ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Factors Related to Polypharmacy Medication Adherence among Older Persons with Chronic Illness

ศศิธร รุ่งสว่าง*
keng.rungsawang@gmailmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็น บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 150 คน ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน, Phi ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 29.32, SD = 3.07) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r= .273, .258, .344 .530 และ .597, p< .05 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r= -.445, p< .05) อายุ เพศและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r= .004, r_{phi} = .320 และ .642, p< .05 ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง, การใช้ยาหลายขนาน

*นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The proposes of this descriptive correlational study were to examine the polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness and the relationship among age, sex, education, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit perceived barriers, self-efficacy, social supports and medication adherence. One hundred and fifty people aged 60 and above with chronic illness were recruited from outpatient department at Police General Hospital and Somdech Pra Pinklao Hospital multistage random sampling. The research instruments composed of The demographic information, Medication adherence, Perceived susceptibility, Perceived severity, Perceived benefit, Perceived barriers, Self-efficacy and Social supports. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, Phi coefficient were used to analyze data.

The results showed that the average of medication adherence score was at a high level ($\bar{x}$ = 29.32, SD = 3.07). There were positively significant relationships between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, self-efficacy, social supports and medication adherence in among older persons with chronic illness. (r = .273, .258, 344, .530 and .597, p<.05 respectively). There were negatively significant relationships between perceived barriers and medication adherence in among older persons with chronic illness. (r = -.445, p< .05) There were no significant relationships between age, sex, education and medication adherence in among older persons with chronic illness. (r= .004, r_{phi}= .320 and .642, p<.05 respectively). These findings would be applied to develop the polypharmacy medication adherence promoting program in order to modify health promoting behaviors.

Keywords: medication adherence, chronic illness, polypharmacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันและผลจากการเสื่อมสภาพร่างกายของผู้สูงอายุร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในอดีต เป็นปัจจัยให้เกิดปัญหาทางสุขภาพในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง จากสถานการณ์โรคเรื้อรังในประเทศไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2547-2555 พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ใน 4 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง พบผู้ป่วยอัตรา 8,957.40, 5,311.50, 1,996.50 และ 1990.60 ต่อ ประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2558) และจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคเรื้อรังดังกล่าวมานั้นมีความสัมพันธ์กัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีโรคประจำตัวหลายโรคทำให้มีการใช้ยาจำนวนมากตามไปด้วย (Saini et al., 2009) จึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้ยาได้มากกว่าบุคคลทั่วไป (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยามีหลายประการ เช่น ความบกพร่องทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ(Stegemann et al., 2012) ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านยา ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม (Osterberg & Blaschke, 2005) สาเหตุและปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี ได้แก่ ลืมรับประทานยา หรือหยุดยาเอง (Vlasnik et al., 2005) การขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

ดังนั้นการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการรับประทานยาในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ถูกต้องตาม ชนิด ขนาด เวลา และตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ Rosenstock et al. (1988) พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มีดังนี้

อายุ เมื่ออายุเพิ่มมากจะส่งผลให้เกิดเกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมลง (Hildebrarnd et al., 2012) โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาที่ต้องอาศัยทักษะทางร่างกายและการรู้คิดควบคู่กัน นอกจากนี้การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาหลายขนานทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความพร่องในการดูแลตนเองในการใช้ยา (พนิดา ไกรนราและคณะ, 2554) และความร่วมมือในการใช้ยาลดลง สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2553)

เพศ เป็นลักษณะของบุคคลที่ทำให้บทบาทหน้าที่และกิจกรรมในสังคมแตกต่างกันประสบการณ์และทักษะในชีวิตที่แตกต่างกันอาจ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Becker, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเพศมีความความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ภวัคร ชัยมั่น, 2552)

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาในระดับสูง จะมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (Orem, 1985) มีการศึกษาที่พบว่าระดับ

การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (รัตนชัย รัตนโคตร, 2555; ภัสราวลัย ศีติสารและคณะ, 2556)

การรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพยายามหาวิธีในการป้องกันโรคโดยการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งความร่วมมือในการใช้ยา มีการศึกษาที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง (ศศิธร อุตมะ, 2549)

การรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนัก และพยายามหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น มีการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา ($r = .444$, $p < .01$) (ศรัทธา ประกอบชัย, 2557)

การรับรู้ประโยชน์ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวอย่างไรแล้วจะมีผลดีแก่ตนเองก็จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น จึงพบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549)

การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นเป็นความไม่สะดวกและรู้สึกว่ามีอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2549)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยา ($r = 0.550$, $p < 0.01$) (สุมาลี วังธนากรและคณะ, 2551)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งชักนำส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปฏิบัติสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกาย และจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ มีการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554)

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ และเลือกศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้

โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางการพัฒนาส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. การรับรู้อุปสรรคและอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จำนวน 150 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) จำนวน 11 ข้อ ใช้เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เข้าร่วมการวิจัย โดยมีจุดตัดคะแนนที่แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย, 2542) ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

1.2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ การวินิจฉัยโรค จำนวนเม็ดยา การมาตรวจตามนัด ผู้ดูแล จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อิสรีกรย์ สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของ Fung (2009) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ คือข้อ 3-7 และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ 2 ข้อ คือข้อ 1-2 รวมจำนวน 7 ข้อ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เท่ากับ 1.0 ค่าสัมประสิธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ Becker (1974) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค รวมจำนวน 19 ข้อ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ซึ่งดัดแปลงจาก Medication Adherence Self-efficacy scale ของ Ogedegbe et al. (2003) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1977) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จำนวน 23 ข้อ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.92 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก อิสรีย์กร สุรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555) ตามแนวคิดของ House (1981) เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เท่ากับ 0.90 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้เท่ากับ 0.81

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรง (Validity) ผู้วิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรเวชกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรเวชกรรม 1 ท่าน และเภสัชกรที่มีประสบการณ์การจ่ายยาผู้ป่วย

อายุรเวชกรรม 1 ท่าน เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความสมบูรณ์และความชัดเจนของเนื้อหา ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ระโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษาวิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยายาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการหาค่าค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้แก่ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.3 อายุเฉลี่ย 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา อายุเฉลี่ย 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 ($\bar{x}$ = 71.63 SD = 7.61) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 95.3 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 74 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001 – 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว มากกว่า 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.3 ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 93.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานยาวันละ 5 – 9 เม็ด เม็ดต่อวัน 71.3 คิดเป็นร้อยละ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 86 และมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 99.3

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุดของ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	Min	Max	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	14.50	1.54	11.00	16.00	ระดับมาก
การรับรู้ความรุนแรง	10.73	1.50	7.00	12.00	ระดับมาก
การรับรู้ประโยชน์	13.88	1.79	10.00	16.00	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรค	11.48	2.78	8.00	23.00	ระดับน้อย
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	63.07	5.58	42.00	69.00	ระดับสูง
สนับสนุนทางสังคม	42.82	4.35	30.00	50.00	ระดับสูง
ความร่วมมือในการใช้ยา	29.32	3.07	23.00	35.00	ระดับสูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาของโรคอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม และความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (n=150)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปรผล
อายุ	.004	.961	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.273**	.001	ระดับต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	.258**	.001	ระดับต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	.344**	.000	ระดับปานกลาง
การรับรู้อุปสรรค	-.445*	.000	ระดับปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.530 **	.000	ระดับปานกลาง
สนับสนุนทางสังคม	.597**	.000	ระดับปานกลาง

*p<.05, **p<.01

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .344 , .530 และ .597) ตามลำดับ

การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .273, .258) ตามลำดับ

การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.-445)

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. ความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 29.32 (SD = 3.07) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิจะได้รับการสนับสนุนโดยการแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามขนาด ตามเวลาและตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ที่กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค เมื่อรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค โรคที่เป็นมีความรุนแรงมากขึ้นหากละเลยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง จึงเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมาก ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมาก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.3 ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมคิดเป็นร้อยละ 77.8 แสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นเตือนหรือปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้รับการแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจเป็นผู้ใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการความไว้วางใจ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีความร่วมมือในการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย ใจคำวัง (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และสอดคล้องกับ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการสนับสนุนทาง

สังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.01)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สนับสนุนทางสังคม กับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14. 50 (SD =1.54) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากขาดการรับประทานยาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา จะสามารถลดโอกาสการกำเริบของโรคได้ จึงทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .273) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการใช้ยาอย่างถูกต้องจากบุคลากรทีมสุขภาพ อีกทั้งมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยอื่นที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การกำเริบของโรค และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หากขาดการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในสภาวการณ์เจ็บป่วยของแต่ละคน เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เป็นอยู่จะส่งผลให้มีการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีภาวะคุกคามของโรคมากน้อยเพียงใด จึงเกิดความตระหนักและพยายามลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร อุตมะ (2549) ที่พบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ความรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

การรับรู้ความรุนแรง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.73 (SD = 1.50) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการของโรคเป็นอยู่ว่าจะรุนแรงมากขึ้น และอาจทำให้เสียชีวิตได้เมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.258) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

ร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากขาดการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และเห็นว่าการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง นอกจากการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมแล้ว ยังเป็นผลมาจากการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับ Rosenstock et al., (1988) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มะยาซิน สาเมาะ (2551) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับ ศรัทธา ประกอบชัย และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444$, $p < .01$)

การรับรู้ประโยชน์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.88 (SD = 1.79) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพจะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .344$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การใช้ยาอย่างถูกต้อง ทำให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเองหากรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียแล้วเลือกปฏิบัติสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย โดยการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วังธนากร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองรวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.07 (SD = 5.58) แสดงถึงความเชื่อมั่นของบุคคล ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพได้โดยไม่มีความยุ่งยาก

ใดๆ เช่น เชื่อมั่นว่าตนเองจัดการเรื่องการใช้ยาหลายขนานได้ดี จึงปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามความเชื่อนั้นๆ และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.530) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีสุขภาพที่แข็งแรง เป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพและรับประทานยาตามแผนการรักษา อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจรักษาจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาโดยบุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร จึงเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในการใช้ยา ทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลที่รับรู้ว่าตนมีความสามารถในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรัทธา ประกอบชัยและคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าสมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.550$, $p < 0.01$)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว คนใกล้ชิดและบุคคลากรทีมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.82 (SD = 4.35) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ตัวและทีมสุขภาพเป็นอย่างดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=.597) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ได้รับข้อมูลข่าวสาร กำลังใจและการดูแลเอาใจใส่ ทั้งจากบุคลากรทีมสุขภาพและจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเอื้อนำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมการรับการรับประทานยาที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่สมรส คอยให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ House (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเมื่อได้รับการช่วยเหลือ ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า ด้านทรัพยากร และด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงภาวะทางร่างกาย และจิตใจของบุคคลให้เกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับ ธวัชชัย ใจคำวัง (2551) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลากรทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และสอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการ

สนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) (ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554)

3. การรับรู้อุปสรรคและอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การรับรู้อุปสรรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.48 (SD = 2.78) แสดงให้เห็นว่า หากบุคคลมีการรับรู้ว่าไม่มีอุปสรรคในการใช้ยาหลายขนานหรือมีอุปสรรคน้อยมาก สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้แน่นอน ก็จะทำให้มีความร่วมมือยาในการใช้ยาและมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่ายา เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าปัญหาหรืออุปสรรคดังที่กล่าวมานั้นไม่มีหรือมีน้อย จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 95.3 จึงไม่มีภาระงานหรือกิจวัตรประจำวันที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการรับประทานยา ทำให้สามารถรับประทานยาได้ตรงตามเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการคงที่ มาตรวจตามนัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.3 สามารถดูแลตนเองในการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 86 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีอาการคงที่ ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและจัดยารับประทานเองได้ สอดคล้องกับ Becker (1974) ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ ก็มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภัจฉรี สุขะ (2556) ที่ศึกษาวินัยในการรับประทานยาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวินัยในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต้านการแข็งตัวของเลือด กับวินัยในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .05

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .004$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถดูแลตนเองในการใช้ยาได้ดี เห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างดูแลตนเองในการรับประทานยาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 86 และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีวุฒิภาวะเจริญเต็มที่ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี ทั้งนี้อาจเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์การเจ็บป่วย ทั้งจากตนเองหรือประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการใช้ยาหลายขนานอย่างต่อเนื่องมาตลอด จึงสามารถดูแลตนเองและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดีมาก การสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่เป็นข้อจำกัดให้มีความแตกต่างจากวัยอื่นในการใช้ยาแต่อย่างใด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2553) ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลทางลบต่อระดับความรู้คิดและสติปัญญา และมี

อิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ยังได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นสามี/ภรรยา และบุตรหลาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เพศและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{phi}=.32) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สภาพสังคมไทยในปัจจุบันพบว่าเพศชายและหญิงมีบทบาทเท่าเทียมกันมากขึ้น ร่วมกับมีการปรับบทบาทภายในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย จึงมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หลักของบุคคลในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลทางด้านสุขภาพให้เกิดความสมดุล รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวการณ์ของแต่ละบุคคลที่ต้องเผชิญ การใช้ยาตามการรักษาเป็นเรื่องที่จะบังเกิดผลลัพธ์กับบุคคลนั้นๆ โดยตรง ไม่ว่าจะเป็นเพศไหน แต่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงประโยชน์ อันตรายและผลลัพธ์ในด้านบวกและลบมากกว่าที่จะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และธวัชชัย ใจวัง และคณะ (2551) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= .64) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการของสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงไม่แตกต่างกันและได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ขาดยา กลุ่มตัวอย่างจึงมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Walker (2006) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด (2554) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้สูงอายุและสนับสนุนให้

ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ให้เกิดการความร่วมมือในการใช้ยา

2. พัฒนาโปรแกรมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการใช้ยาและลดอุปสรรคของความร่วมมือในการใช้ยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มประชากรในแหล่งชุมชน โดยจัดทำในรูปแบบของโปรแกรมกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผลการศึกษาที่ได้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ความรู้เรื่องการใช้ยา สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพกับผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิต เป็นต้น

3. นักวิจัยหรือพยาบาลที่มีความต้องการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ควรพัฒนารูปแบบของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยปรับแบบสอบถาม ให้มีลักษณะเป็นตารางหรือสเกลให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่ถูกต้องมากที่สุดและช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกตอบข้อคำถามได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และเจ้าหน้าที่ประจำแผนกห้องตรวจโรคอายุรกรรม ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธวัชชัย ใจวัง, และนันทนา พุ่มพวง. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2*(2), 1115-1121.

นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์, 7*(1), 1-18.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

พนิดา ไกรนรา, พรทิพย์ มาลาธรรม, สุรกิจ นาทีสุวรรณ และธีระศักดิ์ แก้วอมตะวงศ์. (2554). การดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 17*(2), 287-304.

ภวัคร ชัยมั่น. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัสราวลัย ศีติสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9* (2), 120-135.

มะยาซิน สาเมาะ. (2551). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รัตนชัย รัตนโคตร. (2555). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสำโรงทาบ อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์.* ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิธร อุตตะมะ. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรัทธา ประกอบชัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง *วารสารพยาบาลศาสตร์, 32*(3), 43-51.

สุภัจฉรี สุขะ (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการวินัยในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุมาลี วังธนากร, ชุติมา ผาติดารงกุลและปราณี คาจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(6), 539-547.

สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2553). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *กลุ่มโรค NCDs.*26 กุมภาพันธ์ 2558 สืบค้นจาก http://www.Thaihealth.or.th

อิสรีกรย์ สรศรีสกุล และนรลักขณ์ เอื้อกิจ (2555). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี่. *วารสารพยาบาลตำรวจ,* 5 (1), 170-171.

Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: prentice-Hall.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education & Behavior, 1*(11), 1-47.

Hildbrand, M., Brewer, M. & Wolf, T. (2012). The impact of mind stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke Research and Treatment*, 2012, 1-6. doi:10.1155/2012/548682

House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Orem, D. E. (1985). *Nursing concept of practic*. (3rd ed.). New York : McGraw-Hill Book Company.

Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine, 353*(5), 487-497.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior, 15*(2), 175–183.

Saini, S. D., Schoenfeld, P., Kaulback, K. & Dubinsky, M. C. (2009). Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases. *American Journal of Managed Care, 15*(6), e22-33.

Stegemann, S. et al. (2012). Adherence measurement systems and technology for medications in older patient populations. *European Geriatric Medicine, 3*(4), 254-260. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2012.05.004

Vlasnik, J., Aliotta, S. & DeLor, B. (2005). Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans. *Case Manager, 16*(2), 47-51.

Walker, E. A., et al. (2006). Adherence to preventive medications predictors and outcomes in the diabetes prevention program. *Diabetes care, 29*(9), 1997-2002.