให้ปัสสาวะบ่อย มีอาการปลายมือปลายเท้าบวม หรือมีอาการไอบ่อย เป็นต้น

#### แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $2.68$ ,  $SD=0.48$ ,  $0.33$  ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความคาดหวังให้บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะลูกหลาน คอยดูแลเอาใจใส่ทั้งเรื่องการเงิน ความเป็นอยู่ และคอยดูแลเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย [18] สัมพันธ์กับการศึกษาของเนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ [19]

### 10. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิต โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และลดการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

### 11. เอกสารอ้างอิง

- [1] วิวัฒน์ ธารวรรพัฒน์, จตุพร อยุทธยานนท์, นิรมล เรืองสกุล, พัลลภ ศรีพิรมย์รักษ์ และรินพัน ชมจันทร์, (2554), “การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม”, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 5(2), 187-194.
- [2] สุริยะ คูหะรัตน์, (2542), “คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา”, นนทบุรี : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.
- [3] ยาวลักษณ์ สิทธิเดช, (2550), “การจัดการปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโดยเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย”, วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 17(2), 109-119.
- [4] วณิดา ตูรงค์ฤทธิ์ชัย และคณะ, (2551), “การประยุกต์ทฤษฎีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยเบาหวาน”, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 22(2), 1-15.
- [5] น้องเล็ก บุญจง, วรางคณา ควรจิตและอาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์, (2550), “การประเมินการส่งยาในศูนย์สุขภาพชุมชน: ปัญหาเกี่ยวกับยาและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ”, วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 17(3), 210 - 220.
- [6] สุภร บุชปวนิชและพงศ์ศักดิ์ ต่านเดชา. (2549). “พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง”, สงขลานครินทร์เวชสาร, 24(4), 281-287.
- [7] ปิยนุช เสาวภาคย์, สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และพัชรียา ไชยลังกา, (2549). “ปัจจัยที่สัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง”. วารสารพฤกษศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 7(4), 23 – 36
- [8] สุมาลี วัจนการ, ชุตติมา ผาติดำรงกุลและปราณี คำจันทร์, (2551), “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 539-547.
- [9] สุภาพร แนวนบุตร, (2547), “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- [10] สุพรรณรัตน์ ซีโฮ่, สมบัติ ไชยวัฒน์ และดวงฤดี ลาศุขะ, (2548), “ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง”, พยาบาลสาร, 32(2), 58-71.
- [11] สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข(2549). “การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- [12] ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, (2549). “การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาล ขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา”. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [13] Eijken, et al. (2003), “Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community”, *Drugs Aging*, 20(2), 229–240.
- [14] Becker, M.H. (1974), “The health belief model and sick role behavior”, *Health Educ Monographs*, 2, 409-17
- [15] House, J.S. (1981). “Work stress and social support”. MA: Addison-Wesley.
- [16] Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970), “Determining Sample Size for Research Activities”, *Educational And Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- [17] กัลยา นาคเพ็ชร์, จุไร อภัยจิรรัตน์ และสมพิศ ไยสุน, (2548), “จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล”, กรุงเทพฯ : วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย.
- [18] สมภพ เรืองตระกูล, (2547), “ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ”, กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- [19] เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัยและ วิวัฒน์ วรวงษ์, (2554), “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร”, *KKU Res J.*, 16(6): 749-758.