

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุ
โรคความดันโลหิตสูง
Factors Related to Treatment Adherence in Older Persons
With Hypertension

ดาลิมา สำแดงสาร^{1*} ทิพมาส ชินวงษ์² เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์³
Dalima Samdaengsarn^{1*} Tippamas Chinnawong² Ploenpit Thanawatthananon³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

^{2,3}ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

^{2,3}Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*Corresponding author: tippamas.c@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 197 คน ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2560 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และ 5) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81, .82, .85, และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=1.63$, $SD=.29$) 2) อาชีพ สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.77$, $p < .05$, $\chi^2 = 5.34$, $p < .05$ และ $r = .27$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษานำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาต่อไป

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง; ความร่วมมือในการรักษา; ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to identify factors related to treatment adherence in older persons with hypertension. The samples were 197 older persons with hypertension receiving care at the out patient clinic, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, during February to May 2017. Research instruments used for data collection were questionnaires consist of 5 parts: 1) Personal information, 2) Health information and access to health service, 3) Social support, 4) Perceived severity and risk of complications from hypertension, and 5) Treatment adherence to hypertension. The reliability of instruments part 2-5 were tested using Cronbach's alpha coefficient, showed .81, .82, .85, and .85 respectively. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, and Pearson's product moment correlation coefficient. The test statistic is statistically significant at the .05 level.

The result revealed the following: 1) Treatment adherence to hypertension of older persons with hypertension was at a high level ($M=1.63$, $SD=.29$). 2) Occupation, marital status and social support were related to treatment adherence in older persons with hypertension significantly ($\chi^2=4.77$, $p<.05$, $\chi^2=5.34$, $p<.05$ and $r=.27$, $p<.01$ respectively). Education, access to health services, illness duration and severity of illness were not related to treatment adherence in older persons with hypertension.

The results of this study can be used as a basis data for encouraging of family and social support in older persons with hypertension to maintain treatment adherence.

Keyword: hypertension; older person; treatment adherence

ความเป็นมาของปัญหา

ประชากรโลกมีแนวโน้มของสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา เป็นผลกระทบมาจากอัตราการเกิดของประชากรในประเทศต่างๆ ลดลง ทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป จากรายงานในปี พ.ศ. 2558 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,349 ล้านคน เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 12 สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564¹ และเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้รูปแบบของการเจ็บป่วยของประชากรเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกายจากการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557² พบว่า โรคและภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.2 เบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคอ้วน ร้อยละ

35.4 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 49.4 และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 46.8

ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก³ ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องด้วยสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับความเสื่อมตามวัย ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในสถานบริการของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวม 750,248 ราย พบอุบัติการณ์ 1,146.70 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดนี้ ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 482,359 ราย ร้อยละ 64.29 พบอัตราป่วย 737.25 ต่อประชากรแสนคน ในจำนวนนี้เสียชีวิต 7,729 ราย มีอัตราตาย 11.81 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 3,446.83 ต่อประชากรแสนคน³ ซึ่งปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเศรษฐกิจของประเทศ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมักไม่ปรากฏอาการ แต่หากไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ก็จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จากสถิติ พบว่า ร้อยละ 24.5-39.9 ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 4.3-7.8 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 23.8-30.8 ได้รับการรักษา และมีเพียงร้อยละ 31.1-43.9 ที่สามารถควบคุมความดันเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท)² การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์อย่างต่อเนื่องได้นั้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 1.69 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 50.95 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 40.36 และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างรวมกัน พบร้อยละ 8.69³ และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวรุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศตามมา

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต เป็นต้น แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคไต โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วย ต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท^{4,5} โดยการรักษาที่มีทั้งการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการกับความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การมาพบแพทย์ตามนัด และจากการศึกษาของ Chitpulkuso⁶ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความร่วมมือในการรักษา (treatment adherence) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก⁷ กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ประสบความสำเร็จ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น รับประทานอาหารประเภทไขมัน อาหารรสเค็ม⁸ ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีภาวะเครียดด้านเศรษฐกิจ ภาระหนี้สิน^{9,10} ไม่มีลูกหลานคอยดูแลเอาใจใส่ การเป็นภาระของครอบครัว¹⁰ ส่วนด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้สูงอายุมีกลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง หยุดรับประทานยาเนื่องจากยาหมด และไม่สามารถไปรับยาได้ หยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นและปรับขนาดยาด้วยตนเอง และรับประทานยาไม่ตรงตามเวลา เนื่องด้วยปัญหาด้านสายตาคือ การหลงลืมตามวัย^{11,12} จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวของผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการรักษาทั้งสิ้น ทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษา ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ที่เกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹³ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้สูงอายุจะประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้นๆ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา 2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงด้านความร่วมมือในการรักษา จะช่วยส่งเสริมผลการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจถึงแก่ชีวิตได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัย 3 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ 1) อายุ^{8,14} 2) ระดับการศึกษา¹⁵ 3) ความเชื่อและทัศนคติ^{12,14,16} 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาของ Namwong¹⁶ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ($p < .01$) 5) อาชีพ และ 6) สถานภาพสมรส^{18,19} มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง^{18,19} แต่ยังไม่มีการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม^{8,15} การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น^{8,15} แตกต่างจากการศึกษาของ Sowapak¹⁷ ที่พบว่า การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) รายได้^{4,15,19} 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ⁸ 4) รูปแบบการรักษา ความซับซ้อนของแผนกำหนดการใช้ยา¹⁴ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ระยะเวลาการเจ็บป่วย⁸ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sowapak¹⁷ ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาด้วยการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ 2) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย⁸ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่ผ่านมา ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่มีการศึกษาชัดเจนในประเด็นความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาประเด็นดังกล่าวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

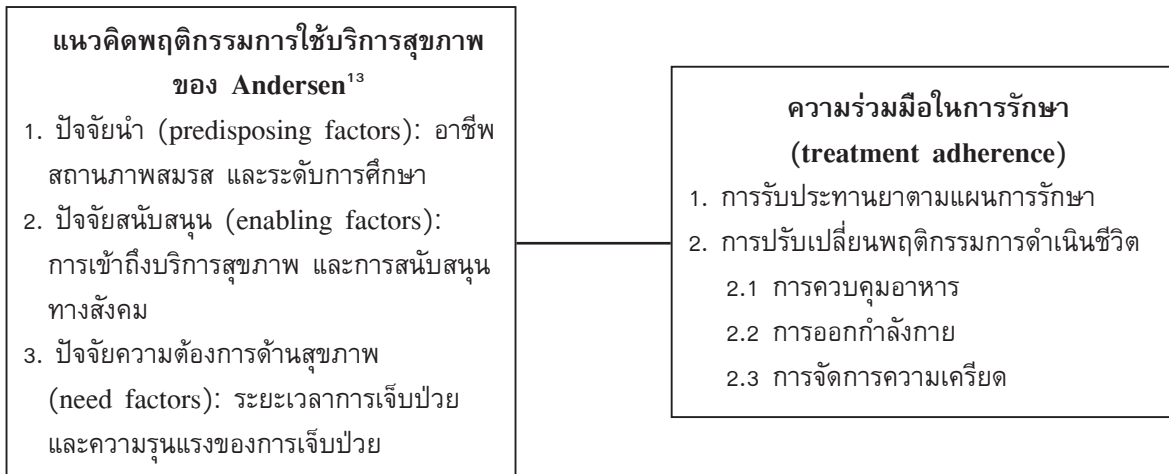
ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ 2 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹³ กล่าวว่า การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการทางการแพทย์และปริมาณการใช้บริการจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ตามการรับรู้และการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของตนเองในการจัดการกับภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเป็นไปได้ในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ใช้บริการจะประเมินผลลัพธ์จากความพึงพอใจในการเลือกใช้บริการสุขภาพนั้นๆ ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการรักษา

ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ปกติ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลรับรู้จำเป็นต้องใช้บริการด้านสุขภาพ โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยจะตัดสินใจในการไปใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน ดังกล่าว ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการ

รักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ 2.) แนวคิดแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป⁴ ซึ่งมีแนวทางในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเกณฑ์และมีแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดำเนินชีวิต ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวถูกต้องและสม่ำเสมอ ก็จะสามารควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2560 - พฤษภาคม 2560 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
2. พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ติดต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนผู้วิจัยเข้าพบ

เพื่อให้พยาบาลสอบถามความพร้อมในการเข้าพบและแนะนำผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่อตอบแบบสอบถาม โดยเป็นสถานที่และช่วงเวลาในกลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูล

3. ขณะทำแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านข้อความได้ ผู้วิจัยช่วยอ่านข้อความให้แทน สถานที่ตอบแบบสอบถามเป็นสถานที่ส่วนตัวในโรงพยาบาล ที่ปลอดภัยสำหรับผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4. ก่อนเก็บแบบสอบถามคืน หรือจบการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์อีกครั้ง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 คน²⁰ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา

2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ 1) ข้อมูลด้านสุขภาพ และ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยข้อมูลด้านสุขภาพเป็นแบบให้เติมคำตอบ และแบบตรวจสอบรายการ จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ และผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามการเข้าถึงบริการสุขภาพมาจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ Laloon et al.¹⁹ ทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยให้คะแนนรายข้อ แปลความหมายของการเข้ารับบริการสุขภาพจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ Juntanon et al.²¹ ทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงปานกลาง และไม่เป็นจริงเลย โดยให้คะแนนรายข้อ แปลความหมายของการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงของ Sowapak¹⁷ ทั้งหมด 8 ข้อ คะแนนเต็ม 16 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้คะแนนรายข้อ แปลความหมายของการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

5. แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Promsena²² ทั้งหมด 22 ข้อ คะแนนเต็ม 44 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยให้คะแนนเป็นรายข้อ แปลความหมายของความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จากคะแนนเต็ม 2 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งความครอบคลุมของข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำมาปรับแก้ไขภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้

ภาคสนาม (pilot study) กับผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อข้อความในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นนำไปตรวจสอบและหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ภายหลังจากแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) โดยแบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ค่าความเที่ยง .81 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเที่ยง .82 แบบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยง .85 และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยง .85

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ศธ 0521.1.05/0793 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 11/2560 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัย โดยทำการชี้แจงด้วยวาจาในรายละเอียดที่เกี่ยวกับหัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

จะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามที่ต้องการ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดช่วงดำเนินการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ทั้งสิ้นตลอดจนเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สถิติไคสแควร์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยกับความร่วมมือในการรักษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ชุด ต้องเป็นข้อมูลในมาตราอันดับหรืออัตราส่วน มีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.30 อายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 44.6 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.10 จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 55.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.40 และใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 55.40 ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลทั่วไป (N=197)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	%
เพศ		
หญิง	101	51.30
ชาย	96	48.70
อายุ (ปี)		
60-70	88	44.60
71-80	74	37.60
81 ปีขึ้นไป	35	17.80
สถานภาพสมรส		
โสด/หย่า/หม้าย/แยก	55	27.90
คู่	142	72.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	18	9.10
ได้รับการศึกษา	179	90.90
ประถมศึกษา	110	55.90
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	30	15.20
ปริญญาตรีขึ้นไป	39	19.80
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	123	62.40
ประกอบอาชีพ (ข้าราชการ/รับจ้าง/เกษตรกร/ค้าขาย)	74	37.60
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	109	55.40
สวัสดิการราชการ/จ่ายตรง	80	40.60
ประกันสังคม	6	3.0
จ่ายเอง	2	1.0

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.40 ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 78.10 ทราบระดับความดันโลหิตของตนเอง ร้อยละ 69 ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ณ วันที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 74.60 และ 76.10 ตามลำดับ มีโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 72.60 ซึ่งโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 27.40

และร้อยละ 24.90 ตามลำดับ ไข้หวัดในการรักษาโรคความดันโลหิตจำนวน 1 เม็ด และ 1 มื้อ ร้อยละ 69 และ 80.30 ตามลำดับ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 66 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.70 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 69.50 ไม่มี ความเครียด ร้อยละ 69.0 ไม่มีการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบอื่นๆ ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนอกเหนือจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล ร้อยละ 75.10 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (N=197)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n)	%
สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
มี	119	60.40
ไม่มี	78	39.60
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
1-5 ปี	43	21.90
≥6 ปีขึ้นไป	154	78.10
การทราบค่าความดันของตนเอง		
ทราบ	136	69
ไม่ทราบ	61	31
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ณ วันสัมภาษณ์		
ความดันโลหิตตัวบน		
90-149 มม.ปรอท	147	74.60
150-160 มม.ปรอท	35	17.80
161 มม.ปรอทขึ้นไป	15	7.60
ความดันโลหิตตัวล่าง		
60-89	150	76.10
90-100	46	23.40
101 ขึ้นไป	1	0.50
การมีโรคร่วมอื่นนอกจากโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มี	54	27.40
มี	143	72.60
โรคหลอดเลือดสมอง	35	17.80
โรคหัวใจและหลอดเลือด	49	24.90
โรคทางตา	1	0.50
โรคเบาหวาน	54	27.40
โรคไตวาย	35	17.80
ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง		
จำนวน (เม็ด)		
1	136	69.0
2-3	51	25.9
4-5	10	5.10
จำนวนมียา		
1	158	80.30
2	32	16.20
3	5	2.50
4	2	1.00
ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก		
ไม่เคย	130	66.00
เคย	52	26.40
ยังสูบบุหรี่อยู่	15	7.60
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	153	77.70
เคย	31	15.70

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n)	%
ยังดื่มอยู่	13	6.60
การออกกำลังกายในปัจจุบัน		
ไม่ได้ออกกำลังกาย	60	30.50
ออกกำลังกาย	137	69.50
ความเครียด		
ไม่มี	136	69.00
มี	61	31.00
วิธีการดูแลสุขภาพแบบอื่น ๆ ที่ใช้ร่วมกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง นอกเหนือจากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล		
ไม่ใช่	148	75.10
ใช่ (เช่น อาหารเสริม สมุนไพร)	49	24.90

การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง (M=1.76, SD= .23) การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง (M=1.54, SD= .29) และการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง (M=1.73, SD= .27) ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N=197)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความคิดเห็น
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	1.76	.23	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	1.54	.29	สูง
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	1.73	.27	สูง

ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง (M=1.63, SD= .29) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง (M=1.95, SD= .12) และด้านการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมกรดำเนินชีวิต อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (M=1.54, SD= .35) โดยที่ความร่วมมือในการรักษาด้านการจัดการความเครียดและการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง (M=1.79, SD= .20 และ M=1.55, SD= .37 ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (M=1.29, SD= .85) ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N=197)

ข้อคำถามความร่วมมือ	M	SD	ระดับความร่วมมือ
1. ด้านการรับประทานยา	1.95	.12	สูง
1. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ภายหลังจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตกับระหว่างการรักษา ท่านแจ้งแพทย์ให้ทราบทันที โดยไม่หยุดยาเอง	1.99	.07	สูง
2. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ไม่เพิ่มยาหรือลดยาเอง	1.97	.17	สูง
3. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิต ตรงเวลาที่แพทย์สั่งทุกครั้ง	1.81	.39	สูง
4. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น	0.05	.27	สูง
5. ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตตามร้านขายยามารับประทานเอง	0.01	.07	สูง
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต 3 ด้าน	1.54	0.35	สูง
2.1 ด้านการจัดการกับความเครียด	1.79	.20	สูง
6. เมื่อท่านเครียด หงุดหงิดหรือโมโห ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้	1.97	.17	สูง
7. เมื่อมีความเครียดท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียด	1.81	.42	สูง
8. เมื่อท่านเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจท่านปรึกษากับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว	1.22	.78	ปานกลาง
9. เมื่อท่านเครียด มักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา	0.03	.20	สูง
10. เมื่อท่านเครียด มักซื้อยาระงับประสาทมารับประทานเอง	.00	.00	สูง
2.2 ด้านการควบคุมอาหาร	1.55	.37	สูง
11. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ในการปรุงอาหาร	1.92	.33	สูง
12. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักต่าง ๆ	1.86	.37	สูง
13. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม	1.56	.61	สูง
14. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล กะทิ ของมัน และของทอด	1.37	.64	สูง
15. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หนังกุ้ง หนังกุ้ง เนื้อติดมัน หมูสามชั้น อาหารที่มีเนยหรือครีมมาก	1.31	.63	ปานกลาง
16. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักผลไม้ดอง อาหารที่มีผงชูรส หรือขนมขบเคี้ยว	1.29	.65	ปานกลาง
2.3 ด้านการออกกำลังกาย	1.29	.85	ปานกลาง
17. ระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น หอบเหนื่อย ท่านหยุดออกกำลังกายแล้วรีบไปพบแพทย์	1.47	.85	สูง
18. ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย คือ เสื้อผ้าหลวมๆ และรองเท้าที่เหมาะสม	1.34	.92	สูง
19. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหรือหลังรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 2 ชั่วโมง	1.32	.92	ปานกลาง
20. ท่านเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพของท่าน	1.22	.87	ปานกลาง
21. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและทำการผ่อนคลายหลังออกกำลังกายเสร็จเป็นเวลา 5-10 นาที	1.21	.93	ปานกลาง
22. ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที	1.15	.87	ปานกลาง
รวม	1.63	.29	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับความ

ร่วมมือในการรักษา พบว่า อาชีพ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=4.77$, $p= .03$ และ $\chi^2=5.34$, $p= .02$) ส่วนระดับการศึกษาและระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำและปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการรักษา		
	χ^2	df	P-value
ปัจจัยนำ			
อาชีพ	4.77*	1	.03
สถานภาพสมรส	5.34*	1	.02
ระดับการศึกษา	.22	1	.64
ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.55	2	.76

* $p < .05$

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ คือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับความร่วมมือในการรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาใน

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .27$, $p < .01$) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพและความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังรายละเอียดในตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการรักษา	
	r	P-value
ปัจจัยสนับสนุน		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-.02	.83
การสนับสนุนทางสังคม	.27*	.00
ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ		
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.11	.13

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี (ตาราง 1) สอดคล้องกับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 พบว่า สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพศหญิง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.1 ในปี พ.ศ.

2553 เป็นร้อยละ 56.8 ในปี พ.ศ. 2583 อาจเนื่องมาจากเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น (60-69 ปี) ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด²³ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุตร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตาราง 1) สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย

พ.ศ. 2557 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.9 เป็นผู้ที่สมรส ร้อยละ 75.8 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา มีเพียงร้อยละ 12.6 ที่จบสูงกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือไม่เคยเรียนหนังสือ ร้อยละ 11.6²³ และกลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 1) สอดคล้องกับการที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น พบว่า ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 0-19 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป²⁴ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมาจากพฤติกรรมมารับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอกจากนี้เกิดจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.4) และเนื่องด้วยระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีโรคอื่นร่วม (ร้อยละ 72.6) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (ตาราง 2) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักเกิดร่วมกับภาวะโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต กลุ่มโรคอ้วนลงพุง เป็นต้น⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M=1.63$, $SD=.29$) ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเกิดจากปัจจัยต่างๆ ตามแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen¹³ โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อาชีพ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

1.1 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีเวลาในการดูแลและเอาใจใส่สุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkhlawan¹⁸ และการศึกษาของ Laloon et al.¹⁹ ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.1 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตาราง 1) กล่าวได้ว่าการมีคู่ ช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับศึกษาของ Lahkaew and Chaleekroa²⁵ ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

1.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องจาก แม้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์เหมือนกัน และปัจจุบันมีแหล่งให้ค้นคว้าหาข้อมูลด้านสุขภาพหลากหลาย ได้แก่ สื่อต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลจากญาติและเพื่อน หรือข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น เกิดการเรียนรู้แล้วนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Juntanon et al.²¹ ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.1 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตาราง 1) อาศัยอยู่กับลูกหลาน ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งด้านวัตถุดิบของ การเงิน ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ และการยอมรับนับถือ และจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($M=1.54$, $SD=.29$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaiyungyuen et al.¹⁵ ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวัง กำลังใจ ไม่ท้อแท้ และอยากมีชีวิตเพื่อลูกหลาน ส่งผลให้มีความสนใจที่จะดูแลตนเองให้ดีขึ้น

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยจากการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยภาพรวม อยู่ในระดับสูง ($M=1.76$, $SD=.23$) เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 55.4 ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(ตาราง 1) สอดคล้องกับการดำเนินการตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559¹ กล่าวว่า สถิติการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีคนไข้นอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 6.9 ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 อาจกล่าวได้ว่า บริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุมีความทั่วถึงมากขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านการศึกษา สนับสนุนและให้กำลังใจในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง (ตาราง 4) และส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเช่นกัน (ตาราง 2)

3. ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย

3.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องด้วยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 78.1 (ตาราง 2) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมานาน ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลและประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองดี ส่งผลให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูง แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยและต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน อาจรู้สึกเบื่อและหยุดรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sowapak¹⁷ ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และจากการศึกษาของ Juntanon et al.²¹ พบว่า ระยะเวลาการป่วยที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.2 ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคของความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่แสดงอาการ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตาราง 2) ทำให้มีการดูแลตัวเองตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Limrungrasam and Suwanprom²⁶

ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าหากวัดความดันโลหิตแล้ว มีความดันโลหิตสูงแสดงว่าโรคมีความรุนแรงมาก แต่ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าแม้ความดันโลหิตจะสูงมากแค่ไหน แต่ถ้าไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆ ก็หมายความว่าตนเองเป็นโรคที่ไม่รุนแรง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ควรสนับสนุนให้ครอบครัว ผู้ดูแล ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นในการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงและควบคุมโซเดียมในอาหาร และสนับสนุนการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เน้นการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหารมัน เค็ม และการมีกิจกรรมทางกาย

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation for Thai Gerontology research and development institute. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2016. Thai.
2. Ekplakorn W, Editor. Thai National Health Examination Survey Report, NHES V. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014. Thai.
3. Bureau of Epidemiology Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report on Disease Surveillance 2015 [Internet]. Nonthaburi: Information Center for Epidemiology; 2015 [cited 2017 June 10]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/hypertension.pdf>
4. Thai Hypertension society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2012 Update. [Internet]. Bangkok: Thai Hypertension society; 2015 [cited 2016 Jan 13]. Available from:

- <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
5. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5): 507-20.
 6. Chitpulkuso P. Factors related to blood pressure controls in patients with hypertension of Thabsakae Hospital Prachupkhirikhan Province. *JHSR*. 2008; 2(3): 1336-43. Thai.
 7. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Switzerland: Sabate E, ed. Geneva; 2003.
 8. Thongtang P, Seesawang J. Lived experience of Thai older people living with hypertension. *JRTAN*. 2014; 15(3): 288-95. Thai.
 9. Chaichana W, Niyamas H. Study of self-care behavior of hypertensive patients in a community in Padad district, Chiang Rai Province. Health Systems Research Institute (HSRI). 2007, 1(2): 2-8. Thai.
 10. Intana J, Chaiyayoyingyong R., Wongyara N, Khumtana P, Sriyothin B. Self-health care behaviours of elderly with hypertension Ratchaburi. [Research]. Boromarajonani College of Nursing, [Ratchaburi]. 2010. 87 p. Thai.
 11. Wungthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songkla Med J* 2008, 26(6): 39-47. Thai.
 12. Huangtong S, Piaseu N, Kaveevivitchai C. Case study: Behaviors, problems, and barriers of blood pressure control in persons with severe hypertension in a community. *Rama Nurs J*. 2013, 19(1): 29-41. Thai.
 13. Andersen, RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *JHSB*. 1995; 36(1): 1-10.
 14. Tepsuriyanont S. A Causal model of medication adherence behavior in the elderly with hypertension Somluk Tepsuriyanont. [Thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2010. 260 p. Thai.
 15. Jaiyungyuen U. Factors influencing health promoting behaviors of patients with hypertension. *JONAE*. 2009; 2(1): 39-47. Thai.
 16. Namwong A. Relationships between selected factors and adherence to therapeutic regimens among older adults with hypertension. *JONAE*. 2015, 8(4): 78-93. Thai.
 17. Sowapak P. Factors related to drug adherence among elders with hypertension. [Thesis]. [Songkla]: Prince of Songkla University; 2006. Thai.
 18. Sangkhlawan P. Factors affecting medication taking behaviours in hypertensive patients at Maenawang Subdistrict, Maeail District, Chiangmai Province. [Thesis]. [Phayao]: University of Phayao, 2012. 79 p.
 19. Laloon P, Madhyamankura N, Malarat A. Self care behavior of hypertensive patients at out patients department of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *J Med Health Sci*. 2011, 18(3): 160-69. Thai
 20. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principle and method. 6 th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
 21. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self-care behavior of hypertension patients who live in Muang District, Chumphon Province. *KKU Res J*. 2011; 16(6): 749-58. Thai.
 22. Promsena Y. Self-care behavior among hypertensive patients at hypertension clinic, Nakornping hospital, Chiang Mai Province. [Thesis]. [Chiang Mai]: Chiang Mai University; 2007. Thai.
 23. National statistical office. The 2014 survey of the older persons in Thailand [Internet]. Bangkok: National statistical office, Ministry

- of Information and Communication Technology; 2014 [cited 2016 Apr 12]. Available from: http://www2.dop.go.th/upload/knowledge/knowledge_th_20162508144025_1.pdf
24. National Health Security Office. National Health Security System budget report for the year 2017 [Internet]. Bangkok: National Health Security Office; 2017 [cited 2016 Apr 12]. Available from: https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx
25. Lahkaew A, Chaleekroa T. Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension, Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai Province. The 6 th National and International Conference 2018 (CASNIC 2018). 2015, 1(6): 635-49. Thai.
26. Limrungsan S, Suwanprom P. Explanatory model of hypertension and antihypertensive use among patients at Hangdong Hospital, Chiang Mai Province. Thai Pharm Health Sci J. 2013, 8(2), 66-77. Thai.