



โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว
บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง
การแพทย์

Factors Affecting Antihypertensive Drug Use Behavior in Elderly
Patients in Faculty of Pharmaceutical Sciences Staffs and Students
Family Whose Primary Caregivers Are Medical Personnel

โดย

นสภ. ศุภลักษณ์	พวงปรีก	รหัสนิสิต	59210069
นสภ. ธิติสุตา	ละอองศรี	รหัสนิสิต	59210110
นสภ. ศรินญา	สุจิมงคล	รหัสนิสิต	59210133

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาบัณฑิต ปีการศึกษา 2563
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว
บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง
การแพทย์

Factors Affecting Antihypertensive Drug Use Behavior in Elderly
Patients in Faculty of Pharmaceutical Sciences Staffs and Students
Family Whose Primary Caregivers Are Medical Personnel

โดย

นสภ. ศุภลักษณ์	พวงปรีก	รหัสனிสิต	59210069
นสภ. จิตสุตา	ละอองศรี	รหัสனிสิต	59210110
นสภ. ศิริินญา	สุจิมงคล	รหัสனிสิต	59210133

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาบัณฑิต ปีการศึกษา 2563
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำนำ

วิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุใน ครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเหตุผลที่ทางผู้จัดทำได้เลือกทำเรื่องนี้เนื่องจากเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีในประชากรผู้สูงอายุ ทั้งนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจึงมีผลอย่างมากต่อการดำเนินไปของโรค ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจะได้ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยา รวมถึงเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังว่าโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้จะให้ความรู้ และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่ได้อ่านต่อไป

คณะผู้จัดทำ

29 มีนาคม 2564

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ปีการศึกษา 2563

เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ผู้จัดทำโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

- | | | |
|-------------------|----------|-------------------|
| 1. นสภ. ศุภลักษณ์ | พวงปรีก | รหัสสนិត 59210069 |
| 2. นสภ. ธิติสุตา | ละอองศรี | รหัสสนិត 59210110 |
| 3. นสภ. ศิริธัญญา | สุจิตมจล | รหัสสนិត 59210133 |

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์

- | | |
|----------------------|--|
| 1. ภก.อ.ดร.ฤทธิณรงค์ | มีพงษ์ (ที่ปรึกษาหลัก) |
| 2. ภญ.อ.ดร.ภัทรวดี | ศรีคุณ (ที่ปรึกษาร่วม) |
| 3. ภญ.จิตติพร | อินศร (ที่ปรึกษาร่วม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ) |

บทคัดย่อ

สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่มีอัตราการเกิดและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยนี้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) และไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 253 คน แบ่งเป็นกลุ่ม MD และ non-MD ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผ่านช่องทางออนไลน์ และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ chi-square หรือ independent t-test หรือ ANOVA test และหาความสัมพันธ์ปัจจัยกับพฤติกรรมด้วยสถิติ Pearson's Correlation ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง การเก็บรักษายา การปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาปัจจัยเฉพาะด้าน พบกลุ่ม MD มีความรู้ (การพบแพทย์, การลิ้มกินยา, ตัวโรค) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (การเดินทาง, ข้อมูล) และการสนับสนุนจากครอบครัว (กำลังใจ, การเอาใจใส่) มากกว่า non-MD อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเมื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความรู้ พบว่ากลุ่ม non-MD มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง และการเก็บรักษายา ($r = 0.350, 0.401$ ตามลำดับ) โดยที่พฤติกรรมเหล่านี้ไม่มีนัยสำคัญในกลุ่ม MD จากผลข้างต้น การศึกษาวิจัยต่อยอดถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะด้านจะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย หรือการมีส่วนเกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการสนับสนุนให้มีผู้ดูแล และคุณสมบัติของผู้ดูแลได้

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก.....



Senior Project Academic Year 2020

: Factors Affecting Antihypertensive Drug Use Behavior in Elderly Patients in Faculty of Pharmaceutical Sciences Staffs and Students Family Whose Primary Caregivers Are Medical Personnel

BY	1. Miss Supalakkana Puangpruck	ID 59210069
	2. Miss Thitisuda La-ongsri	ID 59210110
	3. Miss Sirinya Sujimongkol	ID 59210133
Advisor:	1. Dr.Rittinarong Meepong,	(Advisor)
	2. Dr.Pattaravadee Srikoon	(Co-advisor)
	3. Mrs.Thitiporn Insorn	(Co-advisor, Sisaket Provincial Health Office)

ABSTRACT

Aging society is growing. Hypertension is common disease with increasing mortality rate. Drug use behavior and primary caregivers are known to influence the treatment efficacy. This study aimed to study factors affecting antihypertensive drug use behavior in elderly patients comparing between groups of patients whose primary caregivers were medical personnel (MD) and non-medical personnel (non-MD). Two hundred fiftythree elderly cases who are member in Faculty of Pharmaceutical Sciences staff's and student's family were included. Data was collected using questionnaire via online channels and analyzed differences between groups by chi-square, independent t-test and ANOVA test. Whereas relation between factors and behaviors were analyzed by Pearson's correlation. Moderate to high scores of practices were found in drug use beyond principle, dangerous prevention from drug use or management when side effect of drugs occurred, drug storage and when forgetting to have drug. Once particular factors were investigated, differences between groups were found significantly. In MD group; knowledge (Seeing a doctor, forgetting to have drug, other baseline diseases), health services access (Transportation, information) and social support (encouragement, carefulness) were found higher score than non-MD group. In particular factors analysis, non-MD group was found to have correlation between knowledge and behavior avoiding danger or side effect from drug use and drug storage ($r=0.350, 0.401$ respectively) significantly, but not in MD group. These data suggesting that particular antihypertensive drug use behavior should be further study on related factors which will be able to extensively apply in patient care or supporting the caregiver in both knowledge and available.

Major Advisor.....*Rittinarong Meepong*.....

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยทางเภสัชศาสตร์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องมาจากความช่วยเหลือของ
ภก.อ.ดร.ฤทธิณรงค์ มีพงษ์, ภญ.ดร.ภัทรวดี ศรีคุณ และภญ.ฐิติพร อินทร อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้
คำปรึกษาคอยช่วยชี้แนะแนวทางในการค้นคว้าหาความรู้ช่วยดูแลการทำงานวิจัยให้เป็นไปอย่าง
ราบรื่น และช่วยตรวจทานความถูกต้องให้แก่นิสิต จึงทำให้โครงการวิจัยฉบับนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการสอบโครงร่างวิจัยทางเภสัชศาสตร์ทุก
ท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์รวมไปถึงแนวทางแก้ไข เพื่อให้โครงร่างวิจัยนี้ประสบ
ความสำเร็จและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนนิสิตคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ให้ความ
ร่วมมือและเสียสละเวลาในการติดต่อและให้ข้อมูลของผู้สูงอายุในครอบครัว

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณเพื่อนพ้องคณะเภสัชศาสตร์ที่คอยให้กำลังใจ รวมไปถึงผู้ให้การ
สนับสนุนท่านอื่น ๆ ที่ได้ให้การช่วยเหลือมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

29 มีนาคม 2564

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	3
1.3 สมมติฐาน	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
2.1 ประชากร	5
2.2 โรคความดันโลหิตสูง	7
2.3 พฤติกรรม	14
2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา	17
2.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา	23
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	25
3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	25
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	26
3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	30
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	30
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	31
บทที่ 4 ผลการวิจัย	33
4.1 ข้อมูลทั่วไป	33
4.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	36
4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	45
4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยา	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปและวิจารณ์ผลการวิจัย	74
5.1 วิวิจารณ์ผลการวิจัย	75
5.2 สรุปผลการวิจัย	84
5.3 ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	91
ภาคผนวก (ก) แบบสอบถาม	92
ภาคผนวก (ข) ระยะเวลาที่ใช้ในงานวิจัย	104
ภาคผนวก (ค) อักษรวิสุทธิ	105
ภาคผนวก (ง) แบบฟอร์มรายงานการเงิน	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ตารางแสดงข้อมูลประชากรประเทศไทยปีพ.ศ. 2560-2562	5
2. ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป	7
3. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	12
4. ข้อมูลทั่วไป	34
5. พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา	37
6. แปลผลพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา	39
7. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง	40
8. แปลผลพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง	41
9. พฤติกรรมการเก็บรักษายา	42
10. แปลผลพฤติกรรมการเก็บรักษายา	43
11. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสประทานยา	44
12. แปลผลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสประทานยา	44
13. ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	46
14. แปลผลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	48
15. ปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ	49
16. แปลผลปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ	51
17. ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว	52
18. แปลผลปัจจัยปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว	53
19. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาตามปัจจัยที่ศึกษา	57
20. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา	58
21. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
22. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง	64
23. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเก็บรักษายา ตามปัจจัยที่ศึกษา	68
24. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการเก็บรักษายา	69
25. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา	71
26. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา	72

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
1.	กราฟแสดงแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 – 2593	5
2.	กราฟแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2561	6

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบัน สถานการณ์ประชากรกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับโครงสร้างประชากรซึ่งกำลังเป็นสังคมที่เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aging society) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ 3 ต่อปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 963 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (1) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี ขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ไปแล้วทุกประเทศ และประเทศที่กำลังพัฒนาจะกลายเป็นสังคมสูงอายุในไม่ช้า

จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยประชากรไทยในปี 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562) ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66.5 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 11.1 ล้านคน (ร้อยละ 16.73) ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มเพียงร้อยละ 0.2 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุที่ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 4.2 ต่อปี (2-4) ซึ่งการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทยที่อาจมีผลกระทบต่อสังคม ระบบเศรษฐกิจ และระบบบริการที่สำคัญคือปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาหลักที่ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมของทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

โรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสภาวะการเจ็บป่วยของโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ในการดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในทันที โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมี อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด (5) สำนักโรคไม่ติดต่อ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้มากในประเทศไทย 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเมื่อแยกความเจ็บป่วยตามเพศ พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีอาการของกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับแรกมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (5)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก จากกระบบรายงาน Health data center (HDC) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563 พบอัตราการเกิดเป็นอันดับหนึ่งในโรคเรื้อรัง (6) โดยในปี พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี (7) การเป็นโรคความดันโลหิตสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ตามมา (8) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยใน พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2561 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 7.6 อีกทั้งยังเป็น

สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประเทศไทย (9) โดยเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือการลดระดับความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรักษาที่สำคัญคือการรักษาโดยการให้ยา โดยจะต้องรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องยาวนาน (10) แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะปฏิเสธการรักษาไม่รับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 50 – 70 เท่านั้น และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาด้วยตนเองภายใน 1 ปี (11) จากการศึกษาพบว่า การไม่รักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาจากการใช้ยาตามมาได้ และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาจึงเป็นปัญหาสำคัญของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่จำเป็นต้องให้ ความดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง เพราะมีผลรบกวนผลการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย โดยการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับต่ำมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มากกว่า และกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามาก เช่น อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (12) ทั้งนี้จะส่งผลถึงความร่วมมือในการให้ยาหรือไม่ใช้ยาของผู้ป่วย ดังนั้นการติดตามการรักษาหลังจากจ่ายยาแล้วในผู้สูงอายุจึงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง ให้มีการตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงข้อควรระวังต่าง ๆ กับทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวที่ดูแล

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะเป็นแหล่งที่ให้ความมั่นคงทางจิตใจต่อสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแล และเป็นกำลังใจในการดำเนินชีวิตประจำวันในขณะที่ต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาด้วยการให้ยาที่ต้องใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน และหลายชนิดพร้อมกัน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเองก็เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีโอกาสเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยามากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีความระมัดระวังในการให้ยาเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ ซึ่งการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวนับเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญอย่างมากจะส่งผลต่อการดำเนินไปของโรค ซึ่งจะส่งเสริมโดยการพาไปพบแพทย์ตามนัด เอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมไปถึงการหมั่นถามไถ่และติดตามอาการจากการให้ยา สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยที่สำคัญคือการขาดความรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับโรค และการใช้ยา ซึ่งนับเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการให้ยาที่ผิดพลาดในผู้สูงอายุที่ป่วย ทั้งในแง่ของการเพิกเฉยในการมีส่วนร่วมดูแลด้านการให้ยา หรือการมี

ส่วนร่วมในการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในข้อควรระวังต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (13)

จากข้อมูลข้างต้น ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aging society) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังหลัก และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีในประชากรกลุ่มนี้ โดยการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอายุขัยของผู้ป่วย ทั้งนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจึงมีผลอย่างมากต่อการดำเนินไปของโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อจะได้ทราบถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยา รวมถึงเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

1.3 สมมติฐาน

H₀₁ : พบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลหลัก (MD) แตกต่างจากกลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก (non-MD)

H₀₂ : พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลหลัก (MD) มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก (non- MD)

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีและไม่มีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ดูแลหลัก
2. เพื่อหาแนวทางป้องกันพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการวางแผนและดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาโดยใช้ยา

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมี/ไม่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ และให้การดูแลโดยได้/ไม่ได้ค่าตอบแทน

บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ หมายถึง อาจารย์และนิสิตชั้นปีที่ 2-6 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่ม MD หมายถึง กลุ่มที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่ม non – MD หมายถึง กลุ่มที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีผู้ดูแลหลักไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์

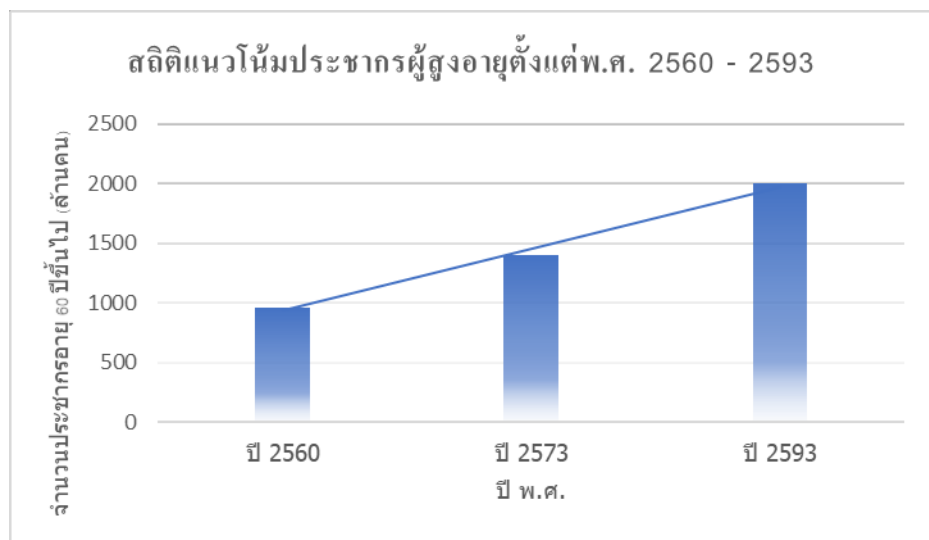
บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 ประชากร

2.1.1 ประชากรศาสตร์

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในพ.ศ.2561 (1) ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 963 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคนและจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุก ๆ ปี ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กราฟแสดงแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 – 2593

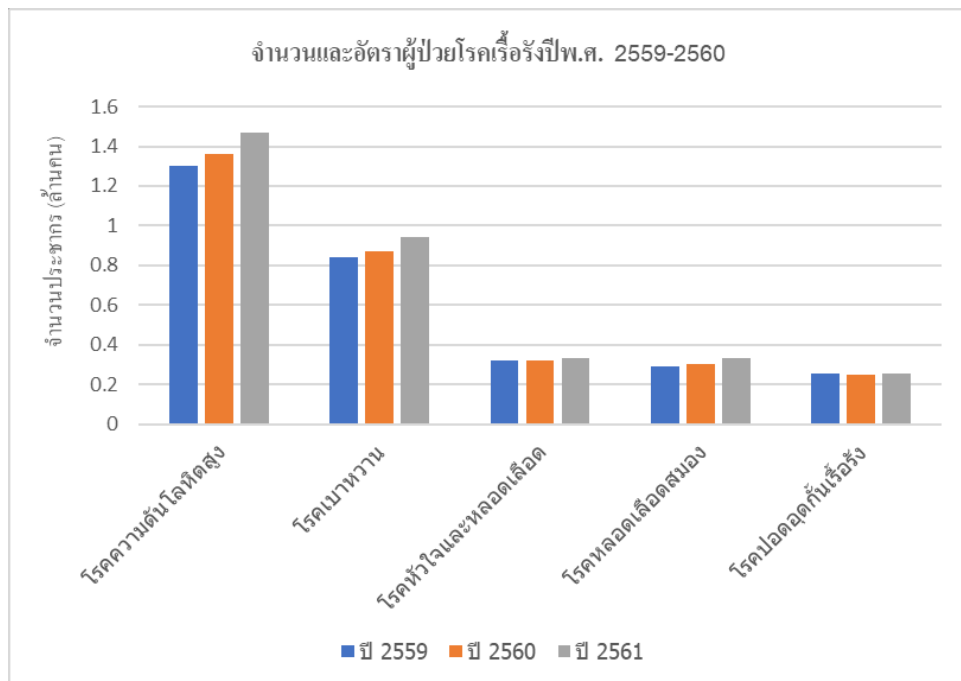
ที่มา : องค์การอนามัยโลกพ.ศ.2561 (1)

จากข้อมูลของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยประชากรไทยในปี 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562) ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 66.5 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป 11.1 ล้านคน (ร้อยละ 16.73) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในทุก ๆ ปี ดังตารางที่ 1 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยกำลังเพิ่มเพียงร้อยละ 0.2 ต่อปี แต่ประชากรสูงอายุที่ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 4.2 ต่อปี (2-4)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลประชากรประเทศไทยปีพ.ศ. 2560-2562 (2-4)

ข้อมูลประชากร	ปี พ.ศ. 2560	ปี พ.ศ. 2561	ปี พ.ศ. 2562
จำนวนประชากร (คน)	66,188,503	66,413,979	66,558,935
จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	10,255,322	10,666,803	11,136,059
คิดเป็นร้อยละ	15.45	16.06	16.73

จากข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 อันดับแรกที่พบได้มากในประเทศไทยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (5) โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก โดยจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2019 (8) พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1 พันล้านคน และเสียชีวิตสูงถึง 7.5 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และสำหรับประเทศไทยจากระบบรายงาน Health data center (HDC) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563 มีจำนวน 3,902,272 คน คิดเป็นร้อยละ 44.01 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด (6) มีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่งในโรคเรื้อรัง และที่สำคัญคือมีอัตราผู้ป่วยสูงเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดยในปี พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2561 มีการเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.33 (7) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี โดยใน พ.ศ. 2559 – พ.ศ. 2561 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 7.6 อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประเทศไทย (9)



รูปที่ 2 กราฟแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2561
ที่มา : สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (5)

2.1.2 โรคในผู้สูงอายุ

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตรา การป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงสุด โดยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มโรคที่เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน

ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่สำคัญ คือ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีความชุกดังนี้

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป

ภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	ความชุก	จำนวนประชากร*	โรคเรื้อรังที่สำคัญ	ความชุก	จำนวนประชากร*
ความดันโลหิตสูง	53.2	52	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	4.8	4.6
เบาหวาน	18.1	17	หลอดเลือดสมอง	2.7	2.6
คอเลสเตอรอลในเลือดสูง	19.0	18	ถุงลมโป่งพอง/หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1.6	1.6
อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m ²)	35.4	34	เกาต์	5.6	5.4
อ้วนลงพุง	49.4	48	หอบหืด	4.6	4.4
เมแทบอลิกซินโดรม	46.8	44	ข้อเข่าเสื่อม	22.5	22

*หมายเหตุ: จำนวนประชากรที่มีภาวะดังกล่าว คาดประมาณ (แสนคน) คำนวณจากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2557 (14)

จากตารางแสดงความชุกโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 53.2 และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อื่น ๆ ตามมาด้วย

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 นิยามของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอทโดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับ SBP ≥ 140 มม. ปรอท แต่ระดับ DBP < 90 มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล อยู่ในเกณฑ์สูงผิดปกติ (SBP ≥ 140 มม. ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 90 มม. ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท)

Masked hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ (SBP < 140 มม.ปรอทและ DBP < 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP ≥ 135 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท) (10)

2.2.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1) Cardiac output และ Peripheral resistance

เมื่อร่างกายมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) มากเกินไปจะส่งผลให้ หัวใจบีบแรงขึ้น ปริมาตรของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) จึงสูงขึ้นซึ่งอาจทำให้ความต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้นโดยเป็นผลจากการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบบริเวณหลอดเลือด ซึ่งถ้าเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะทำให้ ผนังหลอดเลือดหนาตัว (15) เมื่อผนังหลอดเลือดหนาตัว จะทำให้หลอดเลือดแดงแคบลง ซึ่งจะทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ช้าลง หัวใจจึงยังบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ แต่ก็ยังทำให้ความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นด้วย

2) Rennin-angiotensin system

เมื่อ Angiotensin II ออกฤทธิ์ผ่าน Angiotensin II type 1 (AT1) receptor จะทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasoconstriction) และกระตุ้นหลั่งฮอร์โมน Aldosterone จากต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) รวมทั้งกระตุ้นการหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) จากต่อมใต้สมองส่วนหลัง ส่งผลให้เกิดการดูดกลับของน้ำและโซเดียมบริเวณท่อไตส่วน collecting tubule อีกทั้งยังเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้ระดับความดันโลหิตภายในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น (16)

3) Endothelial dysfunction

เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด (vascular endothelial cells) ผลิตสารที่มีผลต่อหลอดเลือด เช่น nitric oxide ที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และ endothelin ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นถ้าการทำงานของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด (vascular endothelial cells) ผิดปกติ อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิตได้ (15)

2.2.3 ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง

1) อายุ

อายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (arterial stiffness) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผนังหลอดเลือด หรือเกิดจากการเหนียวตัวของ endothelin หรือการลดลงของ nitric oxide จะไปทำให้ความจุและการหดตัวของหลอดเลือดลดลง ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้เกิดพังผืดที่เนื้อไต ซึ่งอาจจะทำให้เนื้อไตเกิดการแข็งตัว ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง (glomerular filtration rate : GFR) ลดลงหรือลดการทำงานของ sodium/potassium pump และ calcium pump ลดลง ทำให้มีปริมาณโซเดียม และแคลเซียมในเซลล์มากเกินไป จึงไปเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและความต้านทานของหลอดเลือด (17)

2) การดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์สามารถเพิ่มความดันโลหิต และลดความดันโลหิต ซึ่งการเพิ่มความดันโลหิตเป็นผลมาจากการที่แอลกอฮอล์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เมื่อหลอดเลือดขยายตัว จะทำให้ความดันในร่างกายต่ำลง แต่ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยทำให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่ม cardiac output ส่งผลให้ความดันในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น อีกทั้งแอลกอฮอล์จะไปกระตุ้น vasopressin ซึ่งจะทำให้เกิด diuretic สารน้ำในร่างกายจึงลดลง ซึ่งร่างกายมีการตอบสนองโดยการเพิ่มความดันหลอดเลือดเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้นนอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ กระตุ้นการหลั่ง norepinephrine epinephrine และ adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น (18-20)

3) โรคอ้วน

โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ inflammatory cytokines เช่น tumor necrosis factor-alpha และ interleukin-6 ซึ่งจะส่งผลให้หลอดเลือดเกิดความผิดปกติ โรคอ้วนทำให้เกิด insulin resistance และ oxidative stress เพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ยังมีความสัมพันธ์กับการทำงานที่เพิ่มขึ้นของ Renin-angiotensin aldosterone system ผลจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และ Renin-angiotensin aldosterone system เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ท่อไต (21)

4) ปริมาณโซเดียมในร่างกาย

โซเดียมจะทำให้ปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (stroke volume) เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้ปริมาตรของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งยังทำให้การทำงานของ Renin-angiotensin aldosterone system บกพร่อง Angiotensin II ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

ความไวในการตอบสนองต่อปริมาณโซเดียม (salt sensitivity) จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยจะขึ้นอยู่กับพันธุกรรม แต่ความไวจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะมีความไวมากในคนที่ป่วยด้วยโรค metabolic syndrome (22)

องค์การอนามัยโลกแนะนำปริมาณโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวันไม่ควรเกิน 5 กรัม/วัน อีกทั้ง American Heart Association แนะนำว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรจำกัดการบริโภคโซเดียมให้เหลือ 1.5 กรัม/วัน (22) แต่คนเรามักจะบริโภคโซเดียมเข้าไปโดยไม่รู้ตัวจากการบริโภคเครื่องปรุงรส จำพวกผงชูรส ผงปรุงรส ซุปก้อน รวมทั้งผงฟูที่ใช้ทำขนมปัง และสารกันบูดต่าง ๆ ซึ่งพบได้ทั่วไปในอาหารและเครื่องดื่มที่เก็บไว้นาน รวมถึงในอาหารตามธรรมชาติ

5) การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้การทำงานของเซลล์บุเยื่อผิว (endothelial) ผิดปกติหลอดเลือดแข็งตัว (arterial stiffness) เกิดการอักเสบของหลอดเลือด (vascular inflammation) และกระตุ้นการเกิด oxidation ของ LDL ซึ่งจะส่งเสริมการเกิด atherosclerotic การสะสมไขมัน อีกทั้งยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง antithrombotic และ prothrombotic factors อีกทั้งยังเร่งกระบวนการเกิด atherothrombotic

จากการศึกษาผลของการสูบบุหรี่ต่อความดันโลหิตพบว่า ในช่วงเวลาที่สูบบุหรี่จะทำให้ความดันโลหิต และอัตราการเต้นหัวใจสูงขึ้นนานกว่า 15 นาทีหลังจากสูบบุหรี่ และสูงกว่าในช่วงเวลาที่ไม่สูบบุหรี่ ที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณ norepinephrine และ epinephrine ในกระแสเลือด ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (23)

6) พันธุกรรม

จากงานวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การมีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่นการศึกษาโดยการสำรวจเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ของ Yang Shen และคณะ (24) ที่ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของคนในพื้นที่ชิงไห่-ทิเบต (Qinghai-Tibet) พบว่าการมีคนในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง

2.2.4 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูง

1) Vasculopathy

เป็นผลมาจากเซลล์เยื่อบุผิวบริเวณหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (endothelial dysfunction) ส่งผลให้กระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด เกิดการสะสมของ thrombus ความสามารถในการซึมผ่าน (permeability) เพิ่มขึ้น กระบวนการ leukocyte adhesion และ monocyte migration บริเวณผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการอักเสบขึ้นบริเวณหลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด โดยทำให้หลอดเลือดหนาตัว ส่งผลให้เส้นผ่านศูนย์กลางภายในหลอดเลือดเล็กลง ทำให้มีการไหลเวียนของเลือดที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น (25)

2) Cerebrovascular damage

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือด carotid ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงสมองเกิดการหนาตัว ทำรัศมีภายในหลอดเลือดแคบลง (carotid atherosclerotic) (26) อีกทั้งการแตกตัวของ plaque อาจส่งผลให้หลอดเลือดสมองส่วนปลายอุดตัน จึงอาจเกิด transient ischemic attack หรือ stroke หรือ lacunar infarctions อีกทั้งยังพบการแพร่กระจายของเนื้อสมองส่วนสีขาว (diffuse white matter)

นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการรับรู้และความเข้าใจ (cognitive impairment) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ oxidative stress ของหลอดเลือดที่เป็นสาเหตุในการเปลี่ยนแปลงการควบคุมหลอดเลือดสมอง (27)

3) Heart disease

ความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสียหายบริเวณหัวใจห้องล่างซ้าย (28) โดยจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว และมีความยืดหยุ่นน้อยลง รับเลือดได้น้อยลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ลดลง เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานทำให้หัวใจทำงานหนักจนอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (29)

ความดันโลหิตสูง ร่วมกับกระบวนการเกิดการอักเสบ กระตุ้นให้เกิดการสร้างพังผืด ส่งผลให้โครงสร้างหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการลดสัดส่วนการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (ejection Fraction) หรืออาจทำให้เกิดภาวะขาดเลือด (ischemia) (28)

โดยส่วนมากแล้วจะไม่มีอาการเนื่องจากการปรับตัวของร่างกาย (compensate) แต่หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานร่างกายก็จะไม่สามารถปรับตัวได้ (decompensate) (28) แล้วแสดงอาการที่มีความรุนแรง เช่น การเจ็บหน้าอกอย่างเฉียบพลัน (angina pectoris) หายใจหอบ (dyspnea) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) (30)

4) Nephropathy

ความดันโลหิตสูงจะเพิ่มแรงดันใน glomerulus ทำให้มีโปรตีนที่ผ่านการกรองโดย glomerulus มากขึ้น จึงทำให้พบโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (proteinuria) เยื่อบุเกิดความเสียหาย (endothelial damage) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด Fibrosis ขึ้นในเนื้อไตได้

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดที่ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัว และรัศมีภายในแคบลงทำให้เลือดมาเลี้ยงไตน้อยลง จนอาจทำให้เกิดการขาดเลือดบริเวณ glomerulus และบริเวณท่อไต (31)

5) Retinopathy

เมื่อความดันโลหิตสูงทำให้ความสามารถในการซึมผ่านของสารน้ำในหลอดเลือด (vascular permeability) บริเวณจอตาผิดปกติ ส่งผลให้สารน้ำรั่วออกมาจากหลอดเลือดจนทำให้เกิดการบวมที่จอตา หรืออาจทำให้เลือดออกบริเวณจอตา อีกทั้งการเกิดความดันโลหิตสูงเฉียบพลันอาจทำให้ปลายหลอดเลือดเกิดการอุดตัน จนทำให้จอประสาทตาขาดเลือด (cotton wool spot) ซึ่งจะทำให้การมองเห็นลดลง นอกจากนี้ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงข้อประสาทตามีปัญหา ทำให้การไหลเวียนของกระแสประสาทมีปัญหา (32)

2.2.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 (10) การรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ดังแสดงในตารางที่ 3

1) การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต

พิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคร่วมของแต่ละบุคคล และความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (target organ damage : TOD)

ตารางที่ 3 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ระดับของโรคความดันโลหิตสูง	ค่าความดันโลหิตสูง (มม.ปรอท)	แนวทางการรักษา
High normal	130-139/85-89	เมื่อได้รับการสรุปจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (definite hypertension)แนะนำให้ปรับวิธีการดำเนินชีวิตเป็นอันดับแรก หรืออาจให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ก่อน
Grade 1	140-159/90-99	แนะนำให้ปรับวิธีการดำเนินชีวิต และควรเริ่มยาลดความดันโลหิตเมื่อความดันโลหิตยังสูงหลังจากติดตามอาการไปแล้ว 3-6 เดือน แต่ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ก่อน หรือผู้ที่มี Target organ damage ให้เริ่มยาลดความดันโลหิตได้ทันที
Grade 2	160-179/100-109	แนะนำให้ปรับวิธีการดำเนินชีวิต เริ่มยาลดความดันโลหิตทันทีหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (definite hypertension) และพยายามควบคุมความดันโลหิตให้ลงมาสู่เป้าหมายภายใน 3 เดือน
Grade 3	≥180/110	

ที่มา : แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 (10)

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง 65 - 79 ปี) ให้พิจารณา เช่นเดียวกันกับ ผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมี SBP ตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไป และหรือ DBP ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป แต่หากอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปพร้อมกับเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว พิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท เป็นต้นไป โดยต้องพิจารณาสภาพความแข็งแรง ความสามารถในการทนต่อการรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งความพร้อมในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2) การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต

ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), Angiotensin receptor blockers (ARBs), Beta-blockers (BBs), Calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ Thiazides ได้แก่ Chlorthalidone และ Indapamide

ยา 5 กลุ่มนี้ จะให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต และลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น BBs อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมไม่แตกต่างกัน ดังนั้นหากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็สามารถเลือกจากยาในกลุ่มใดก็ได้ ตามความเหมาะสมโดยพิจารณาจากโรคร่วม

การเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปควรเลือกยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs หากใช้ยาลดความดันโลหิต 2 ชนิดแล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ให้ใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดที่ 1 ใน 3 ควรจะเป็นยาขับปัสสาวะ

โดยยาลดความดันโลหิตในแต่ละกลุ่มอาจส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่แตกต่างกันไป เช่นยาในกลุ่ม BBs อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดเวียนหัว (dizziness) รู้สึกอ่อนเพลีย (fatigue) ความดันต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic) (33) ยาในกลุ่ม CCBs อาจทำให้เกิดอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย (peripheral edema) หรือท้องผูก (constipation) (34) ยาในกลุ่ม ACEIs และ ARBs อาจทำให้เกิดอาการไออย่างรุนแรง (cough) หรืออาจทำให้เกิดอาการบวมบริเวณใต้ชั้นผิวหนัง (angioedema) แต่ยาในกลุ่ม ARBs จะเกิดได้น้อยกว่ายาในกลุ่ม ACEIs (35, 36) ส่วนยาในกลุ่ม Thiazides อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย (37)

2.3 พฤติกรรม

2.3.1. ความหมายของพฤติกรรม

ธิดาทิพย์ ชัยศรี (38) กล่าวว่าพฤติกรรมเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ อาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง ปฏิบัติการหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดโลหิตของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ และความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม พฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัส ส่วนพฤติกรรมภายนอก หมายถึง พฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น การเดิน การนั่ง การยืน การเขียนหนังสือ เป็นต้น

เฉลิมพล ต้นสกุล (39) พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยต้องสามารถวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและกระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุกำหนดให้บุคคลเลือกตัวอย่างตัดสินใจการกระทำที่ปรากฏออกมา เช่น การไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การงดบริโภคเนื้อสัตว์เมื่อตั้งครภ์ เป็นต้น นอกจากนี้จะต้องรวมถึงสิ่งที่อยู่ในใจของบุคคล ซึ่งคนอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง เช่น เจตคติ (attitude) ความรู้ (knowledge) และความเชื่อ (belief)

ดังนั้นพฤติกรรมจึงหมายถึง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรม ที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอก ทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ โดยเกิดจากการรับรู้ และเรียนรู้ของบุคคลต่อปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และการตอบสนองของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม เจตคติ ความรู้ และความเชื่อของบุคคล

2.3.2. พฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึงการรับประทานยาถูกต้องตามโรค คือยาที่มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็น การรับประทานยาถูกต้องตามขนาด คือการรับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง เช่น 1 เม็ด 2 เม็ด หรือครึ่งเม็ด ไม่หยุดยาเองหรือลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง การรับประทานยาถูกต้องตามเวลา เช่น ยาก่อนอาหาร หลังอาหาร หรือก่อนนอน การใช้ยาให้ถูกบุคคล การรับประทานยาถูกต้องตามวิธี คือการรับประทานยาทางปาก รวมไปถึงมีการตรวจสอบฉลากยาเกี่ยวกับชื่อยา ขนาด และเวลาที่รับประทานก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องอาศัย ข้อปฏิบัติในการใช้ยา อย่างถูกต้องและปลอดภัยดังนี้ (40)

1) หลักการอ่านฉลากยาและวันหมดอายุ

ฉลากยาที่พบได้บ่อย คือฉลากยาจากบริษัทผู้ผลิต และฉลากยาจากคลินิก หรือสถานพยาบาล หรือร้านขายยา ข้อมูลที่ปรากฏบนฉลากยา ประกอบด้วย

(1) ชื่อยา มีทั้งชื่อสามัญทางยาและชื่อทางการค้า โดยยาหนึ่งตัวจะมีชื่อการค้าหลายชื่อ หรือหลายยี่ห้อ ผู้ใช้ยาควรทราบชื่อสามัญทางยา เพื่อหลีกเลี่ยงการแพ้ยา หรือการใช้ยาซ้ำซ้อน ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาดได้

(2) วันผลิตและวันหมดอายุ เมื่อทราบวันหมดอายุ จะช่วยให้หลีกเลี่ยงปัญหาการใช้ยาเสื่อมสภาพ ซึ่งยาอาจจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา โดยผู้ผลิตอาจจะใช้ตัวย่อภาษาอังกฤษแทนข้อความภาษาไทย เช่น MFG. date หรือ MFD ย่อมาจากคำว่า manufacturing date แปลว่าวันที่ผลิต หรือ EXP หรือ Exp. date ย่อมาจากคำว่า expiration date แปลว่า วันที่หมดอายุ

(3) ผลข้างเคียงของยา ข้อห้ามใช้และคำเตือน เป็นข้อความที่ควรใส่ใจ และให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้ใช้อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้นั้น เช่น ห้ามใช้ในหญิงตั้งครรภ์ เพราะยานั้นเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ หรือรับประทานยานี้แล้วอาจทำให้วงนอนไม่ควรใช้เครื่องจักรหรือขับขียานพาหนะ เป็นต้น

(4) เลขทะเบียนตำรับยา ในบรรจุภัณฑ์จะใช้คำว่า Reg. No หรือทะเบียนยา หรือเลขทะเบียนที่ ซึ่งจะหมายความว่า ยานี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วว่ามีผลในการรักษาจริง

(5) ยาอันตราย หรือยาควบคุมพิเศษ จะแสดงข้อความด้วยอักษรสีแดงบนบรรจุภัณฑ์ หมายความว่ายาดังกล่าวมีข้อควรระวังในการใช้ยา หรือควรใช้ยาภายใต้การดูแลของแพทย์หรือเภสัชกร

2) ใช้ยาอย่างถูกวิธี

วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องมีหลัก 5 ข้อดังนี้

(1) ใช้ยาให้ถูกโรค โดยพิจารณาว่าเราเป็นโรคอะไร แล้วยาที่ใช้ต้องมีสรรพคุณในการรักษาโรคที่เราเป็นนั้น และการใช้ยาทุกครั้งต้องได้รับการแนะนำจากแพทย์ หรือเภสัชกรก่อน

(2) ใช้ยาให้ถูกขนาด โดยปริมาณยาที่ใช้จะมีขนาดแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ทารก เด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ซึ่งขนาดยาที่ใช้ในการรักษาจะไม่เท่ากัน โดยจะต้องไม่ใช้ยาเกินขนาดที่แพทย์สั่ง เพราะจะเกิดอันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แต่ถ้าใช้น้อยกว่าที่แพทย์สั่งก็จะมีผลในการรักษา กรณีที่ต้องการตรวจยาจะมีเกณฑ์ ดังนี้

- ขนาดยา 1 ซีซี เท่ากับ 15-20 หยด
- ขนาดยา 1 ช้อนชา เท่ากับ 4-5 ซีซี (ช้อนชาไทยที่ใช้ตามบ้าน เท่ากับ 3 ซีซี)
- ขนาดยา 1 ช้อนโต๊ะ เท่ากับ 15 ซีซี (ช้อนโต๊ะไทย เท่ากับ 15 ซีซี)
- ขนาดยา 1 อออนซ์ เท่ากับ 30 ซีซี หรือ 2 ช้อนโต๊ะมาตรฐาน (2 ช้อนโต๊ะไทย)
- ขนาดยา 1 ลิตร เท่ากับ 1,000 ซีซี หรือ ประมาณ 1 ขวดแม่โขงชนิดกลม

(3) ใ้ยาใ้ถูกเวลา จำนวนครั้งของการทานยาในวันหนึ่งๆจะไม่เท่ากัน และยาบางชนิดรับประทานต่อเนื่อง 5-7 วัน บางครั้งอาจถึง 10 วัน

- ยาก่อนอาหาร หมายถึง รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที - 1 ชั่วโมงเพราะยาดูดซึมได้ดีในขณะท้องว่าง
- ยาหลังอาหาร หมายถึง กินยาหลังอาหารประมาณ 15 -30 นาที
- ยาร่วมอาหาร หมายถึง ต้องรับประทานทันทีเนื่องจากเป็นยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหาร
- ยาก่อนนอน หมายถึง วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอนตอนเย็นเท่านั้น ส่วนใหญ่เป็นยาที่มีคุณสมบัติกดประสาท หรือกล่อมประสาท เมื่อรับประทานแล้วจะทำให้ง่วงนอน

(4) ใ้ยาใ้ถูกบุคคล ควรใ้ยาใ้ถูกกับสภาพของบุคคล เพราะร่างกายของแต่ละคน ไม่เหมือนกัน

(5) ใ้ยาใ้ถูกทาง ยามีรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น ยากิน ยาฉีด ยาเหน็บ จึงจำเป็นต้องใ้ยาใ้ถูกทาง

3) การสังเกตผลของยาและอาการข้างเคียงจากการใ้ยา

ควรสังเกตว่าผลของยาเป็นไปตามแผนการรักษาหรือไม่ หากไม่เป็นไปตามนั้น ควรไปพบแพทย์หรือเภสัชกร อีกครั้ง เพื่อประเมินและปรับการรักษา นอกจากนี้ หากมีอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ควรปรึกษาแพทย์ และควรสอบถามล่วงหน้าว่า ควรจะปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใ้ยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใ้ยา มีอาการอย่างไร

อาการจากผลข้างเคียงของยา จะเป็นไปตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาแต่ละชนิด ซึ่งมีความแตกต่างกัน เช่น ผิวหนังไวต่อแสง ท้องเสีย ปวดท้อง เป็นต้น

อาการแพ้ยา เช่น อาการคัน เป็นลมพิษ หายใจไม่สะดวกเนื่องจากเกิดหลอดลมหดตัว ความดันโลหิตต่ำ เสียงแหบจากกล่องเสียงบวม ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ภายหลัรับยาไปไม่กี่นาทีถึงประมาณ 72 ชั่วโมง

4) การเก็บรักษา

- 1) ควรเก็บยาใ้ห่างจากเด็ก หรือเด็กเื่อมไม่ถึง และไม่เก็บยาปะปนกับอาหาร และสารเคมีอื่น ๆ
- 2) ควรแยกยาประเภทกิน ออกจากยาใ้ภายนอก เช่น ยาทา ยาสูดดม
- 3) เก็บยาใ้พ้นความร้อน และแสงแดด ซึ่งการวางบนหลังตู้เย็นหรือโทรทัศน์ ก็อาจถูกความร้อนจากเครื่องใช้ไฟฟ้าเหล่านี้ได้
- 4) ยาส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องเก็บในตู้เย็น ยกเว้นยาที่ระบุใ้เก็บในตู้เย็น ที่ไม่ใช่ตู้แช่แข็ง หรือฝาดูตู้เย็น

5) ยาทุกชนิดต้องมีฉลากติด หากฉลากเลอะเลือนหรือฉีกขาดต้องรีบทำใหม่ ถ้าไม่แน่ใจควรทิ้งยาไปเลย หรือปรึกษาเภสัชกร

6) ตรวจสอบวันหมดอายุของยาอย่างสม่ำเสมอ ยาใดที่หมดอายุควรทิ้งทันที

7) ยาที่มีลักษณะเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็น สี รูปร่าง กลิ่น เช่น สีขาว เปลี่ยนเป็นสีเหลือง น้ำที่ใสเปลี่ยนเป็นขุ่นหรือตกตะกอน ควรทิ้งทันที แม้ว่ายาจะยังไม่หมดอายุก็ตาม

8) อย่านำยาอื่นใส่ในภาชนะบรรจุของยาคนละชนิด เพราะอาจทำให้ผู้อื่นเข้าใจผิด หรือกรณีฉุกเฉิน ตัวผู้ป่วยเองอาจลืม และหยิบผิดยาผิดเองได้เช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาต้องครอบคลุมในด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำไปประยุกต์ใช้เป็นแบบสอบถามในการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อไป

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยามีจำนวนมาก แต่ผู้วิจัยแต่ละคนได้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา แบ่งออกเป็น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวยา

2.4.1 ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อันประกอบไปด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการศึกษาวิจัยจำนวนมาก โดยมีทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา และไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยนางสาวโชจิรัส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (41) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม โดยประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 60 ขึ้นไป จำนวน 597 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ โรคประจำตัว และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของปฐญาภรณ์ ลาอุณ (42) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.4.2 ปัจจัยด้านเพศ

จุฑาภรณ์ ทองญวน (43) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 242 คน พบว่า กล่าวไว้ว่าปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย โดยผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มักพบในเพศชาย จึงทำให้เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี และยังพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของภัสราวลัย ศีตีสาร อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา (44) โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันวิสา รอดกล่อมและคณะ (45) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ EunJu Lee และ Euna Park (46) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเป็นการสำรวจเชิงภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ที่มาจากศูนย์บริการสุขภาพ 1 แห่ง และโรงพยาบาล 2 แห่งในจังหวัดคยองบุก (Kyung-buk) ประเทศเกาหลีใต้ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ พบว่าในผู้ป่วยที่มีเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเอง (self-care) ที่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของปฐญาภรณ์ ลาลุน (42) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ต่างกัน

2.4.3 ปัจจัยด้านของสถานภาพสมรส

งานวิจัยของจิตชนก ลีทวีสุข (47) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการเก็บรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมเก็บรักษาที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่ เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ อาจมีความตระหนักในการดูแลตนเอง เพราะรับรู้ว่ามีผู้อื่นมาช่วยดูแล และไม่ต้องรับภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวอื่นเท่ากับผู้ที่มิใช่คู่สมรส ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองซึ่งรวมถึงพฤติกรรมเก็บรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของเกษก่อง สีหะวงษ์ (48) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.4 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา

งานวิจัยของกาญจนา และ ญัฐธากุล (49) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรี อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 93 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย รวมกับความสามารถในการอ่านเขียนบกพร่อง จะส่งผลต่อการมีความรู้และการรับรู้ข่าวสารในการดูแลสุขภาพ และการใช้ยา มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดีที่มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตัวเองดี สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาภรณ์ ทองฉนวน (43) พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่ระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ภาวะอันตรายทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลในทางที่ดีอธิบายได้ว่าเมื่อคนเผชิญหน้ากับปัญหาหรือประสบการณ์ใด ๆ คนก็จะพยายามแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ EunJu Lee และ Euna Park (46) พบว่าในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตัวเอง (self-care) ที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Papatya Karakurt (50) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรัฐแอร์ซินจัน (Erzincan State Hospital) ประเทศตุรกี จำนวน 750 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ พบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ต่างกันการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ก็จะต่างกัน

2.4.5 ปัจจัยด้านของอาชีพ

งานวิจัยของศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์โดยใช้ทฤษฎี Precede Framework กล่าวว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นวัยสูงอายุ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมเพาะปลูกผักสวนครัวบริเวณบ้าน และอีกส่วนหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพจึงสามารถมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (52) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ว่างงาน

2.4.6 ปัจจัยด้านความรู้โรคความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้จากการศึกษาของ อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (52) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดีซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้ทำให้เข้าถึงความรู้ใหม่ ๆ และแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาประกอบด้วย การรับประทานยาตรงเวลาทุกครั้ง การรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน การซื้อยามารับประทานเอง การอ่านฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทาน การรับประทานยาที่แพทย์จ่ายเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมาลี วังธนากรและคณะ (12) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การรับรู้ 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 แต่การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพฤติกรรมที่ทำการศึกษาประกอบด้วย การรับประทานยาเป็นประจำทุกชนิด รับประทานครบตามจำนวนเม็ด แจ้งแพทย์ หรือผู้ขายยาว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของอัศพร อ่วมสวัสดิ์ (53) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ จำนวน 168 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิต ต่อการใช้ยาลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 พฤติกรรมที่ทำการศึกษาประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการตรวจสอบยา ด้านการใช้ยาตามแพทย์สั่ง ด้านการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันอันตรายจากยา และด้านการเก็บรักษา ยา และสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมาภรณ์ ลาตุณ (42) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.2 ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ คือปัจจัยที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยแบ่งเป็น รายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในด้านรายได้งานการศึกษาของจุฑาภรณ์ ทองณวน (43) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน ระหว่าง 2,500 – 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งนับว่ามีรายได้ค่อนข้างน้อย ทำให้มีข้อจำกัดด้านการสรรหาอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ ไม่สามารถบริหารจัดการอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ 1,000 - 3,000 บาท ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากการมีรายได้ เป็นของตนเองจะทำให้แสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองสอดคล้อง

ในส่วนของการเข้าบริการสุขภาพการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระบบบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพเชิงรุกมีบริการตรวจสุขภาพและการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เป็นระบบ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีสอดคล้องกับการศึกษาของปฐญาภรณ์ ลาลุน และคณะ (42) พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4.3 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้สูงอายุอีกอย่างหนึ่งคือ ปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคม ได้แก่ ผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ในการศึกษาของศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) พบว่าปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี เนื่องจากได้รับการดูแลที่ดีจากบุคคลในครอบครัว ได้รับคำแนะนำ และกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปฐญาภรณ์ ลาลุน และคณะ (42) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายไว้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังจากครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของนางสาวโชติรส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (41) พบว่าปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม โดยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวตามลำดับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ EunJu Lee และ Euna Park (46) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตัวเอง (self-care) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) และนอกจากนี้ การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ Papatya Karakurt (50) พบว่าร้อยละ 57.9 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการลืม การอยู่คนเดียว และการไม่เอาใจใส่

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยกลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการใช้ยาในทางที่ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล การประคับประคอง และการให้กำลังใจ จากบุคคล

ในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี บุตร ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่างๆ เพื่อให้มีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ช่วยให้การตัดสินใจ แก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยคลายความวิตกกังวล มีความหวัง และกำลังใจ ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองในทางที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น การศึกษาด้านแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี คือ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะ กับกลุ่มผู้ดูแลหลักที่เป็นหรือไม่เป็นบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างไร ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

2.4.4 ปัจจัยอื่น ๆ

1) ปัจจัยของตัวยา

การศึกษาอิทธิพลของตัวยา ที่มีผลต่อประพฤติกกรรมการใช้ยาที่หลากหลาย เนื่องจากยามีทั้งประโยชน์ และโทษในการรักษาซึ่งเกิดจากผลข้างเคียงของยา และพบว่าการใช้ยาหลายชนิด การใช้ยาซับซ้อนมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาได้ โดยผลการวิจัยของจิตชนก ลิ้มวิสุข (47) พบว่าจำนวนชนิดยาที่ใช้ต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ด้านการบริหารยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายไว้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับสองชนิดมีการบริหารยาที่เหมาะสมสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ยาวันละ 3-4 ชนิดและผู้ป่วยที่ใช้ยาวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วังธนากร (12) กล่าวไว้ว่า ยิ่งจำนวนชนิดยา และเม็ดยาน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับประทานยา ไม่เป็นภาระในชีวิตประจำวัน หรือเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการรับประทานยา จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ

นอกจากนี้จำนวนมือก็มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา โดยการศึกษาของสุมาลี วังธนากร (12) กล่าวไว้ว่ายิ่งมียาที่ต้องรับประทานน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับประทานยา และพบว่าเนื่องจากจำนวนมือที่มากขึ้น ทำให้มีโอกาสนิมใช้ยาได้มากขึ้น (54) สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศอิตาลี (55) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวจำนวน 690 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยาน้อย 1 ชนิด ที่ต้องใช้วันละหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการใช้ยาเช่นกัน เนื่องจากในการศึกษาของ Yeon-Hwan Park เรื่องการทํานายปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของ

ผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 241 คน จากศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุ (community senior center) เครื่องมือที่ใช้คือการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม พบว่าในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยา จะมีระยะเวลาในการวินิจฉัย และระยะเวลาในการใช้ยาสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (56)

ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับยาทั้งจำนวนยาที่ต้องบริหารต่อมือ จำนวนมือ และระยะเวลาในการใช้ยา จึงมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยหากจำนวนยามากขึ้น จำนวนมือที่รับประทานมากขึ้น หรือระยะเวลาในการใช้ยานานมากขึ้นจะมีผลลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา

2.5 กรอบแนวคิดของการศึกษา

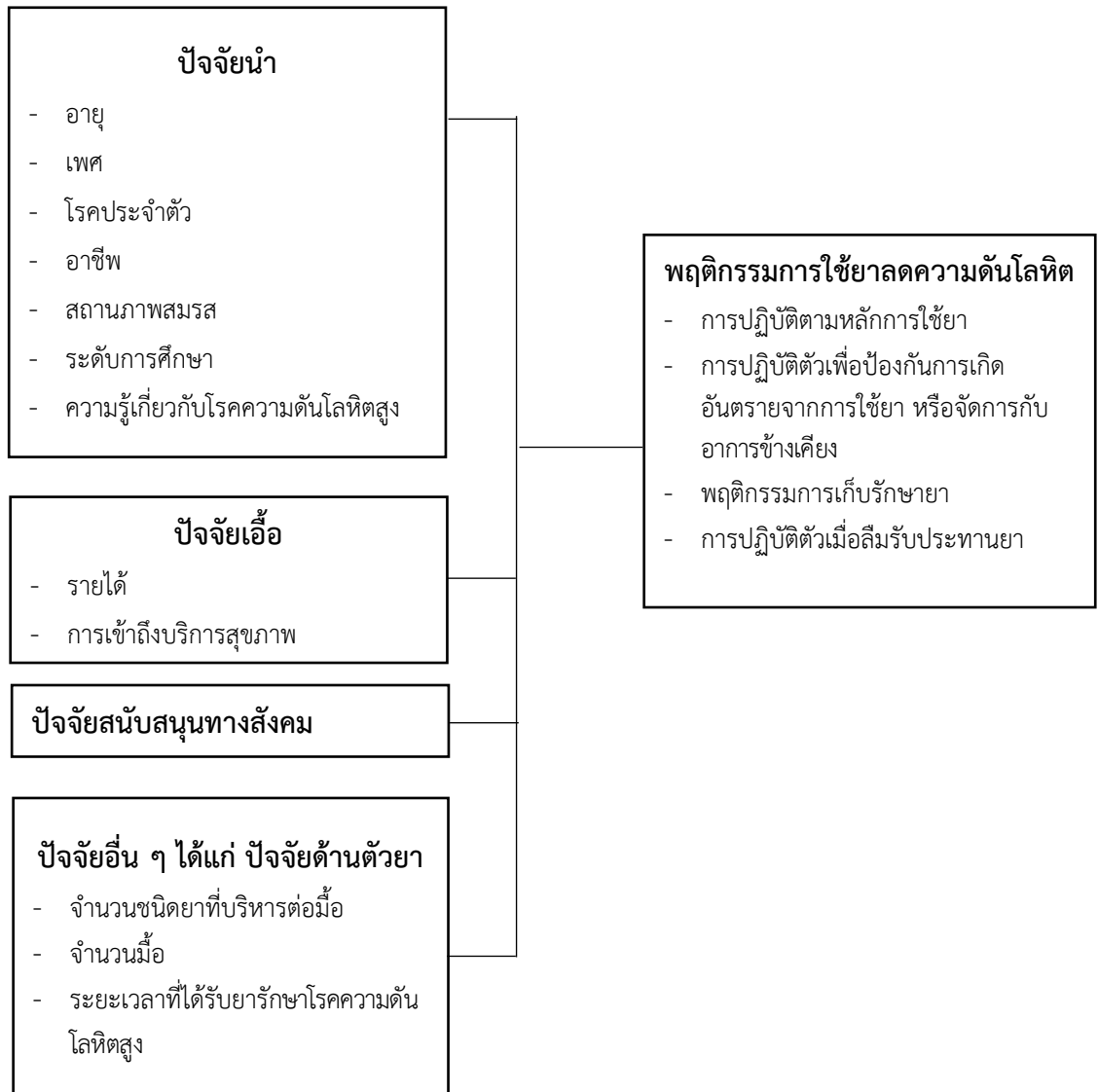
การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ได้กำหนดตัวแปรและกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

2.5.1 ตัวแปรอิสระ (independent variables) ประกอบด้วย ปัจจัยนำคือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยเอื้อตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ รายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยอื่น ๆ ตัวแปรที่นำมาพิจารณาได้แก่ จำนวนชนิดยาที่บริหารต่อมือ จำนวนมือ และระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

2.5.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือจัดการกับอาการข้างเคียง พฤติกรรมการเก็บรักษายา และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยา

ตัวแปรอิสระ (independent Variables)

ตัวแปรตาม (dependent Variables)



บทที่ 3

วิธีดำเนินการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้ทำการสำรวจเบื้องต้น (preliminary survey) ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 คน จากประชากรที่เป็นบุคลากรในคณะทั้งหมด 708 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่เป็นผู้สูงอายุจำนวน 212 คน โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) จำนวน 49 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ดูแลหลักไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) จำนวน 163 คน ดังรายละเอียดแสดงในภาคผนวกที่ 1 จากนั้นได้ทำการเทียบสัดส่วนประชากรด้วยวิธีบัญญัติไตรยางค์เพื่อคำนวณประมาณการหาจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง ได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุมีจำนวน 435 คน โดยแบ่งประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่ม MD จำนวน 101 คน และกลุ่ม non-MD จำนวน 334 คน

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกจากผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต
- 3) เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

3.1.3 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 262 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม MD 80 คน และกลุ่ม non - MD 182 คน กลุ่ม MD คือกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักประกอบอาชีพ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข ถ้าผู้ดูแลหลักประกอบอาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้จะจัดอยู่ในกลุ่ม non-MD

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็นทั้งหมด 3 ส่วน ดังแสดงในภาคผนวกที่ 2 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของนิรันดร์ สุวรรณ (57) ประกอบด้วย ชื่อ เพศ วันเกิด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน อาชีพก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานต่อวัน โรคประจำตัวอื่น ๆ การจัดยารับประทานในแต่ละมือ ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย อาชีพผู้ดูแล ข้อมูลของผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงจากแบบสอบถามของกุสุมา กังหลี (58) โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา จำนวน 9 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-6 และคำถามทางลบ ได้แก่ข้อ 7 – 8 การให้คะแนนแต่ละคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ปฏิบัติประจำ	5 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลความหมายของพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ใช้เกณฑ์ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา
เหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้
ยาเหมาะสมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา
เหมาะสมน้อย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือ
จัดการกับอาการข้างเคียง จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 9, 10
และคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 5, 6, 7, 8 คะแนนแต่ละคำถามแบ่งเป็นมาตรา
ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน
ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	0 คะแนน	0 คะแนน

การแปลความหมายของพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายที่เกิด
จากการใช้ยา ใช้เกณฑ์ ดังนี้

คะแนนรวม 6.68 -10.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเหมาะสมมาก

คะแนนรวม 3.34 – 6.67 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
อันตรายที่เกิดจากการใช้ยาเหมาะสมปานกลาง

คะแนนรวม 0 – 3.33 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย
ที่เกิดจากการใช้ยาเหมาะสมน้อย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา จำนวน 7 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 5 ข้อ
ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 6, 7 และคำถามทางลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4 คะแนนแต่ละคำถามแบ่งเป็น
มาตราส่วน ประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน
ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	0 คะแนน	0 คะแนน

การแปลความหมายของพฤติกรรมการเก็บรักษายา ใช้เกณฑ์ ดังนี้

คะแนนรวม 4.68 – 7.00 หมายถึง พฤติกรรมการเก็บรักษาเหมาะสมมาก

คะแนนรวม 2.34 – 4.67 หมายถึง พฤติกรรมการเก็บรักษาเหมาะสมปานกลาง

คะแนนรวม 0 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการเก็บรักษาเหมาะสมน้อย

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา จำนวน 3 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3 และคำถามทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 คะแนนแต่ละคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	0 คะแนน	1 คะแนน

การแปลความหมายของการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา ใช้เกณฑ์ ดังนี้

คะแนนรวม 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา เหมาะสมมาก

คะแนนรวม 1.01 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา เหมาะสมปานกลาง

คะแนนรวม 0 – 1.00 หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา เหมาะสมน้อย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงคำถามมาจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของพิมพ์ธิดา บุญวงศ์ และเสาวนันท บำเรอราช (59) จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้ด้านความหมาย จำนวน 2 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 และคำถามทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 ด้านอาการ จำนวน 8 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 7 และคำถามทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 2 – 4, 6, 8 และด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ข้อ โดยเป็นคำถามทางบวก 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3 และคำถามทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน
ไม่ทราบ	0 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้เกณฑ์ดังนี้
คะแนนรวม 10.40 - 13 คะแนน (ร้อยละขึ้นไป 80) หมายถึง มีความรู้
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง

คะแนนรวม 7.80 - 10.39 (ร้อยละ 60-79.99) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับ
โรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง

คะแนนรวม 0 - 7.79 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรค
ความดันโลหิตสูงระดับต่ำ

ตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ คือความสามารถในการเข้าถึง หรือการไปรับบริการสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงคำถามมาจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการ
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของดาไลมา สำแดงสาร (60) จำนวน 8 ข้อ โดยเป็น
คำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 และคำถามทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 6-8 การให้
คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถาม
การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของดาไลมา สำแดงสาร (60) จำนวน
7 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลความหมายของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เกณฑ์ดังนี้
 คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
 คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ
 ปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะ
 เกษศาสตรมหาวิททยาลัยบูรพา ตามประกาศการทำจุลินทรีย์ระดับในหลักสูตรเกษตรศาสตรบัณฑิต
 คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปี 2563 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเพื่อชี้แจง
 วัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงนามคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (informed consent) โดยการ
 เข้าร่วมในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัว
 จากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ และนำมาใช้เพื่อประกอบการศึกษาใน
 รายวิชาเท่านั้น และเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงแนวทางป้องกันพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
 ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์
 ใช้ในการวางแผนและดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 ความเที่ยงตรงของเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาโรค
 ความดันโลหิตสูง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมของ
 ภาษาที่ใช้ รวมทั้งความครอบคลุมของคำถามตามวัตถุประสงค์ โดยการหาค่าดัชนีความเหมาะสม
 ระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา (index of item objective congruence : IOC)
 พบว่าในทุกข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.5 และ คำนวณ Content Validity Index (CVI) ได้เท่ากับ
 0.97 ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถาม
 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

3.4.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ภายหลังจากการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของ
 ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดัน
 โลหิตสูง และแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง มาตรวจสอบความเชื่อมั่น
 (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณ
 แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.728 ซึ่งอยู่ในระดับยอมรับได้
 (acceptable) (61)

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

3.5.1 ผู้วิจัยสร้างแบบสำรวจเบื้องต้น และดำเนินการส่งแบบสำรวจออนไลน์ (google form) ให้แก่บุคลากรในคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อศึกษาจำนวนประชากรตัวอย่าง

3.5.2 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม เพื่อนำไปใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3.5.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามและคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาผ่านทางออนไลน์ (google form) โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านการปรับปรุงแก้ไข และวัดความเชื่อมั่นแล้ว

3.5.4 เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และความถูกต้องข้อมูลอีกครั้งจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 เปรียบเทียบความต่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ chi-square สำหรับข้อมูลประเภทนามบัญญัติ (nominal scale) ได้แก่ เพศ การจัดยา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ หรือข้อมูลประเภทดับอันดับ (ordinal scale) ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ และใช้สถิติ independent t-test สำหรับข้อมูล ประเภทอัตราส่วน (ratio scale) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง จำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานต่อวัน จำนวนโรคประจำตัวอื่น ๆ

3.6.3 เปรียบเทียบความต่างพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ซึ่งเป็นตัวแปรระดับช่วง (interval scale) ใช้สถิติ independent t-test ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง พฤติกรรมการเก็บรักษายา และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยาซึ่งเป็นตัวแปรระดับอันดับ (ordinal scale) ใช้สถิติ chi-square

3.6.4 เปรียบเทียบความต่างปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดย ปัจจัยด้านความรู้ ซึ่งเป็นตัวแปรระดับอันดับ (ordinal scale) ใช้สถิติ chi-square ส่วนปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นตัวแปรระดับช่วง (interval scale) ใช้สถิติ independent t-test

3.6.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ ANOVA test เมื่อปัจจัยที่ศึกษาเป็นตัวแปรนามบัญญัติ (nominal scale) หรือตัวแปรระดับอันดับ (ordinal scale) และ ใช้สถิติ Pearson's Correlation เมื่อปัจจัยที่ศึกษาเป็นตัวแปรระดับช่วง (interval scale) หรือตัวแปรระดับอัตราส่วน (ratio scale)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) จำนวน 80 คน และไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) จำนวน 173 คน รวมทั้งหมด 253 คน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงมกราคม พ.ศ.2564 จำนวน 253 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายและอภิปราย โดยแบ่งออกเป็น ส่วน ดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรค

ความดันโลหิตสูง

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยแบ่งเป็นกลุ่ม MD และกลุ่ม non - MD ดังแสดงในตารางที่ 6 พบว่าทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.30 และ 65.30) โดยมีอายุเฉลี่ยช่วง 72-73 ปี เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่ากลุ่ม MD มีผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 47.50) และกลุ่ม non - MD ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.66) ($P=0.945$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.80 และ 62.40 ตามลำดับ) ($p=0.402$) ด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่ม MD ส่วนใหญ่มีระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.00) และกลุ่ม non - MD ส่วนใหญ่มีระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป (ร้อยละ 51.40) สำหรับการประกอบอาชีพของทั้งสองกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 45.00 และ 54.90) ($P=0.532$) ในส่วนของรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วงมากกว่า 25,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 81.31 และ 79.20) ($P=0.503$) รายได้ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 38.80 และ 37.60) ($P=0.531$) และด้านสิทธิการรักษาในกลุ่ม MD ส่วนใหญ่คือสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 55.00) และ กลุ่ม non-MD ส่วนใหญ่คือสิทธิอื่นๆ (ร้อยละ 58.40) ($P=0.197$)

สำหรับด้านการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 0 - 10 ปี (ร้อยละ 56.25 และ 61.27) ($P=0.031$) ในส่วนระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วง 0-10 ปี (ร้อยละ 57.50 และ 63.58) ($P=0.091$) ในส่วนจำนวนเม็ดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มรับประทาน 1 เม็ด/วัน (ร้อยละ 45.00 และ 49.71) ($P=0.948$) และพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 โรค คือโรคไขมันในเลือดสูง

โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ และสำหรับด้านการผู้ดูแลส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยเป็นผู้จัดยารับประทานเอง (ร้อยละ 70.00 และ 72.30) ($P=0.72$) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหรือ ธิดา รองลงมาคือหลานและสามี กระจายตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. เพศ			
ชาย	27 (33.80)	60 (34.70)	0.885
หญิง	53 (66.30)	113 (65.30)	
2. อายุ (ปี)			
60 - 69	27 (33.75)	79 (45.66)	0.945
70 - 79	38 (47.5)	46 (26.59)	
80 ขึ้นไป	15 (18.75)	48 (27.75)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	72.53 ± 8.039	72.45 ± 9.358	
3. สถานภาพสมรส			
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	21 (26.30)	65 (37.60)	0.077
คู่	59 (73.80)	108 (62.40)	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			
ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา	44 (55.00)	84 (48.60)	0.340
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป	36 (45.00)	89 (51.40)	
5. อาชีพปัจจุบัน			
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	14(17.50)	23(13.30)	0.328
ไม่ได้รับข้าราชการ	30 (37.50)	55 (31.8)	
ไม่ได้ทำงาน	36 (45.00)	95 (54.90)	
6. รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท	15 (18.8)	36 (20.8)	0.704
มากกว่า 25,000 บาท	65 (81.30)	137 (79.20)	
7. รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)			
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 20,000 บาท	49 (61.30)	108 (62.40)	0.858
มากกว่า 20,000 บาท	31 (38.80)	65 (37.60)	
8.สิทธิการรักษา			
สิทธิข้าราชการ	45 (56.30)	72 (41.60)	0.030*
สิทธิอื่น ๆ	35 (43.80)	101 (58.40)	

ข้อมูลทั่วไป (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
9. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)			
0-10 ปี	45 (56.25)	106 (61.27)	0.031*
มากกว่า 10 ปี	35 (43.75)	67 (38.73)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.77 $\pm$ 6.844	11.92 $\pm$ 8.090	
10. ระยะเวลาที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)			
0-10 ปี	46 (57.50)	110 (63.58)	0.091
มากกว่า 10 ปี	34 (42.50)	63 (36.42)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.66 $\pm$ 6.854	12.35 $\pm$ 13.344	
11. จำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทาน/วัน			
1 เม็ด/วัน	36 (45)	86 (49.71)	0.948
2 เม็ด/วัน	17 (21.25)	47 (27.17)	
3 เม็ด/วัน	12 (15)	17 (9.83)	
4-6 เม็ด/วัน	15 (18.75)	16 (9.25)	
มากกว่า 7 เม็ด /วัน	0 (0.00)	7 (4.04)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.08 $\pm$ 2.072	2.06 $\pm$ 1.421	
12. จำนวนโรคประจำตัวอื่น			
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	13 (16.25)	33 (19.08)	0.207
1 โรค	33 (41.25)	79 (45.66)	
2 โรค	25 (31.25)	39 (22.54)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค	9 (11.25)	22 (12.72)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.25 $\pm$ 0.961	1.43 $\pm$ 1.074	
13. โรคประจำตัวอื่น			
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	13 (16.25)	33 (19.07)	ไม่ได้วิเคราะห์ ข้อมูล
โรคเบาหวาน	34 (42.5)	60 (34.68)	
ไขมันในเลือดสูง	44 (55)	94 (54.33)	
โรคไต	11 (13.75)	18 (10.40)	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	17 (21.25)	33 (19.07)	
อื่น ๆ	9 (11.25)	26 (15.02)	
14. ผู้ที่จัดยา			
ผู้ดูแล	24 (30.00)	48 (27.70)	0.72
ผู้ป่วย	56 (70.00)	125 (72.30)	

ข้อมูลทั่วไป (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
15. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย			
ไม่มีผู้ดูแล	3 (3.75)	10 (5.78)	ไม่ได้วิเคราะห์ ข้อมูล
บุตร หรือ ธิดา	59 (73.75)	72 (41.62)	
หลาน	28 (35)	46 (26.59)	
สามี ภรรยา	5 (6.25)	25 (14.45)	
พี่น้อง	0 (0.00)	2 (1.16)	
อื่นๆ	3 (3.75)	2 (1.16)	

*, $P < 0.05$; Chi square

4.2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่ม MD และกลุ่ม non - MD พบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยา โดยคำนวณเป็นค่าคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยพบว่า

พฤติกรรมการอ่านฉลากยาที่ได้รับพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีการอ่านชื่อยาก่อนรับประทาน (3.78 ± 1.50 และ 3.83 ± 1.41 , $P=0.773$) การอ่านขนาดยาที่ใช้ก่อนรับประทาน (3.66 ± 1.50 และ 3.57 ± 1.41 , $P=0.643$) การอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทาน (3.79 ± 1.38 และ 3.58 ± 1.36 , $P=0.259$) การอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน (3.96 ± 1.31 และ 3.83 ± 1.35 , $P=0.471$) ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมการอ่านฉลากยาของ 2 กลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการรับประทานยาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีการรับประทานยาครบถ้วนที่แพทย์สั่ง (4.73 ± 0.64 และ 4.73 ± 0.70 , $P=0.971$) การรับประทานยาตรงเวลา (4.45 ± 0.81 และ 4.36 ± 0.81 , $P=0.433$) การไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน (4.73 ± 0.82 และ 4.76 ± 0.77 , $P=0.764$) การไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน (4.73 ± 0.83 และ 4.75 ± 0.69 , $P=0.791$) การไม่ลืมรับประทานยา (3.95 ± 1.21 และ 4.05 ± 0.95 , $P=0.507$) ซึ่งแสดงว่าพฤติกรรมการรับประทานยาของ 2 กลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาของทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คะแนนพฤติกรรมของพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่ม พบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาที่เหมาะสมมาก โดยมีคะแนนกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD เท่ากับ 4.20 ± 0.71 และ 4.16 ± 0.634 ตามลำดับ, $P=0.518$ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

พฤติกรรมกาปฏิบัติ ตามหลักการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ท่านรับประทานยาตามครบกั้ววันที่แพทย์สั่ง			
ไม่เคยปฏิบัติ	0 (0)	3 (1.7)	0.971
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	2 (2.5)	1 (0.6)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	2 (2.5)	3 (1.7)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	12 (15.0)	26 (15.0)	
ประจำทุกวัน	64 (80.0)	140 (80.9)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.73 ± 0.636	4.73 ± 0.691	
2. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านชื่อยาก่อนรับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	8 (10.0)	22 (12.7)	0.773
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	14 (17.5)	10 (5.8)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	10 (12.5)	25 (14.5)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	4 (5.0)	34 (19.7)	
ประจำทุกวัน	44 (55.0)	82 (47.4)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.78 ± 1.501	3.83 ± 1.407	
3. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านขนาดยาที่ใช้ก่อนรับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	10 (12.5)	24 (13.9)	0.643
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	13 (16.3)	14 (8.1)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	8 (10.0)	37 (21.4)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	12 (15.0)	35 (20.2)	
ประจำทุกวัน	37 (46.3)	63 (36.4)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน:	3.66 ± 1.501	3.57 ± 1.407	
4. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	5 (6.3)	19 (11.0)	0.259
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	15 (18.8)	21 (12.1)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	11 (13.8)	35 (20.2)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	10 (12.5)	37 (21.4)	
ประจำทุกวัน	39 (48.8)	61 (35.3)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.79 ± 1.384	3.58 ± 1.364	

พฤติกรรมการปฏิบัติ ตามหลักการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	3 (3.8)	18 (10.4)	0.471
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	14 (17.5)	13 (7.5)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	9 (11.3)	26 (15.0)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	11 (13.8)	39 (22.5)	
ประจำทุกวัน	43 (53.8)	77 (44.5)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.96 $\pm$ 1.307	3.83 $\pm$ 1.347	
6. ท่านรับประทานยาตรงเวลา			
ไม่เคยปฏิบัติ	0 (0)	1 (0.6)	0.433
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	3 (3.8)	3 (1.7)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	7 (8.8)	21 (12.1)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	21 (26.3)	55 (31.8)	
ประจำทุกวัน	49 (61.3)	93 (53.8)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.45 $\pm$ 0.810	4.36 $\pm$ 0.807	
7. ท่านนำยาของผู้อื่นมารับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	68 (85.0)	152 (87.9)	0.764
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	8 (10.0)	11 (6.4)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	1 (1.3)	3 (1.7)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	0 (0)	3 (1.7)	
ประจำทุกวัน	3 (3.8)	4 (2.3)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.73 $\pm$ 0.826	4.76 $\pm$ 0.777	
8. ท่านนำยาของท่านแบ่งให้ผู้อื่นรับประทาน			
ไม่เคยปฏิบัติ	68 (85.0)	148 (85.5)	0.791
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	8 (10.0)	13 (7.5)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	1 (1.3)	7 (4.0)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	0 (0)	4 (2.3)	
ประจำทุกวัน	3 (3.8)	1 (0.6)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.73 $\pm$ 0.826	4.75 $\pm$ 0.692	

พฤติกรรมการปฏิบัติ ตามหลักการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
9. ท่านเคยลิ้มรับประทานยา			
ไม่เคยปฏิบัติ	32 (40.0)	60 (34.7)	0.507
นานๆครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	30 (37.5)	80 (46.2)	
บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	6 (7.5)	19 (11.0)	
บ่อย 5-6 วัน/สัปดาห์	6 (7.5)	10 (5.8)	
ประจำทุกวัน	6 (7.5)	4 (2.3)	
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.95 ± 1.211	4.05 ± 0.948	

* p < 0.05; independent T-test

ตารางที่ 6 แปลผลพฤติกรรมกาปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

พฤติกรรมกาใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เหมาะสมน้อย	0 (0)	1 (0.6)	0.518
เหมาะสมปานกลาง	24 (30.0)	43 (24.9)	
เหมาะสมมาก	56 (70.0)	129 (74.6)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.20 $\pm$ 0.705	4.16 $\pm$ 0.634	

4.2.2 พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD พบว่ามีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง ดังแสดงในตารางที่ 7 โดยพบว่า

มีการสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา (ร้อยละ 83.8 และ 61.8, P=0.772) ไม่มีการซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง (ร้อยละ 83.8 และ 80.9, P=0.59) มีการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง (ร้อยละ 37.50 และ 52.00, P=0.031) มีการแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น (ร้อยละ 82.50 และ 81.50, P=0.850) ไม่ได้มีการปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น (ร้อยละ 86.30 และ 86.70, P=0.921) ไม่ได้มีการปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 80.00 และ 84.40, P=0.387) ไม่ได้มีการหยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น (ร้อยละ 81.30 และ 85.50,

P=0.383) ไม่ได้มีการหยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง (ร้อยละ 63.70 และ 65.30, P=0.808) ไม่เคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 76.30 และ 65.90, P=0.097) และไม่เคยใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 78.80 และ 79.20, P=0.936)

โดยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง พบว่ากลุ่ม MD มีการปฏิบัติพฤติกรรมการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งน้อยกว่า non - MD โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.031) โดยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก (ร้อยละ 51.2 และ 52.0 ตามลำดับ) และพฤติกรรมมีคะแนนที่เหมาะสมปานกลาง (6.24 ± 1.75 และ 6.53 ± 1.72 ตามลำดับ, P=0.709) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา			
ใช่	67 (83.8)	107 (61.8)	0.772
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	13 (16.3)	66 (38.2)	
2. ท่านเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	13 (16.3)	33 (19.1)	0.588
ไม่ใช่	67 (83.8)	140 (80.9)	
3. ท่านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง			
ใช่	30 (37.5)	90 (52.0)	0.031*
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	50 (62.5)	83 (48.0)	
4. ท่านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น			
ใช่	66 (82.5)	141 (81.5)	0.848
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	14 (17.5)	32 (18.5)	
5. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	11 (13.8)	23 (13.3)	0.921
ไม่ใช่	69 (86.3)	150 (86.7)	
6. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	16 (20.0)	27 (15.6)	0.387
ไม่ใช่	64 (80.0)	146 (84.4)	

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
7. ท่านหยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกรู้ว่าอาการของโรคดีขึ้น			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	15 (18.8)	25 (14.5)	0.383
ไม่ใช่	65 (81.3)	148 (85.5)	
8. ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	29 (36.3)	60 (34.7)	0.808
ไม่ใช่	51 (63.7)	113 (65.3)	
9. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ			
ใช่	19 (23.8)	59 (34.1)	0.097
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	61 (76.3)	114 (65.9)	
10. ท่านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่งหรือไม่			
ใช่	17 (21.3)	36 (20.8)	0.936
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	63 (78.8)	137 (79.2)	

*, $p < 0.05$; Chi square

ตารางที่ 8 แปลผลพฤติกรรมกรปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เหมาะสมน้อย	5 (6.3)	7 (4.0)	0.709
เหมาะสมปานกลาง	34 (42.5)	76 (43.9)	
เหมาะสมมาก	41 (51.2)	90 (52.0)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.24 $\pm$ 1.752	6.53 $\pm$ 1.717	

4.2.3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD พบว่ามีพฤติกรรมการเก็บรักษาสดังแสดงในตารางที่ 9

มีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยา (ร้อยละ 73.80 และ 57.80, $P=0.015$) มีสังเกตวันหมดอายุของยา (ร้อยละ 65.00 และ 56.60, $P=0.209$) ไม่มีแบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับ (ร้อยละ 65.0 และ 75.7, $P=0.076$) ไม่มีการแกะยาจากซองและเก็บรวมกับยาชนิดอื่น (ร้อยละ 77.5 และ 83.3, $P=0.226$) มีการเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่าง (ร้อยละ 91.30 และ 84.40, $P=0.137$) มีการเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น (ร้อยละ 92.50 และ 88.40, $P=0.323$) มีการเก็บยาพ้นจากมือเด็ก (ร้อยละ 87.50 และ 90.80, $P=0.428$) ดังแสดงในตารางที่ 9

โดยพฤติกรรมการการเก็บรักษาของกลุ่ม MD มีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยามากกว่ากลุ่ม non-MD ($P=0.015$) และพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมเหมาะสมมาก (5.53 ± 1.42 และ 5.38 ± 1.59 ตามลำดับ, $P=0.384$) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 9 พฤติกรรมการเก็บรักษายา

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ท่านสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยา			
ใช่	59 (73.8)	100 (57.8)	0.015*
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	21 (26.3)	73 (42.2)	
2. ท่านสังเกตวันหมดอายุของยา			
ใช่	52 (65.0)	98 (56.6)	0.209
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	28 (35.0)	75 (43.4)	
3. ท่านแบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับ			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	28 (35.0)	42 (24.3)	0.076
ไม่ใช่	52 (65.0)	131 (75.7)	
4. ท่านแกะยาจากซองและเก็บรวมกับยาชนิดอื่น			
ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	18 (22.5)	28 (16.2)	0.226
ไม่ใช่	62 (77.5)	145 (83.8)	
5. ท่านเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่าง			
ใช่	73 (91.3)	146 (84.4)	0.137
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	7 (8.8)	27 (15.6)	

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
6. ท่านเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น			
ใช่	74 (92.5)	153 (88.4)	0.323
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	6 (7.5)	20 (11.6)	
7. ท่านเก็บยาพ้นจากมือเด็ก			
ใช่	70 (87.5)	157 (90.8)	0.428
ไม่ใช่/ไม่สามารถให้ข้อมูลได้	10 (12.5)	16 (9.2)	

*, $p < 0.05$; Chi square

ตารางที่ 10 แปลผลพฤติกรรมเก็บรักษายา

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เหมาะสมน้อย	3 (3.80)	13 (7.50)	0.384
เหมาะสมปานกลาง	11 (13.80)	20 (11.60)	
เหมาะสมมาก	66 (82.50)	140 (80.90)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.53 $\pm$ 1.42	5.38 $\pm$ 1.59	

4.2.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาทั้งสองกลุ่มคือ MD และ non – MD พบว่ามีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาดังนี้ ดังแสดงในตารางที่ 11

มีการรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลิ้มรับประทานยา (ร้อยละ 50.00 และ 61.30, $P=0.092$) ไม่มีการรับประทานยาทั้งสองมือในครั้งเดียวเมื่อลิ้มรับประทานยา (ร้อยละ 92.50 และ 91.30, $P=0.754$) มีการรับประทานยารวบมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อถัดไป (ร้อยละ 16.30 และ 13.30, $P=0.532$)

โดยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาของทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 11

จากการแปลผลพฤติกรรมของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาของ ทั้งสองกลุ่มพบว่า มีพฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ที่ระดับคะแนน 1.59 ± 0.61 และ 1.66 ± 0.60 ตามลำดับ $P=0.384$ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 11 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non – MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ท่านรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลิ้มรับประทานยา			
เคยปฏิบัติ	40 (50.00)	106 (61.30)	0.092
ไม่เคยปฏิบัติ	40 (50.00)	67 (38.70)	
2. ท่านรับประทานยาทั้งสองมือในครั้งเดียวเมื่อลิ้มรับประทานยา			
เคยปฏิบัติ	6 (7.50)	15 (8.70)	0.754
ไม่เคยปฏิบัติ	74 (92.50)	158 (91.30)	
3. ท่านรับประทานยารวมมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อถัดไป			
เคยปฏิบัติ	13 (16.30)	23 (13.30)	0.532
ไม่เคยปฏิบัติ	67 (83.80)	150 (86.70)	

*, $p < 0.05$; Chi square

ตารางที่ 12 แปลผลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

พฤติกรรมการใช้ยา (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non – MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เหมาะสมน้อย	5 (6.30)	12 (6.90)	0.384
เหมาะสมปานกลาง	37 (46.30)	90 (52.00)	
เหมาะสมมาก	38 (47.50)	71 (41.00)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.59 ± 0.610	1.66 ± 0.605	

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.3.1 ปัจจัยด้านความรู้

จากการศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD โดยการคำนวณเป็นค่าคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 13 โดยพบว่า

1) ด้านความหมาย

การทราบว่าความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท (ร้อยละ 75 และ 77.5, คะแนนเฉลี่ย 0.75 ± 0.44 และ 0.77 ± 0.42 , $P=0.667$) ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคเรื้อรังรักษาให้หายขาดได้ (ร้อยละ 68.8 และ 68.8, คะแนนเฉลี่ย 0.69 ± 0.46 และ 0.69 ± 0.46 , $P=0.995$)

2) ด้านอาการ

ทราบว่าผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงของโรค (ร้อยละ 47.50 และ 52.00, คะแนนเฉลี่ย 0.48 ± 0.50 และ 0.52 ± 0.50 , $P=0.503$) ทราบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการปวดศีรษะ และปวดท้ายทอยในเวลากลางคืน (ร้อยละ 22.50 และ 22.00, คะแนนเฉลี่ย 0.23 ± 0.42 และ 0.22 ± 0.41 , $P=0.924$) ทราบเป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง (ร้อยละ 76.30 และ 72.30, คะแนนเฉลี่ย 0.76 ± 0.43 และ 0.72 ± 0.45 , $P=0.503$) ทราบว่าถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงสู่ในระดับปกติ ก็จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด (ร้อยละ 90.00 และ 79.20, คะแนนเฉลี่ย 0.93 ± 0.26 และ 0.88 ± 0.32 , $P=0.035$) ทราบว่าการลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิต เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 80.00 และ 67.60, คะแนนเฉลี่ย 0.87 ± 0.33 และ 0.91 ± 0.29 , $P=0.043$) ทราบว่าเมื่อความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองได้ (ร้อยละ 88.80 และ 79.20, คะแนนเฉลี่ย 0.90 ± 0.30 และ 0.79 ± 0.40 , $P=0.064$) ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร้ายแรง มีอันตรายต่อชีวิต (ร้อยละ 87.50 และ 75.70, คะแนนเฉลี่ย 0.80 ± 0.40 และ 0.68 ± 0.47 , $P=0.031$) ทราบว่าถ้ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต ต้องรีบไปพบแพทย์ (ร้อยละ 92.50 และ 85.00, คะแนนเฉลี่ย 0.92 ± 0.26 และ 0.85 ± 0.36 , $P=0.094$)

3) ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ทราบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การบริโภคโซเดียม เช่น เกลือ ผงชูรส ในปริมาณสูงไม่ได้ช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.00 และ 71.70, คะแนนเฉลี่ย 0.80 ± 0.40 และ 0.72 ± 0.45 , $P=0.159$) ทราบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายได้ (ร้อยละ 75.00 และ 78.60, คะแนนเฉลี่ย 0.75 ± 0.44 และ 0.79 ± 0.41 , $P=0.522$) และทราบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อภาวะจอประสาทตาเสื่อมได้ (ร้อยละ 60.0 และ 59.5, คะแนนเฉลี่ย 0.60 ± 0.49 และ 0.60 ± 0.49 , $P=0.944$)

โดยปัจจัยด้านความรู้ของทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการทราบว่าถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงสู่ในระดับปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด, การทราบว่า การลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย, การทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ร้ายแรง ไม่มีอันตรายต่อชีวิต ซึ่งกลุ่ม MD ทราบถึงปัจจัยเหล่านี้มากกว่ากลุ่ม non - MD โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลปัจจัยของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง ที่ระดับคะแนน 9.44 ± 2.40 และ 8.89 ± 2.90 ตามลำดับ, $P=0.611$ ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านความรู้ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non – MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ด้านความหมาย			
1. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท			
ใช่	60 (75.0)	134 (77.5)	0.667
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	20 (25.0)	39 (22.5)	
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาให้หายขาดได้ ¹			
ใช่/ไม่ทราบ	25 (31.3)	54 (31.2)	0.995
ไม่ใช่	55 (68.8)	119 (68.8)	
ด้านอาการ			
3. ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงของโรค			
ใช่	38 (47.5)	90 (52.0)	0.503
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	42 (52.5)	83 (48.0)	

ปัจจัยด้านความรู้ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non – MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักมีอาการปวดศีรษะ และปวดท้ายทอยในเวลากลางคืน			
ใช่/ไม่ทราบ	62 (77.5)	135 (78.0)	0.924
ไม่ใช่	18 (22.5)	38 (22.0)	
5. ท่านรู้เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของท่านหรือไม่			
ใช่	61 (76.3)	125 (72.3)	0.503
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	19 (23.8)	48 (27.7)	
6. ถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงสู่ในระดับปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด			
ใช่/ไม่ทราบ	8 (10.0)	36 (20.8)	0.035*
ไม่ใช่	72 (90.0)	137 (79.2)	
7. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย			
ใช่/ไม่ทราบ	16 (20.0)	56 (32.4)	0.043*
ไม่ใช่	64 (80.0)	117 (67.6)	
8. เมื่อความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติแล้ว ผู้ป่วยสามารถหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองได้			
ใช่/ไม่ทราบ	9 (11.3)	36 (20.8)	0.064
ไม่ใช่	71 (88.8)	137 (79.2)	
9. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ร้ายแรง ไม่มีอันตรายต่อชีวิต			
ใช่/ไม่ทราบ	10 (12.5)	42 (24.3)	0.031*
ไม่ใช่	70 (87.5)	131 (75.7)	
10. ถ้ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต ต้องรีบไปพบแพทย์			
ใช่	74 (92.5)	147 (85.0)	0.094
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	6 (7.5)	26 (15.0)	
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
11. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การบริโภคโซเดียม เช่น เกลือ ผงชูรส ในปริมาณสูงจะช่วย ป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง			
ใช่/ไม่ทราบ	16 (20.0)	49 (28.3)	0.159
ไม่ใช่	64 (80.0)	124 (71.7)	
12. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายได้			
ใช่	60 (75.0)	136 (78.6)	0.522
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	20 (25.0)	37 (21.4)	
13. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อภาวะจอประสาทตาเสื่อมได้			
ใช่	48 (60.0)	103 (59.5)	0.944
ไม่ใช่/ไม่ทราบ	32 (40.0)	70 (40.5)	

*, p < 0.05; Chi square

ตารางที่ 14 แปลผลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยด้านความรู้ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	17 (21.30)	41 (23.70)	0.611
ระดับปานกลาง	34 (42.50)	74 (42.80)	
ระดับสูง	29 (36.30)	58 (33.50)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.44 $\pm$ 2.402	8.89 $\pm$ 2.902	

4.3.2 ปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพ

จากการศึกษาปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD โดยการคำนวณเป็นค่าคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 15 โดยพบว่า

มีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ (4.38 ± 0.75 และ 3.98 ± 0.92 , $P=0.001$) มีการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ (4.05 ± 0.88 และ 3.80 ± 0.87 , $P=0.035$) มีการได้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองจากจากบุคลากรทางการแพทย์ (4.18 ± 0.77 และ 3.97 ± 0.82 , $P=0.057$) มีความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพที่ท่านทำการรักษา (3.96 ± 1.31 และ 3.83 ± 1.34 , $P=0.307$) มีความพึงพอใจต่อขั้นตอนในการรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ (4.03 ± 0.84 และ 3.91 ± 0.79 , $P=0.173$) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ (2.53 ± 1.25 และ 2.59 ± 1.01 , $P=0.686$) มีค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (2.56 ± 1.29 และ 2.75 ± 1.18 , $P=0.268$) และมีระยะเวลาในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ (2.55 ± 1.11 และ 2.80 ± 1.08 , $P=0.086$)

โดยปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพของทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลุ่ม MD มีการเข้าถึงมากกว่ากลุ่ม non - MD โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลปัจจัยของปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่มพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ที่ระดับคะแนน 3.52 ± 0.475 และ 3.44 ± 0.492 ตามลำดับ, $P=0.550$ ดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 15 ปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ			
น้อยที่สุด	0 (0)	4 (2.3)	0.001*
น้อย	0 (0)	3 (1.7)	
ปานกลาง	13 (16.3)	42 (24.3)	
มาก	25 (31.3)	67 (38.7)	
มากที่สุด	42 (52.5)	57 (32.9)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.38 $\pm$ 0.753	3.98 $\pm$ 0.924	
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์			
น้อยที่สุด	0 (0)	1 (0.6)	0.035*
น้อย	2 (2.5)	6 (3.5)	
ปานกลาง	24 (30.0)	63 (36.4)	
มาก	23 (28.7)	60 (34.7)	
มากที่สุด	31 (38.8)	43 (24.9)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.05 $\pm$ 0.884	3.80 $\pm$ 0.876	
3. การได้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองจากจากบุคลากรทางการแพทย์			
น้อยที่สุด	0 (0)	1 (0.6)	0.057
น้อย	2 (2.5)	1 (0.6)	
ปานกลาง	13 (16.3)	53 (30.6)	
มาก	36 (45.0)	66 (38.2)	
มากที่สุด	29 (36.3)	52 (30.1)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.18 $\pm$ 0.776	3.97 $\pm$ 0.828	
4. ความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพที่ท่านรักษา			
น้อยที่สุด	0 (0)	0 (0)	0.307
น้อย	1 (1.3)	4 (2.3)	
ปานกลาง	25 (31.3)	50 (28.9)	
มาก	26 (32.5)	76 (43.9)	
มากที่สุด	28 (35.0)	43 (24.9)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.03 $\pm$ 0.842	3.91 $\pm$ 0.791	

ปัจจัยเอื้อ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนในการรับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ			
น้อยที่สุด	0 (0)	1 (0.6)	0.173
น้อย	1 (1.3)	9 (5.2)	
ปานกลาง	32 (40.0)	62 (35.8)	
มาก	24 (30.0)	67 (38.7)	
มากที่สุด	23 (28.7)	34 (19.7)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.88 $\pm$ 0.848	3.72 $\pm$ 0.860	
6. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ			
น้อยที่สุด	8 (10.0)	7 (4.0)	0.686
น้อย	7 (8.8)	17 (9.8)	
ปานกลาง	25 (31.3)	75 (43.4)	
มาก	19 (23.8)	46 (26.6)	
มากที่สุด	21 (26.3)	28 (16.2)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.53 $\pm$ 1.253	2.59 $\pm$ 1.005	
6. ค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง			
น้อยที่สุด	8 (10.0)	21 (12.1)	0.268
น้อย	10 (12.5)	16 (9.2)	
ปานกลาง	23 (28.7)	60 (34.7)	
มาก	17 (21.3)	50 (28.9)	
มากที่สุด	22 (27.5)	26 (15.0)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.56 $\pm$ 1.291	2.75 $\pm$ 1.188	
1. ระยะเวลาในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ			
น้อยที่สุด	5 (6.3)	11 (6.4)	0.086
น้อย	9 (11.3)	32 (18.5)	
ปานกลาง	28 (35.0)	63 (36.4)	
มาก	22 (27.5)	46 (26.6)	
มากที่สุด	16 (20.0)	21 (12.1)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.55 $\pm$ 1.113	2.80 $\pm$ 1.076	

* p < 0.05; independent T-test

ตารางที่ 16 แปลผลปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	0 (0)	0 (0)	0.550
ระดับปานกลาง	63 (78.8)	128 (74.0)	
ระดับสูง	17 (21.3)	45 (26.0)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.52 ± 0.475	3.44 ± 0.492	

4.3.3 ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

จากการศึกษาปัจจัยด้านสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD โดยการคำนวณเป็นค่าคะแนน ดังแสดงในตารางที่ 17 โดยพบว่า

สมาชิกในครอบครัวทำให้อารมณ์ดี มีกำลังใจ (4.54 $\pm$ 0.59 และ 4.36 $\pm$ 0.64, P=0.037) สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนให้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (4.21 $\pm$ 0.96 และ 4.13 $\pm$ 1.00, P=0.552) สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง (4.20 $\pm$ 1.23 และ 3.75 $\pm$ 1.41, P=0.010) ได้รับคำชมเชย จากสมาชิกในครอบครัวเมื่อรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง (3.70 $\pm$ 1.05 และ 3.55 $\pm$ 1.16, P=0.322) สมาชิกในครอบครัวช่วยเตรียมยาในแต่ละมื้อ (3.04 $\pm$ 1.52 และ 3.06 $\pm$ 1.44, P=0.896) สมาชิกในครอบครัวมีการพาไปพบแพทย์ตามนัด (4.41 $\pm$ 1.06 และ 4.34 $\pm$ 0.99, P=0.604) และสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลถามไถ่ และติดตามอาการของท่าน (4.24 $\pm$ 1.13 และ 3.96 $\pm$ 1.39, P=0.121)

โดยปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวของทั้ง 2 กลุ่มดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกดี มีกำลังใจ และสมาชิกในครอบครัวมีการเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งกลุ่ม MD มีการได้รับการสนับสนุนมากกว่ากลุ่ม non-MD โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 17

จากการแปลผลปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทั้งสองกลุ่มพบว่าการได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ที่ระดับคะแนน 3.52 $\pm$ 0.48 และ 3.44 $\pm$ 0.50 ตามลำดับ, P=0.081 ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 17 ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจปลอดภัยและมีกำลังใจ			
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0.037*
น้อย	0 (0.00)	1 (0.60)	
ปานกลาง	4 (5.00)	13 (7.50)	
มาก	30 (37.50)	82 (47.40)	
มากที่สุด	46 (57.50)	77 (44.50)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.54 $\pm$ 0.594	4.36 $\pm$ 0.646	
2. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนให้ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง			
น้อยที่สุด	2 (2.50)	5 (2.90)	0.552
น้อย	3 (3.80)	8 (4.60)	
ปานกลาง	10 (12.50)	22 (12.70)	
มาก	28 (35.00)	62 (35.80)	
มากที่สุด	37 (46.30)	76 (43.90)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.21 $\pm$ 0.964	4.13 $\pm$ 1.000	
3. สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง			
น้อยที่สุด	49 (61.30)	72 (41.60)	0.010*
น้อย	16 (20.00)	46 (26.60)	
ปานกลาง	6 (7.50)	15 (8.70)	
มาก	4 (5.00)	19 (11.00)	
มากที่สุด	5 (6.30)	21 (12.10)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.20 $\pm$ 1.237	3.75 $\pm$ 1.408	
4. ท่านได้รับคำชมเชย จากสมาชิกในครอบครัวเมื่อรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง			
น้อยที่สุด	2 (2.50)	12 (6.90)	0.322
น้อย	8 (10.00)	15 (8.70)	
ปานกลาง	24 (30.00)	55 (31.80)	
มาก	26 (32.50)	48 (27.70)	
มากที่สุด	20 (25.00)	43 (24.90)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.70 $\pm$ 1.048	3.55 $\pm$ 1.158	

ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	นัยสำคัญทาง สถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
5. สมาชิกในครอบครัวช่วยเตรียมยาในแต่ละมือ			
น้อยที่สุด	19 (23.80)	32 (18.50)	0.896
น้อย	12 (15.00)	37 (21.40)	
ปานกลาง	20 (25.00)	33 (19.10)	
มาก	8 (10.00)	30 (17.30)	
มากที่สุด	21 (26.30)	41 (23.70)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.04 $\pm$ 1.522	3.06 $\pm$ 1.443	
6. สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์ตามนัด			
น้อยที่สุด	4 (5.00)	7 (4.00)	0.604
น้อย	2 (2.50)	1 (0.60)	
ปานกลาง	5 (6.30)	21 (12.10)	
มาก	16 (20.00)	41 (23.70)	
มากที่สุด	53 (66.30)	103 (59.50)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.41 $\pm$ 1.064	4.34 $\pm$ 0.997	
7. สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีการดูแล ถามไถ่ และติดตามอาการของท่าน			
น้อยที่สุด	48 (60.00)	92 (53.20)	0.121
น้อย	14 (17.50)	34 (19.70)	
ปานกลาง	10 (12.50)	16 (9.20)	
มาก	5 (6.30)	10 (5.80)	
มากที่สุด	3 (3.80)	21 (12.10)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.24 $\pm$ 1.128	3.96 $\pm$ 1.399	

* p < 0.05; independent T-test

ตารางที่ 18 แปลผลปัจจัยปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว (N=253)	บุคลากรทาง การแพทย์ (MD)	ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD)	นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	0 (0.00)	4 (2.30)	0.081
ระดับปานกลาง	19 (23.80)	52 (30.10)	
ระดับสูง	61 (76.30)	117 (67.60)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.05 $\pm$ 0.594	3.88 $\pm$ 0.620	

4.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

4.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่ม MD และไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จากการใช้สถิติ Independent t-test, ANOVA test หรือ Pearson's Correlation พบว่ามีผลดังนี้

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาตามปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ ANOVA test พบว่า

ปัจจัยด้านเพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพปัจจุบัน, รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน), สิทธิการรักษา และผู้ที่จัดยา ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลัก MD และกลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติ ยกเว้นปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว (บาท/เดือน) แตกต่างกันในพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ในกลุ่ม MD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 3.84 ± 0.63 ; $P < 0.050$ และ ค่าเฉลี่ย 4.28 ± 0.70 ; $P < 0.050$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 19

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient, r) โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่ม MD ($r = 0.262$, $P < 0.050$) โดยปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.157$, $P < 0.050$) และกลุ่ม MD ($r = 0.300$, $P < 0.010$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน ($r = 0.238$, $P < 0.050$) และด้านเคยลืมรับประทานยา ($r = 0.229$, $P < 0.050$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมด ไม่พบในกลุ่ม non-MD

ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.134$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.197$, $P < 0.010$) แต่ไม่พบในกลุ่ม MD

และปัจจัยด้านจำนวนโรคประจำตัวอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน ($r = 0.231$, $P < 0.050$) และด้านการไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน ($r = 0.279$, $P < 0.050$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD แต่ไม่พบในกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.242$, $P < 0.010$), กลุ่ม MD ($r = 0.352$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.197$, $P < 0.010$) โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.135$, $P < 0.05$) และกลุ่ม MD ($r = 0.254$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านชื่อยาก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.164$, $P < 0.050$) และกลุ่ม MD ($r = 0.256$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านขนาดยาก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.164$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.151$, $P < 0.050$) และกลุ่ม MD ($r = 0.344$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.166$, $P < 0.010$) และกลุ่ม MD ($r = 0.316$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาตรงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.211$, $P < 0.050$), กลุ่ม MD ($r = 0.308$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.171$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.153$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.230$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม non-MD ($r = 0.189$, $P < 0.050$)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.144$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.176$, $P < 0.050$), พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาตรงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.133$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.169$, $P < 0.050$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมด ไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.357$, $P < 0.010$) กลุ่ม MD ($r = 0.273$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.400$, $P < 0.010$) โดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.268$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.301$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านชื่อยาก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.317$, $P < 0.010$), กลุ่ม MD ($r = 0.416$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.279$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านขนาดยาก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.288$, $P < 0.010$), กลุ่ม MD ($r = 0.290$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.286$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.263$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.312$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.248$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.295$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการรับประทานยาตรงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.174$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.167$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.128$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.213$, $P < 0.010$)

ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 3 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา					
	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non – MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
เพศ						
ชาย	4.25	0.618	4.21	0.717	4.27	0.574
หญิง	4.13	0.673	4.19	0.705	4.10	0.659
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	4.10	0.711	4.04	0.838	4.12	0.671
คู่	4.21	0.625	4.25	0.650	4.19	0.613
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4.15	0.685	4.18	0.768	4.13	0.641
ระดับมัธยมศึกษาหรือ เทียบเท่าขึ้นไป	4.20	0.627	4.22	0.628	4.19	0.630
อาชีพปัจจุบัน						
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	4.22	0.684	4.06	0.752	4.31	0.636
ไม่ได้รับข้าราชการ	4.21	0.660	4.36	0.615	4.12	0.674
ไม่ได้ทำงาน	4.14	0.649	4.11	0.747	4.15	0.612
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 25,000 บาท	4.06	0.657	3.84	* 0.633	4.15	0.654
> 25,000 บาท	4.20	0.654	4.28		4.17	0.631
รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)						
≤ 20,000 บาท	4.16	0.663	4.21	0.745	4.13	0.624
> 20,000 บาท	4.20	0.648	4.18	0.648	4.22	0.653
สิทธิการรักษา						
สิทธิข้าราชการ	4.17	0.670	4.22	0.701	4.14	0.653
สิทธิอื่นๆ	4.17	0.646	4.16	0.717	4.18	0.624
ผู้ที่จัดยา						
ผู้ดูแล	4.21	0.620	4.32	0.660	4.16	0.600
ผู้ป่วย	4.16	0.671	4.14	0.722	4.16	0.650

*, p<0.05; Independent t-test

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non - MD) (N = 173)			
	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ท่านรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง	0.052	0.134*	0.111	0.135*	0.142	-0.038	0.031	0.254*	0.019	0.197**	0.142	1
2. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่าน ชื่อยาก่อนรับประทาน	0.076	0.057	-0.044	0.164*	0.113	0.077	-0.039	0.256*	0.061	0.046	-0.048	0.132
3. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านขนาดยาที่ใช้ก่อนรับประทาน	0.027	0.081	-0.030	0.164*	0.139	0.066	-0.072	0.214	-0.019	0.094	-0.009	0.142
4. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่าน ชื่อบ่งใช้ก่อนรับประทาน	0.157*	0.023	-0.068	0.151*	0.300**	0.020	-0.017	0.344**	0.101	0.037	-0.082	0.069
5. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน	0.077	0.041	-0.035	0.166*	0.238*	0.010	-0.073	0.316**	0.015	0.062	-0.014	0.107
6. ท่านรับประทานยาตรงเวลา	-0.026	0.075	0.067	0.211*	0.088	-0.038	0.016	0.308**	-0.072	0.130	0.094	0.171*
7. ท่านนำยาของผู้อื่นมารับประทาน	-0.011	0.017	0.037	0.153*	0.060	0.034	0.231*	-0.028	-0.041	0.008	-0.049	0.230**
8. ท่านนำยาของท่านแบ่งให้ผู้อื่นรับประทาน	-0.045	0.083	0.099	0.123	0.085	0.067	0.279*	-0.009	-0.107	0.089	0.011	0.189*
9. ท่านเคยลืมรับประทานยา	0.039	-0.018	0.056	0.054	0.229*	-0.015	0.076	0.212	-0.056	-0.029	0.041	- 0.015
พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาโดยรวม	0.081	0.083	0.007	0.242**	0.262*	0.042	0.041	0.352**	0.002	0.107	-0.005	0.197**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา (ต่อ)

พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non - MD) (N = 173)			
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ทานรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง	0.144*	0.268**	0.028	0.105	0.068	0.198	0.060	-0.022	0.176*	0.301**	0.010	0.137
2. ทานอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่าน ชื่อยาก่อนรับประทาน	0.029	0.317**	0.012	-0.061	-0.003	0.416**	0.119	0.074	0.046	0.279**	-0.063	-0.102
3. ทานอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านขนาดยาที่ใช้ก่อนรับประทาน	0.006	0.288**	0.020	-0.041	-0.047	0.290**	0.099	0.064	0.027	0.286**	-0.037	-0.066
4. ทานอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่าน ข้อบ่งใช้ก่อนรับประทาน	-0.053	0.263**	0.031	-0.050	-0.117	0.131	0.124	0.016	-0.033	0.312**	-0.032	-0.059
5. ทานอ่านฉลากยาที่ได้รับโดยอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน	-0.021	0.248**	0.018	-0.077	-0.063	0.128	0.089	0.009	-0.008	0.295**	-0.027	-0.094
6. ทานรับประทานยาตรงเวลา	0.133*	0.174**	0.103	0.023	0.041	0.176	0.150	-0.031	0.169*	0.167*	0.073	0.043
7. ทานนำยาของผู้อื่นมารับประทาน	0.026	0.128*	-0.007	0.023	0.157	-0.043	-0.024	0.033	-0.033	0.213**	0.005	0.020
8. ทานนำยาของท่านแบ่งให้ผู้อื่นรับประทาน	0.100	0.070	0.050	0.066	0.169	-0.043	0.002	0.066	0.066	0.135	0.089	0.070
9. ทานเคยลืมรับประทานยา	0.051	0.074	0.008	0.034	-0.015	0.101	-0.088	-0.024	0.094	0.070	0.091	0.048
พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาโดยรวม	0.051	0.357**	0.043	-0.021	0.001	0.273*	0.102	0.040	0.073	0.400**	0.00	-0.036

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD รวมทั้งการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จากการใช้สถิติ Independent t-test, ANOVA test หรือ Pearson's Correlation พบว่ามีผลดังนี้

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงตามปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ ANOVA test พบว่า

ปัจจัยด้าน เพศ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพปัจจุบัน, รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน), รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน), สิทธิการรักษา และผู้ที่จัดยา ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD ดังแสดงในตารางที่ 21

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient, r) โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม

ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.128, P < 0.050$), และกลุ่ม non-MD ($r = 0.153, P < 0.050$) โดยปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.192, P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.137, P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.161, P < 0.050$), และกลุ่ม non-MD ($r = 0.197, P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าอาการของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.178, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.180, P < 0.050$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่หยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าอาการของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.131, P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.152, P < 0.050$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมด ไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านจำนวนโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในด้านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.155, P < 0.05$) และกลุ่ม non-MD ($r = -0.164, P < 0.05$), พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.159, P < 0.05$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.166, P < 0.05$), พบความสัมพันธ์เชิงลบในด้านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม non-MD ($r = 0.157, P < 0.05$) และพบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.139, P < 0.05$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมดไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.290, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.350, P < 0.010$) โดยปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.142, P < 0.050$) และกลุ่ม MD ($r = 0.171, P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.211, P < 0.010$) กลุ่ม MD ($r = 0.226, P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.227, P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.171, P < 0.010$) กลุ่ม MD ($r = 0.126, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.188, P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่ปรับขนาดยาตนเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.232, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.356, P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่ปรับขนาดยาตนเองเมื่อมีอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.148, P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.237, P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่หยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.266, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.308, P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่หยุดทานยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.146, P < 0.050$) มีความสัมพันธ์เชิงลบในด้านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.170, P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = -0.261, P < 0.010$)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยรวมในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.140, P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.182, P < 0.010$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่หยุดทานยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.160, P < 0.050$), และกลุ่ม non-MD ($r = 0.198, P < 0.010$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมดไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD ($r = 0.243$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่นในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.162$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านไม่ปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.145$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.226$, $P < 0.010$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบในด้านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.126$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = -0.172$, $P < 0.010$)

ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง					
	ประชากรกลุ่ม ตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
เพศ						
ชาย	6.33	1.716	5.89	1.826	6.53	1.641
หญิง	6.49	1.740	6.42	1.703	6.53	1.763
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	6.42	1.655	6.05	1.658	6.54	1.650
คู่	6.45	1.772	6.31	1.793	6.53	1.764
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา	6.41	1.624	6.36	1.601	6.43	1.645
ระดับมัธยมศึกษาหรือ เทียบเท่าขึ้นไป	6.47	1.839	6.08	1.933	6.63	1.786

ปัจจัย	พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง					
	ประชากรกลุ่ม ตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
อาชีพปัจจุบัน						
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	6.08	2.216	5.21	2.119	6.61	2.148
ไม่ได้รับข้าราชการ	6.44	1.569	6.43	1.478	6.44	1.630
ไม่ได้ทำงาน	6.54	1.675	6.47	1.715	6.57	1.667
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 25,000 บาท	6.75	1.521	6.60	1.724	6.81	1.451
> 25,000 บาท	6.36	1.774	6.15	1.761	6.46	1.778
รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)						
≤ 20,000 บาท	6.51	1.651	6.39	1.552	6.56	1.698
> 20,000 บาท	6.32	1.855	6.00	2.033	6.48	1.760
สิทธิการรักษา						
สิทธิข้าราชการ	6.42	1.493	6.20	1.486	6.56	1.491
สิทธิอื่นๆ	6.46	1.916	6.29	2.066	6.51	1.869
ผู้ที่จัดยา						
ผู้ดูแล	6.29	1.665	6.38	1.740	6.25	1.644
ผู้ป่วย	6.50	1.756	6.18	1.770	6.64	1.739

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non - MD) (N = 173)			
	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนโรคประจำตัวอื่น	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา	0.055	-0.049	-0.155*	0.142*	0.056	0.041	-0.129	0.171*	0.055	-0.081	-0.164*	0.131
2. ท่านเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง	-0.005	0.137*	0.159*	0.044	0.216	0.010	0.151	0.044	-0.087	0.192*	0.166*	0.109
3. ท่านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง	-0.014	-0.024	-0.081	0.211**	-0.141	-0.120	0.068	0.226*	0.036	-0.013	-0.157*	0.227**
4. ท่านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น	-0.014	0.161*	0.139*	0.171**	-0.011	0.077	0.121	0.126**	-0.016	0.197**	0.149	0.188*
5. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น	0.023	0.178**	0.063	0.232**	0.044	0.178	0.066	-0.079	0.015	0.180*	0.061	0.356**
6. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	-0.003	0.113	0.040	0.148*	0.092	0.130	0.098	-0.039	-0.044	0.099	0.008	0.237**
7. ท่านหยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าอาการของโรคดีขึ้น	-0.015	0.131*	0.061	0.266**	0.052	0.065	0.059	0.195	-0.044	0.152*	0.057	0.308**
8. ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	-0.056	0.094	-0.015	0.146*	0.095	0.114	0.116	0.149	-0.116	0.086	-0.072	0.149
9. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิตหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุ	0.019	-0.095	-0.099	0.025	-0.051	-0.186	-0.177	-0.028	0.045	-0.084	-0.082	0.057
10. ท่านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง หรือไม่	0.033	-0.028	0.012	-0.170**	0.019	0-123	-0.008	0.058	0.038	0.010	0.021	-0.261**
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยรวม	0.006	0.128*	0.006	0.290**	0.079	0.034	0.077	0.174	-0.024	0.153*	-0.033	0.350**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง (ต่อ)

พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) (N = 173)			
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา	-0.005	0.091	0.015	0.008	-0.083	0.106	-0.057	0.029	0.027	0.082	0.063	0.006
2. ท่านเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง	0.041	0.015	0.029	0.107	0.052	-0.054	0.041	0.003	0.034	0.037	0.022	0.139
3. ท่านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง	-0.021	0.119	-0.013	-0.072	-0.131	0.243*	0.096	-0.107	0.040	0.095	-0.083	-0.087
4. ท่านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น	0.081	0.162**	0.122	0.002	-0.027	0.101	0.137	0.081	0.127	0.189*	0.116	-0.015
5. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น	0.039	0.145*	0.060	-0.008	0.053	-0.029	0.068	0.172	0.034	0.226**	0.057	-0.052
6. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	0.140*	0.109	0.087	0.102	0.068	0.064	0.201	0.135	0.182*	0.144	0.005	0.094
7. ท่านหยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น	0.057	0.098	0.043	-0.022	0.145	0.047	0.073	0.068	0.020	0.136	0.021	-0.055
8. ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง	0.160*	0.003	0.012	0.098	0.083	-0.020	0.022	0.112	0.198**	0.017	0.005	0.097
9. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิตหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุ	-0.074	-0.098	-0.091	-0.107	-0.020	0.068	-0.100	-0.188	-0.085	-0.146	-0.090	-0.109
10. ท่านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง หรือไม่	0.003	-0.126*	-0.045	-0.033	-0.059	-0.028	-0.183	-0.123	0.031	-0.172*	0.047	-0.013
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยรวม	0.095	0.118	0.042	0.012	0.008	0.131	0.065	0.033	0.144	0.129	0.029	-0.003

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการเก็บรักษา

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการเก็บรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD รวมทั้งการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จากการใช้สถิติ Independent t-test, ANOVA test หรือ Pearson's Correlation พบว่ามีผลดังนี้

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเก็บรักษายาตามปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ ANOVA test พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ, ระดับการศึกษาสูงสุด, อาชีพ ปัจจุบัน, รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน), สิทธิการรักษา และผู้ที่จัดยา ไม่แตกต่างกันในพฤติกรรม การเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็น บุคลากรทางการแพทย์ MD และกลุ่ม non-MD ยกเว้นปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความแตกต่าง กันในพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD โดยในกลุ่มคู่มียามีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการเก็บรักษายา ดีกว่าโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 5.73 ± 1.324 ; $P < 0.050$ และ ค่าเฉลี่ย 4.95 ± 1.564 ; $P < 0.050$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านรายได้ ครอบครัว (บาท/เดือน) มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการเก็บรักษายา ในกลุ่ม MD อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การเก็บรักษายาน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 4.80 ± 1.781 ; $P < 0.050$ และ ค่าเฉลี่ย 5.69 ± 1.286 ; $P < 0.050$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 23

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient, r) โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม

ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บ รักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม

ปัจจัยด้านจำนวนโรคประจำตัวอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในด้านการสังเกตวันหมดอายุของยาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม non-MD ($r = -0.152$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวม ทั้งหมด และในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเก็บ รักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.343$, $P < 0.010$) และ กลุ่ม non-MD ($r = 0.401$, $P < 0.010$), โดยปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.214$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.210$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการสังเกตวันหมดอายุของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมทั้งหมด ($r = 0.147$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่แกะยาจากซองและไม่ เก็บรวมกับยาชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.137$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.195$, $P < 0.050$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการเก็บยาห่าง จากความร้อน ความชื้น และแสงสว่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.345$, $P < 0.010$), กลุ่ม MD ($r = 0.242$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.369$,

$P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.277$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.355$, $P < 0.010$), มีความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการเก็บยาพ้นจากมือเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.220$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.333$, $P < 0.010$)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการสังเกตวันหมดอายุของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม non-MD ($r = 0.165$, $P < 0.050$), พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการไม่แบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD ($r = 0.249$, $P < 0.050$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมด ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการสังเกตวันหมดอายุของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.150$, $P < 0.050$), พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.145$, $P < 0.050$), พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = 0.144$, $P < 0.050$) และกลุ่ม non-MD ($r = 0.159$, $P < 0.050$) โดยความสัมพันธ์ที่พบทั้งหมด ไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงบวกในด้านการสังเกตวันหมดอายุของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD ($r = 0.244$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด และกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในด้านการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.134$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเก็บรักษาตามปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการเก็บรักษา					
	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
เพศ						
ชาย	5.62	1.480	5.78	1.476	5.55	1.489
หญิง	5.32	1.557	5.40	1.391	5.28	1.634
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	5.19	1.677	4.95	1.564	5.26	1.716
คู่	5.54	1.447	5.73	1.324	5.44	1.506
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา	5.35	1.672	5.64	1.366	5.20	1.802
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป	5.50	1.383	5.39	1.498	5.54	1.340
อาชีพปัจจุบัน						
ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	5.73	1.367	5.36	1.393	5.96	1.328
ไม่ได้รับข้าราชการ	5.53	1.419	5.77	1.569	5.40	1.751
ไม่ได้ทำงาน	5.27	1.640	5.39	1.315	5.22	1.586
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 25,000 บาท	5.37	1.399	4.80	1.781	5.61	1.153
> 25,000 บาท	5.44	1.570	5.69	1.286	5.31	1.679
รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)						
≤ 20,000 บาท	5.36	1.537	5.59	1.428	5.26	1.579
> 20,000 บาท	5.52	1.535	5.42	1.432	5.57	1.591
สิทธิการรักษา						
สิทธิข้าราชการ	5.51	1.442	5.69	1.311	5.40	1.517
สิทธิอื่นๆ	5.35	1.612	5.31	1.549	5.36	1.641
ผู้ที่ยังดยา						
ผู้ดูแล	5.43	1.351	5.63	1.583	5.33	1.226
ผู้ป่วย	5.42	1.606	5.48	1.362	5.39	1.708

*, p<0.05; Independent t-test

ตารางที่ 24 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา กับพฤติกรรมการเก็บรักษายา

พฤติกรรมการเก็บรักษายา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N = 173)			
	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวน โรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความ ดันโลหิต สูง	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวน โรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความ ดันโลหิต สูง	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวน โรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความ ดันโลหิต สูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ท่านสังเกตการเสื่อมสภาพของยา ก่อนใช้ยา	0.012	-0.122	-0.024	0.214**	-0.032	-0.203	0.216	0.181	0.027	-0.071	-0.096	0.210**
2. ท่านสังเกตวันหมดอายุของยา	0.012	-0.041	-0.068	0.147*	0.078	0.032	0.165	0.178	-0.013	-0.055	-0.152*	0.128
3. ท่านแบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับ	0.024	0.016	0.068	0.062	-0.001	0.170	0.082	-0.030	0.036	-0.071	0.050	0.118
4. ท่านแกะยาจากซองและเก็บรวมกับยาชนิดอื่น	0.025	0.042	0.001	0.137*	0.069	0.136	0.016	0.036	0.006	-0.013	-0.015	0.195*
5. ท่านเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่าง	-0.035	0.033	-0.015	0.345**	0.054	0.032	0.035	0.242*	-0.063	0.050	-0.022	0.369**
6. ท่านเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น	0.009	0.007	-0.054	0.277**	0.209	0.095	0.124	0.012	-0.056	-0.010	-0.109	0.355**
7. ท่านเก็บยาพ้นจากมือเด็ก	-0.032	0.089	0.071	0.220**	0.086	0.150	0.059	-0.010	-0.085	0.054	0.072	0.333**
พฤติกรรมการเก็บรักษายาโดยรวม	0.009	-0.010	-0.009	0.343**	0.106	0.104	0.199	0.165	-0.026	-0.042	-0.081	0.401**

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการเก็บรักษายา (ต่อ)

พฤติกรรมการเก็บรักษายา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (N = 173)			
	การเข้าถึง บริการ สุขภาพ	แรงสนับสนุน จาก ครอบครัว	จำนวน เมื่อยาโรค ความดัน โลหิตสูง	ระยะเวลาที่ ได้รับยาโรค ความดัน โลหิตสูง	การเข้าถึง บริการ สุขภาพ	แรงสนับสนุน จาก ครอบครัว	จำนวน เมื่อยาโรค ความดัน โลหิตสูง	ระยะเวลาที่ ได้รับยาโรค ความดัน โลหิตสูง	การเข้าถึง บริการ สุขภาพ	แรงสนับสนุน จาก ครอบครัว	จำนวน เมื่อยาโรค ความดัน โลหิตสูง	ระยะเวลาที่ ได้รับยาโรค ความดัน โลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1. ท่านสังเกตการเสื่อมสภาพของยา ก่อนใช้ยา	-0.030	0.107	0.006	-0.134*	-0.196	0.021	0.023	-0.202	0.020	0.116	-0.005	-0.105
2. ท่านสังเกตวันหมดอายุของยา	0.092	0.150*	0.051	-0.077	-0.098	0.193	0.244*	0.030	0.165*	0.119	-0.072	-0.095
3. ท่านแบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับ	0.063	-0.107	-0.001	0.033	0.249*	-0.168	0.047	0.158	-0.015	-0.058	-0.036	-0.013
4. ท่านแกะยาจากซองและเก็บรวมกับยาชนิดอื่น	0.026	-0.035	0.026	0.040	0.067	-0.130	0.108	0.127	0.014	0.026	-0.036	0.009
5. ท่านเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่าง	0.036	0.145*	0.023	0.034	0.035	0.164	0.001	0.026	0.028	0.125	0.036	0.048
6. ท่านเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น	0.069	0.144*	-0.006	0.014	-0.040	0.081	0.057	0.090	0.103	0.159*	-0.041	0.008
7. ท่านเก็บยาพ้นจากมือเด็ก	0.065	0.038	0.073	0.069	0.074	0.122	0.051	0.155	0.067	0.006	0.092	0.044
พฤติกรรมการเก็บรักษายาโดยรวม	0.080	0.110	0.043	-0.023	0.026	0.053	0.160	0.096	0.096	0.126	-0.025	-0.044

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

4.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD รวมทั้งการวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จากการใช้สถิติ Independent t-test, ANOVA test หรือ Pearson's Correlation พบว่ามีผลดังนี้

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาตามปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test หรือ ANOVA test พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรรถนะการศึกษาระดับสูงสุด, อาชีพปัจจุบัน, รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน), รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน), สิทธิการรักษา และผู้ที่จัดยา ไม่มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD ยกเว้นปัจจัยด้านเพศ มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม non-MD โดยในกลุ่มเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาดีกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญ (ค่าเฉลี่ย 5.73 ± 1.324 , $P < 0.050$ และ ค่าเฉลี่ย 4.95 ± 1.564 , $P < 0.050$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 25

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient, r) โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation พบว่า

ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD ($r = -0.234$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด และกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านระยะการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านจำนวนโรคประจำตัวอื่น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ MD ($r = -0.318$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด และกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในด้านการรับประทานยารวมมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่ม MD ($r = -0.237$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด และกลุ่ม non-MD

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในการรับประทานยารวมเมื่อเมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อถัดไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.173$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = -0.177$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบในการรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทั้งหมด ($r = -0.133$, $P < 0.010$) และกลุ่ม non-MD ($r = -0.170$, $P < 0.050$) แต่ไม่พบในกลุ่ม MD

ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา

ปัจจัย	พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา					
	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
เพศ						
ชาย	1.54	0.587	1.59	0.572	1.52	} *
หญิง	1.69	0.612	1.58	0.633	1.73	
สถานภาพสมรส						
โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่	1.71	0.611	1.62	0.669	1.74	0.594
คู่	1.60	0.602	1.58	0.593	1.61	0.609
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา	1.67	0.590	1.55	0.589	1.74	0.583
ระดับมัธยมศึกษาหรือ เทียบเท่าขึ้นไป	1.60	0.622	1.64	0.639	1.58	0.618
อาชีพปัจจุบัน						
ข้าราชการ/ข้าราชการ บำนาญ	1.57	0.603	1.64	0.633	1.52	0.593
ไม่ได้รับข้าราชการ	1.62	0.617	1.67	0.606	1.60	0.627
ไม่ได้ทำงาน	1.66	0.603	1.50	0.609	1.73	0.591
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						
≤ 25,000 บาท	1.69	0.678	1.67	0.724	1.69	0.668
> 25,000 บาท	1.62	0.588	1.57	0.585	1.65	0.589

ปัจจัย	พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา					
	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N=253)		มีบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N=80)		ไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ (non - MD) (N=173)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
รายได้ผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)						
≤ 20,000 บาท	1.65	0.619	1.53	0.581	1.70	0.630
> 20,000 บาท	1.61	0.587	1.68	0.653	1.58	0.556
สิทธิการรักษา						
สิทธิข้าราชการ	1.62	0.598	1.58	0.621	1.65	0.585
สิทธิอื่นๆ	1.65	0.615	1.60	0.604	1.66	0.621
ผู้ที่จัดยา						
ผู้ดูแล	1.63	0.615	1.42	0.504	1.73	0.644
ผู้ป่วย	1.64	0.604	1.66	0.640	1.63	0.589

*, p<0.05; Independent t-test

ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทาง การแพทย์ (non-MD) (N = 173)			
	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวน โรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวนโรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง	อายุ	ระยะเวลา เป็นโรค ความดัน โลหิตสูง	จำนวน โรค ประจำตัว อื่น	ความรู้ เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1.ท่านรับประทานยาทันทีที่นึก ขึ้นได้เมื่อลิ้มรับประทานยา	-0.047	0.058	-0.040	-0.027	-0.219	-0.098	-0.157	-0.100	0.023	0.102	-0.004	0.015
2.ท่านรับประทานยาทั้งสองมือ ในครั้งเดียวเมื่อลิ้มรับประทาน ยา	0.011	-0.081	0.025	0.028	0.161	-0.135	-0.174	0.112	-0.045	-0.059	0.104	-0.005
3.ท่านรับประทานยารับมือ เมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อ ถัดไป	-0.084	-0.029	-0.059	-0.096	-0.203	-0.049	-0.186	-0.237*	-0.033	-0.014	0.003	-0.044
พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาโดยรวม	-0.082	-0.006	-0.055	-0.064	-0.234*	-0.169	-0.318**	-0.178	-0.021	0.047	0.047	-0.015

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

ตารางที่ 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา (ต่อ)

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (N = 253)				กลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (MD) (N = 80)				กลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (non-MD) (N = 173)			
	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง	การเข้าถึงบริการสุขภาพ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวนเมื่อยาโรคความดันโลหิตสูง	ระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)											
1.ท่านรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลิ้มรับประทานยา	0.004	-0.133*	0.000	-0.009	0.036	-0.015	0.008	-0.090	0.001	-0.170*	-0.004	-0.005
2.ท่านรับประทานยาทั้งสองมือในครั้งเดียวเมื่อลิ้มรับประทานยา	0.070	0.073	-0.005	-0.047	0.048	0.127	-0.081	-0.140	0.077	0.049	0.043	-0.025
3.ท่านรับประทานยารวมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามื้อถัดไป	-0.173**	-0.037	-0.007	-0.039	-0.177	-0.102	0.024	-0.043	-0.177*	-0.014	-0.030	-0.035
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาโดยรวม	-0.065	-0.097	-0.006	-0.051	-0.057	-0.019	-0.014	-0.161	-0.063	-0.122	0.000	-0.035

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

บทที่ 5

สรุปและวิจารณ์ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ (กลุ่ม MD) จำนวน 80 คน และไม่ได้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ (กลุ่ม non – MD) จำนวน 173 คน รวมทั้งหมด 253 คน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2564 จำนวน 253 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา
- 2) หรือจัดการกับการข้างเคียง
- 3) พฤติกรรมการเก็บรักษา
- 4) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ปัจจัยอื่น
- 3) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม

ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าว เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการทดสอบความเที่ยงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง ความครอบคลุมของคำถามตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการหาค่าดัชนีความเหมาะสมระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา (index of item objective congruence : IOC) และทำการปรับแก้ให้เหมาะสม จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทำการทดสอบสุ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 10 คน ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือสถิติ chi-square และสถิติเชิงอนุมาน (analytical statistics) ด้วยสถิติ independent t-test สถิติ ANOVA test หรือ สถิติ Pearson's Correlation และนำผลการวิเคราะห์มาสรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1 วิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาที่ได้จากเครื่องมือประเภทแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง และ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาแสดงความคล้ายคลึงกันของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง ด้านสัดส่วนของเพศ อายุเฉลี่ย สถานภาพสมรส ไม่ได้ทำงาน รายได้ครอบครัวและรายได้ของผู้สูงอายุเอง ระยะเวลาที่ป่วยและได้รับยา รวมทั้งโรคประจำตัวอื่นๆ โดยเฉพาะโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จัดยาเอง และผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน แต่พบว่าด้านระดับการศึกษาในกลุ่ม MD มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือไม่เกินระดับมัธยมศึกษา ซึ่งต่ำกว่ากลุ่ม non-MD และด้านสิทธิการรักษาในกลุ่ม MD ส่วนใหญ่คือสิทธิข้าราชการ แต่กลุ่ม non-MD คือสิทธิอื่น ๆ โดยเฉพาะสิทธิบัตรทอง

5.1.2 พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง ในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง การเก็บรักษายา และการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยาซึ่งพบว่า

1) พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน จึงมีเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเอง อีกทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ทั้งด้านกำลังใจ คอยเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามแพทย์สั่ง รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง สอดคล้องกับวิรัตน์ แก้วภูมิแห่ (62) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และปลอดภัยของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าส่วนมากพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

2) พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยรายงานของ อัครพร อ่วมสวัสดิ์ (53) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ จำนวน 168 คน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล จึงอาจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตัวเองโดยตรง ในส่วนของการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดัน

โลหิตสูงทุกครั้ง กลับพบว่ากลุ่ม MD มีการปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์มีความตระหนักรู้ถึงข้อห้ามในขณะที่ใช้ยาโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว จากการบอกกล่าวของผู้ดูแล จึงไม่ได้มีการแจ้งเภสัชกร

3) พฤติกรรมการเก็บรักษา

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเก็บรักษาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยในรายงานวิจัยของกาญจนา ปัญญาธร (49) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรี อ.เพ็ญ จ.อุดรธานี จำนวน 178 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นประจำด้านการเก็บรักษายามากที่สุด แต่ในงานของ อัคร อ่วมสวัสดิ์ (53) พบพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ในส่วนของการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยา พบความแตกต่างของกลุ่ม MD มีการปฏิบัติมากกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญ เป็นผลมาจากการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล โดยในงานของปฐญาภรณ์ ลาลูน (42) พบว่า คู่สมรสทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกว่ามีคนรัก ห่วงใยเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ป่วยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

4) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องจากคนในครอบครัว อีกทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้พอที่จะทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาที่ถูกต้อง

5.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านบริการสุขภาพ และด้านการสนับสนุนจากครอบครัว

1) ปัจจัยด้านความรู้

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ correlation ระหว่างการศึกษาและพฤติกรรมการใช้ยา โดยในงานของเกษก่อง สีหะวงษ์ (48) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างเฉพาะ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมมากขึ้น ในทางตรงข้าม อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ (52) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เขตสถานีนอนมัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้มีอายุ

เฉลี่ยประมาณ 45-50 ปี แม้การศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับไม่เกินมัธยมศึกษา แต่สามารถอ่านหนังสือได้ทำให้เข้าถึงความรู้ใหม่ ๆ และแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี ที่อาจมีข้อจำกัดเรื่องการอ่านออกเขียนได้

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มเฉพาะด้าน เช่น ทราบว่าถ้าความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด, ทราบว่าการลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย, ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ร้ายแรง ไม่มีอันตรายต่อชีวิต โดยพบว่า กลุ่ม MD ทราบถึงปัจจัยเหล่านี้มากกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อาจให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ได้ดีกว่า ดังพบการรายงานจากปฐญาภรณ์ ลาอุณ (42) ที่อธิบายไว้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะเป็นแหล่งข้อมูลในการแสวงหาความรู้ของผู้ป่วย

2) ปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับโซฐิรส พลไชยมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน (41) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุ ต.บางนกแขวก อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม โดยพบว่า กลุ่ม MD เข้าถึงปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีความคุ้นชินกับระบบโรงพยาบาล วิธีการเดินทางต่างๆ ทำให้สามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่ตนดูแลได้มากขึ้น และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากกลุ่ม MD ส่วนใหญ่จะมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมากกว่ากลุ่ม non-MD

3) ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่การได้รับสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้ามาในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีผู้ดูแล ทั้งในด้านการจัดยา การพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ด้านอาหารการกิน โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร หรือ ธิดา รองลงมาเป็นหลาน สามเณร และอื่นๆ เช่น แพทย์ ลูกจ้าง ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความอบอุ่น มั่นใจปลอดภัยและมีกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ การถามไถ่ และติดตามอาการ รวมไปถึงคอยเตือนให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งสอดคล้องกับ ปฐญาภรณ์ ลาอุณ (42) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400

คน ผลการศึกษาพบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อพิจารณาเฉพาะด้านพบว่ากลุ่ม MD ได้รับการสนับสนุนมากกว่ากลุ่ม non-MD ด้านสมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจปลอดภัยและมีกำลังใจ และด้านสมาชิกในครอบครัวมีการเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากที่บุคลากรทางแพทย์ ได้รับการศึกษาอบรม เกี่ยวกับการบริบาลดูแลผู้ป่วยมาโดยเฉพาะ ทำให้สามารถให้คำแนะนำ ดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี

5.1.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม MD และกลุ่ม non - MD รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยาตามหลักการใช้ยา ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต

1.1) ปัจจัยด้านเพศ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านเพศ ในกลุ่ม non-MD โดยในกลุ่มเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยาดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โชจิรุส พลไชยมาตย์ และเสน่ห์ แสงเงิน (41) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะเพศหญิง ซึ่งอาจเกิดจากความเอาใจใส่ส่วนบุคคลของเพศหญิงที่มากกว่าเพศชาย โดยที่กลุ่ม MD อาจได้รับข้อมูลจากผู้ดูแล ทำให้ความเอาใจใส่ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างหญิงและชาย จึงไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ดังที่พบในงานของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์และคณะ (51) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้ทฤษฎี precede framework พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย ในกลุ่ม MD และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.2) ปัจจัยด้านอายุ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุกับพฤติกรรมการใช้ยา พบว่า กลุ่ม MD มีพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอาจเกิดความคุ้นเคยในการปฏิบัติอย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหรือครอบครัวมีการดูแลใส่ใจในเรื่องของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง โดยงานวิจัยของวันวิสา รอดกล่อมและคณะ (63) พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก จะมีความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากจะมีหน้าที่ความรับผิดชอบทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อย่างไรก็ตามรายงานของเกษก่อง สีหะวงษ์ (48) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งนี้อาจเพราะในงานวิจัยดังกล่าว มีความแตกต่างของช่วงอายุน้อยจากการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ในงานวิจัยชิ้นนี้มีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จึงทำให้เห็นความแตกต่างเด่นชัดขึ้นมากได้ และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาเฉพาะด้าน พบว่า กลุ่ม MD เมื่ออายุมากขึ้นจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการอ่านฉลากยาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การอ่านข้อบ่งใช้ก่อนรับประทาน โดย MD มีความสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างรวม และการอ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน อย่างไรก็ตาม ในกลุ่ม MD นี้กลับพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น กลับมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาที่แย่ง ซึ่งทำการสอบถามถึงการบริหารยาเมื่อลิ้มรับประทานยา โดยทั้ง 2 กลุ่มมีการลิ้มทานยาที่ไม่แตกต่างกัน (Discuss) อธิบายได้ว่า ตามหลักแล้วเมื่อผู้ป่วยอายุเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพที่มีมากขึ้นน่าจะทำให้พฤติกรรมดีขึ้นด้วยเช่นกัน แต่ในกรณีนี้เมื่อพิจารณาศักยภาพของผู้ป่วย มองไปถึงความซื่อสัตย์ ความจำต่างๆ อาจจะหลงลืมไปตามอายุ ทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาแย่ง แต่ในกลุ่ม MD มีผู้ดูแลบอกวิธีการที่ถูกต้อง ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาดี

1.3) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

เกษก่อง สีหะวงษ์ (48) พบผลการศึกษาว่าสถานภาพสมรสไม่มีความแตกต่างกันในพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในสังคมไทยเป็นสังคมแบบเครือญาติ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพโสดจึงได้รับการดูแลจากญาติพี่น้อง เทียบเท่ากับการดูแลจากสามี ภรรยา ในผู้ที่มีสถานภาพคู่ แต่ในงานวิจัยนี้ พบว่ากลุ่ม MD ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส/คู่ มีพฤติกรรมการเก็บรักษายาที่ดีกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญ ตรงกันข้ามกับงานของ จิตชนก ลี ทวีสุข (47) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน พบผู้ที่มีสถานภาพ

โสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะมีพฤติกรรมการเก็บรักษาที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพคู่ โดยผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90 ดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง จึงอาจต้องมีความรับผิดชอบต่อตัวเองสูงและส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่มีคู่

1.4) ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์ของระยะเวลาการเป็นโรคที่มากขึ้น มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงโดยรวมที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ในกลุ่ม non-MD พบปัจจัยด้านระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง รวมทั้งพฤติกรรมการรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับคาลด์เวล และคณะ(64) ที่ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษาที่กำหนด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่หยุดการรักษา และกลุ่มตัวอย่างที่ยังรักษาต่อ พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนาน จะรู้สึกถึงความสำคัญของการรับประทานยาสม่ำเสมอรวมทั้งพฤติกรรมการแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น และไม่ปรับขนาดยาและไม่หยุดยาเอง พฤติกรรมการไม่ซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง ซึ่งอาจอธิบายได้จากประสบการณ์ที่มากขึ้น ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค และการใช้ยา การดูแลตัวเองที่มากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่งและพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและจัดการกับอาการข้างเคียงดีขึ้น ในขณะที่กลุ่ม MD มีผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค และการบริหารผู้ป่วย คอยดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและจัดการกับอาการข้างเคียง จึงไม่พบความแตกต่างของผู้ป่วยที่มีระยะการเป็นโรคแตกต่างกันจึงไม่พบความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมดังกล่าว

1.5) ปัจจัยด้านจำนวนโรคประจำตัวอื่น

การศึกษาของ โซฐิรัส พลไชยมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน (41) พบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดย เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาในแต่ละด้าน เฉพาะ พบว่าในกลุ่ม MD พบความสัมพันธ์ของจำนวนโรคประจำตัวอื่นที่มากขึ้น สัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน การไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญ แต่กลับมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยาแ่ลง อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเมื่อพิจารณาพฤติกรรมเฉพาะต่างๆ จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความระมัดระวังในการบริหารยาอย่างถูกต้องที่เคร่งครัดมากขึ้น โดยการลืม

รับประทานยาอาจใช้การข้ามมือที่ล้มและบริหารให้ถูกต้องทันทีในมือถัดไป เนื่องจากยาหลายตัวในโรคกลุ่มอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) มีหลายตัวและบางตัวมี therapeutic index ที่แคบ

ในทางกลับกัน ในกลุ่ม non-MD พบว่าจำนวนโรคประจำตัวอื่นที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการไม่ซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าจำนวนโรคประจำตัวที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยาน้อยลง มีการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาน้อยลง มีการสังเกตวันหมดอายุของยาน้อยลง ซึ่งเมื่อพิจารณาพฤติกรรมเฉพาะต่างๆ จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มในการลดพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการจัดหายาด้วยตัวเองเมื่อมีโรคประจำตัวมากขึ้น

1.6) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาดีขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของอัศพร อ่วมสวัสดิ์ (53) และ ปฐญาภรณ์ ลาลุน (42) โดยเมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่ม พบว่ากลุ่ม MD มีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r) สูงสุด รวมทั้งพบพฤติกรรมด้านการอ่านฉลากยาที่ดีขึ้นและการรับประทานยาตรงเวลามากขึ้นด้วย ส่วนกลุ่ม non-MD มีความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคที่มากขึ้นกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงได้ดีขึ้น และมีการเก็บรักษายาที่ดีขึ้น โดยไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่ม MD

เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า กลุ่ม non-MD พบความรู้เกี่ยวกับโรคที่มากขึ้นสัมพันธ์ที่มีค่า r สูงกว่า กับการไม่นำยาและแบ่งยาของผู้อื่นมารับประทานมากขึ้น, มีการแจ้งแพทย์และเภสัชกรว่ากำลังใช้ยาโรคความดันโลหิตเมื่อไปรักษาที่อื่นมากขึ้น, และไม่มีการปรับขนาดยาเองน้อยลง เมื่อเทียบกับกลุ่ม MD ซึ่งจากความสัมพันธ์ที่พบเรื่องจำนวนโรคประจำตัวที่มากขึ้นทำให้พฤติกรรมด้านนี้เด่นชัดในกลุ่ม MD แต่ไม่พบใน กลุ่ม non MD อาจเนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น จึงรู้หลักในการบริหารยามากขึ้น และกล้าที่จะตัดสินใจด้วยตนเองมากขึ้น โดยยืนยันจากความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น จะมีการรับประทานยารวบมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามือถัดไปเมื่อลืมรับประทานยาน้อยลง

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต

2.1) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าในกลุ่ม MD รายได้มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาและพฤติกรรมการเก็บรักษาที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้มีครอบครัวที่มีรายได้สูงมีการดูแลเอาใจใส่ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี สอดคล้องกับ เกษก่อง สีหะวงษ์ (48) ที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จึงไม่เห็นความสำคัญหรือไม่สามารถซื้อตัวยาเพื่อเก็บยาเฉพาะ

แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท กลับพบว่า ในกลุ่ม MD มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา และการเก็บรักษา ที่น้อยกว่ากลุ่ม non-MD อธิบายได้ว่า อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ อาจทำงานหนัก หรือไม่เป็นเวลา จึงทำให้ไม่มีเวลาดูแล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงทำให้พฤติกรรมเหล่านี้ ปฏิบัติได้เหมาะสมน้อยกว่ากลุ่ม non-MD

2.2) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวม ทั้งความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อวิเคราะห์เฉพาะด้านพบว่า กลุ่ม MD พบการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น สัมพันธ์กับการรับประทานครบถ้วนและตรงเวลาตามที่แพทย์สั่งมากขึ้น และไม่มีการปรับขนาดยาและหยุดยาเองมากขึ้น สอดคล้องกับ ปฐญาภรณ์ ลาลูน และคณะ (42) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีอย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์นี้ในกลุ่ม non-MD หรือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคมที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต

3.1) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว

พบความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้นกับพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการใช้ยา ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาลูน และคณะ (42) ที่อธิบายไว้ว่าการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เจ้าที่ทิมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความคาดหวังจากครอบครัว หรือคนใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของโซธิรัส พลไชยมาตย์ และเสนห์ แสงเงิน (41) ที่พบว่าปัจจัยเสริมด้าน

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม โดยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวตามลำดับ

โดยงานวิจัยนี้ พบว่ากลุ่ม non-MD มีค่า r ของความสัมพันธ์มากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่ม MD แต่ในทางตรงข้าม เมื่อมีแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้น จะพบพฤติกรรมการรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อลืมรับประทานยาน้อยลง ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ในกลุ่ม MD

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น ๆ ทางสังคมที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยา

รักษาโรคความดันโลหิต

4.1) ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง

ในกลุ่ม MD พบความสัมพันธ์ของจำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตมากขึ้นกับการสังเกตวันหมดอายุมากขึ้น โดยไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิต ผลการศึกษาที่พบนี้ขัดแย้งกับกับรายงานของจิตชนก ลีทวีสุข (47) ที่อธิบายไว้ว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาน้อยกว่าหรือเท่ากับสองชนิดมีการบริหารยาที่เหมาะสมสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ยารวันละ 3-4 ชนิด และผู้ป่วยที่ใช้ยารวันละมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมาลี วัจนกร (12) ที่พบว่ายี่งจำนวนชนิดยา เม็ดยาน้อย จะทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับประทานยา ไม่เป็นภาระในชีวิตประจำวัน หรือเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการรับประทานยา จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดก็ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตในเชิงลบแต่อย่างใด

4.2) ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง

ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทั้ง 3 กลุ่ม แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะด้านพบว่าเมื่อได้รับยาโรคความดันโลหิตระยะเวลานานขึ้น สัมพันธ์กับการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยาน้อยลง ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeon-Hwan Park (56) เรื่องการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 241 คน จากศูนย์ชุมชนผู้สูงอายุ (community senior center) พบว่าในกลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาจะมีระยะเวลาในการวินิจฉัย และระยะเวลาในการใช้ยาสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา

5.2 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่ม MD และกลุ่ม non-MD ทั้งหมดจำนวน 253 คน โดยผลการศึกษาตอบโจทย์วัตถุประสงค์ได้ดังนี้

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการใช้ยา พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง พฤติกรรมการเก็บรักษายา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอยู่ในระดับเหมาะสมมากในกลุ่ม MD และเหมาะสมปานกลางในกลุ่ม non-MD แต่เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าในพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงในกลุ่ม MD มีการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งน้อยกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมการเก็บรักษายา กลุ่ม MD มีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยามากกว่ากลุ่ม non-MD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่ม MD มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เข้าถึงปัจจัยเอื้อด้านบริการสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่า non-MD อย่างมีนัยสำคัญ โดยทราบว่าถ้าความดันโลหิตลดลงสู่ในระดับปกติก็จำเป็นที่จะต้องมาตรวจตามนัด, การลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย, โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร้ายแรง ไม่มีอันตรายต่อชีวิต และมีความสะดวกในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ และด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นใจปลอดภัยและมีกำลังใจ และสมาชิกในครอบครัวมีการเอาใจใส่และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาทั้ง 4 ด้าน ยกเว้นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยา โดยกลุ่ม MD มีค่า r สูงสุด รวมทั้งพบพฤติกรรมด้านการอ่านฉลากยาที่ดีขึ้นและการรับประทานยาตรงเวลามากขึ้นด้วย ส่วนกลุ่ม non-MD มีความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับโรคที่มากขึ้นกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงได้ดีขึ้น และมีการเก็บรักษายาที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่ม MD ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลิ้มรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเก็บ

รักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมด้านนี้ดีกว่าสถานภาพสมรสโสด หมาย หย่า แยกกันอยู่ และพบความสัมพันธ์ของจำนวนโรคประจำตัวอื่นสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่นำยาของผู้อื่นมารับประทาน และการไม่แบ่งยาให้ผู้อื่นรับประทาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่กลับมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยาแย่งอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนในกลุ่ม non-MD ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อลืมรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมด้านนี้ดีกว่าเพศชาย ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนโรคประจำตัวอื่นสัมพันธ์บวกกับการไม่ซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าจำนวนโรคประจำตัวสัมพันธ์เชิงลบกับการสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา มีการแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยา และการสังเกตวันหมดอายุของยา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ในทั้ง 2 กลุ่ม แต่ในกลุ่ม MD พบว่า ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา และพฤติกรรมการเก็บรักษายาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท จะมีพฤติกรรมด้านนี้ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว พบความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่ม non-MD มีค่า r มากกว่ากลุ่ม MD ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ จำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูง และระยะเวลาที่ได้รับยาโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา ในทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง

5.3 ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่าการวิเคราะห์เฉพาะด้านในแต่ละพฤติกรรม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม MD และ non-MD โดยไม่พบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างเมื่อวิเคราะห์เป็นคะแนนรวมของพฤติกรรมนั้นๆ และการเปรียบเทียบกลุ่มผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มในลักษณะนี้ ยังไม่ค่อยมีรายงานมากนัก การศึกษาวิจัยต่อยอดถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเฉพาะด้าน อาจทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย หรือการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการสนับสนุนให้มีผู้ดูแล และคุณสมบัติของผู้ดูแลได้

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Ageing and health.2018 [updated 2018 February 5; cited 2020 July 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562.2562 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2560.2560 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1533055363-125_1.pdf.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้สูงอายุประเทศไทย ปี 2561.2661 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/153>.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน ปี 2559 - 2561 (ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หลอดเลือดหัวใจ, หลอดเลือดสมอง, COPD).2562 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร.2563 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน .2562 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>.
8. World Health Organization. Hypertention.2019 [cited 2020 July 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรค 4 NCD ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2559-2561.2561 [cited 2563 กรกฎาคม 1]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3>.
10. สมาคมโรคความดันโลหิตสูง. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติ พ.ศ.2562 พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. กรุงเทพฯ: ทรिक อินค์; 2562.
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
12. สุมาลี วังชนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุล, ปราณี คำจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2551;26(6):539-47.
13. ชไมพร กาญจนกิจสกุล. กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเกื้อหนุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. สถาบันวิจัย ระบบ สาธารณสุข; 2014.

14. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์ 2557.
15. Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC of hypertension: The pathophysiology of hypertension. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001;322(7291):912-6.
16. Riet L, Esch JH, Roks AJ, Meiracker AH, Danser AJ. Hypertension: renin–angiotensin–aldosterone system alterations. *Circulation research*. 2015;116(6):960-75.
17. Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World journal of cardiology*. 2012;4(5):135-47.
18. Howes LG, Reid JL. The effects of alcohol on local, neural and humoral cardiovascular regulation. *Clinical Science*. 1986;71(1):9-15.
19. Kawano Y. Physio-pathological effects of alcohol on the cardiovascular system: its role in hypertension and cardiovascular disease. *Hypertension Research*. 2010;33(3):181-91.
20. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension*. 2008;51(4):1080-7.
21. Cohen JB. Hypertension in Obesity and the Impact of Weight Loss. *Current cardiology reports*. 2017;19(10):98-.
22. Rust P, Ekmekcioglu C. Impact of Salt Intake on the Pathogenesis and Treatment of Hypertension. In: Islam MS, editor. *Hypertension: from basic research to clinical practice*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 61-84.
23. Virdis A, Giannarelli C, Neves MF, Taddei S, Ghiadoni L. Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des*. 2010;16(23):2518-25.
24. Shen Y, Chang C, Zhang J, Jiang Y, Ni B, Wang Y. Prevalence and risk factors associated with hypertension and prehypertension in a working population at high altitude in China: a cross-sectional study. *Environmental health and preventive medicine*. 2017;22(1):19.
25. Touyz RM, Montezano AC. Hypertensive Vasculopathy. In: Lanzer P, editor. *PanVascular Medicine*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 1595-618.
26. Irigoyen MC, De Angelis K, dos Santos F, Dartora DR, Rodrigues B, Consolim-Colombo FM. Hypertension, Blood Pressure Variability, and Target Organ Lesion. *Current Hypertension Reports*. 2016;18(4):31.
27. Veglio F, Paglieri C, Rabbia F, Bisbocci D, Bergui M, Cerrato P. Hypertension and cerebrovascular damage. *Atherosclerosis*. 2009;205(2):331-41.

28. Saliba LJ, Maffett S. Hypertensive Heart Disease and Obesity: A Review. *Heart Failure Clinics*. 2019;15(4):509-17.
29. American Heart Association. High Blood Pressure America: American Heart Association; 2016 [updated 31 October 2016; cited 2020 1 July]. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/the-facts-about-high-blood-pressure/what-is-high-blood-pressure>.
30. Schmieder RE. End organ damage in hypertension. *Deutsches Arzteblatt international*. 2010;107(49):866-73.
31. Mennuni S, Rubattu S, Pierelli G, Tocci G, Fofi C, Volpe M. Hypertension and kidneys: unraveling complex molecular mechanisms underlying hypertensive renal damage. *Journal of Human Hypertension*. 2014;28(2):74-9.
32. Chatterjee S, Chattopadhyaya S, Hope-Ross M, Lip PL. Hypertension and the eye: changing perspectives. *Journal of Human Hypertension*. 2002;16(10):667-75.
33. Farzam K, Jan A. Beta Blockers.2020 [updated 2020 July 8; cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532906/>.
34. McKeever RG, Hamilton RJ. Calcium Channel Blockers.2020 [updated 2020 July 10; cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482473/>.
35. Herman LL, Padala SA, Annamaraju P, Bashir K. Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI).2020 [updated 2020 June 22 cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431051/>.
36. Hill RD, Vaidya PN. Angiotensin II Receptor Blockers (ARB).2020 [updated 2020 August 22; cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537027/>.
37. Akbari P, Khorasani-Zadeh A. Thiazide Diuretics.2020 [updated 2020 July 10 cited 2020 October 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532918/>
38. ธิดาทิพย์ ชัยศรี. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
39. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
40. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) 2562:19-22.
41. โชริฐ พลไชยมาตย์, เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในชมรมผู้สูงอายุตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสหวิทยาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2019;3(No.1):65-70.

42. ปฐญาภรณ์ ลาลูน. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
43. จุฑาภรณ์ ทองญวน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต11. 2558;29(2):195-202.
44. ภัสราวัลย์ ศีตสาร , อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ , จารุวรรณ ใจลังกา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2556;9(2).
45. วรณวิสา รอดกล่อม การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ,. 2555;6(2(พ.ย. –ส.ค.)):2557.
46. EunJu L, Euna P. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. Contemporary Nurse. 2017;53(6):607-21.
47. จิตชนก ลี้ทวีสุข, พชร เมฆี, พรทิพย์พา ถวี, พิษณุสินี ญาณะ, พิธาน จินดาวัฒนวงศ์, ลลิต ภัทร ถิรธัญบุรณ์, et al. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนเชียงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
48. เกษก่อง สีหะวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
49. กาญจนา ปัญญาธร, ณัฏฐนันท์ รัตนพาณิชย์. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจอมศรี อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2562;27(2):119-27.
50. Karakurt P, Kaşıkçı M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. Journal of Vascular Nursing. 2012;30(4):118-26.
51. ศศิธร ตันติเอกรัตน์, ภัทราวดี มากมี, นิชาภา สุขสงวน, นวพร สัตพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดบุรีรัมย์โดยใช้ทฤษฎี Precede Framework. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563;15(1):59-73.
52. อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.; 2552.
53. อัคร อ่วมสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

54. Stoehr GP, Lu SY, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CC, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2008;6(5):255-63.
55. Corsonello A, Pedone C, Lattanzio F, Lucchetti M, Garasto S, Carbone C, et al. Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag*. 2009;5(1):209-16.
56. Yeon-Hwan P, Heejin K, Soong-Nang J, Kang KC. Predictors of adherence to medication in older Korean patients with hypertension. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;12(1):17-24.
57. นิรันดร์ สุวรรณ. พฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
58. กุสุมา กังหลิ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(2):170-82.
59. พิมพ์ธิดา บุญวงศ์, เสาวนันท บารอราช. ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาน จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนารวมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2558;3(3):377-93.
60. ดาไลมา สำแดงสาร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสานในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
61. Taber KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*. 2018;48(6):1273-96.
62. วิรัตน์ แก้วภูมิแห่. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยของสมาชิกสาธารณสุข,. *วารสารวิชาการแพทย์*. 2560;31(1):61-71.
63. วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์. การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก,. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2555;2(6):76-88.
64. Caldwell Jr Fau - Cobb S, Cobb S Fau - Dowling MD, Dowling Md Fau - de Jongh D, de Jongh D. The dropout problem in antihypertensive treatment. A pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow antihypertensive treatment. (0021-9681 (Print)).

ภาคผนวก

ภาคผนวก (ก)

แบบสอบถาม



เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะ
เภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึง
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าว ครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัย
รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้า
พอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใด
ก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การใช้บริการ และการรักษาโรค ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับ
ต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุป
ผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม
นี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม
ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยบันทึกเสียงของข้าพเจ้าเพื่อแสดงความยินยอมนี้ด้วย
ความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พยานลงลายมือชื่อรับรองด้วย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์เรียน ผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ข้าพเจ้า เกษัชกรหญิง ดร.ภัทรวดี ศรีคุณ ตำแหน่ง อาจารย์ หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ก่อนที่จะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มี และไม่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของบุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ท่านตอบคำถามในแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และขออนุญาตบันทึกเสียงตลอดระยะเวลาในการสัมภาษณ์

การเข้าร่วมตอบคำถามการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาหรือรับบริการที่ท่านพึงได้รับ

ผลการศึกษานี้อาจไม่เป็นประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการวางแผนและดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคตและจะใช้ประโยชน์เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นจะนำไปทำลายหลักฐาน

ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถามและข้อสงสัยของทุกท่านทุกเมื่อ เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ แล้วขอความกรุณาลงนาม ในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วยนี้ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัวบุคลากรคณะเภสัช
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง

แบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่2 พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง
- ส่วนที่3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ ยาในแบบสอบถามนี้ หมายถึงเฉพาะยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ชื่อ-สกุล.....
2. เพศ
☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
3. วัน/เดือน/ปีเกิด.....
4. อายุผู้สูงอายุ.....ปี
5. สถานภาพสมรส
☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ 1. ไม่ได้รับการศึกษา
☐ 2. ประถมศึกษา
☐ 3. มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า
☐ 6. อนุปริญญา/ ปวส. หรือเทียบเท่า
☐ 7. ปริญญาตรี
☐ 8. สูงกว่าปริญญาตรี
☐ 9. อื่นๆ ระบุ.....

7. อาชีพปัจจุบัน

- ☐ 1. รับจ้าง หรือ แร่งงานรายวัน
- ☐ 2. รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
- ☐ 3. เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำปศุสัตว์)
- ☐ 4. ค้าขาย
- ☐ 5. ไม่ได้ทำงาน
- ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

8. กรณีเกษียณอายุโปรดระบุอาชีพก่อนเกษียณ.....

9. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)

- ☐ 1. น้อยกว่า10,000 บาท
- ☐ 2. 10,001-15,000 บาท
- ☐ 3. 15,001-20,000 บาท
- ☐ 4. 20,001-25,000 บาท
- ☐ 5. มากกว่า 25,000 บาท

10. รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ (รวมเงินที่ได้จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน)

- ☐ 1. น้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท
- ☐ 2. 5,001-10,000 บาท
- ☐ 3. 10,001-15,000 บาท
- ☐ 4. 15,001-20,000 บาท
- ☐ 5. มากกว่า 20,000 บาท

11. สิทธิการรักษา

- ☐ 1. บัตรทอง
- ☐ 2. ประกันสังคม
- ☐ 3. สิทธิข้าราชการ
- ☐ 4. จ่ายเอง
- ☐ 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

12. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์.....ปี.....เดือน

13. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

14. จำนวนเม็ดยาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานต่อวัน

มือ	เช้า	กลางวัน	เย็น	ก่อนนอน
จำนวนเม็ดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทาน (เม็ด)				

15. โรคประจำตัวอื่น

- ☐ 1. โรคเบาหวาน
- ☐ 2. ไขมันในเลือดสูง
- ☐ 3. โรคไต
- ☐ 4. โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ☐ 5. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ☐ 6. โรคมะเร็ง
- ☐ 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

16. ผู้ที่จัดยารับประทานในแต่ละมือ

- ☐ 1. ผู้ดูแล
- ☐ 2. ผู้ป่วยจัดเอง

17. ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. บุตร หรือ ธิดา
- ☐ 2. หลาน
- ☐ 3. สามี ภรรยา
- ☐ 4. พี่น้อง
- ☐ 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

18. อาชีพของผู้ดูแล

- ☐ 1. รับราชการ (ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์) โปรดระบุ.....
- ☐ 2. บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายบำบัด นักรังสีการแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข) โปรดระบุ.....
- ☐ 3. รับจ้าง หรือ แรงงานรายวัน
- ☐ 4. เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ทำปศุสัตว์)
- ☐ 5. ค้าขาย
- ☐ 6. ไม่ได้ทำงาน
- ☐ 7. . อื่น ๆ ระบุ.....

19. ผู้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูล (ถ้ามี)

19.1 ชื่อ-สกุล

.....

19.2 เบอร์โทรศัพท์

.....

19.3 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

.....

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 1 พฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติจริง

คำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ประจำ ทุกวัน	บ่อย 5-6 วัน/ สัปดาห์	บางครั้ง 3-4 วัน/สัปดาห์	นาน ๆ ครั้ง 1-2 วัน/สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานยาตาม ครบถ้วนที่แพทย์สั่ง					
2. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดย อ่าน ชื่อยาก่อนรับประทาน					
3. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดย อ่านขนาดยาที่ใช้ก่อน รับประทาน					
4. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดย อ่าน ข้อบ่งใช้ก่อนรับประทาน					
5. ท่านอ่านฉลากยาที่ได้รับโดย อ่านเวลาที่ใช้ก่อนรับประทาน					
6. ท่านรับประทานยาตรงเวลา					
7. ท่านนำยาของผู้อื่นมา รับประทาน					
8. ท่านนำยาของท่านแบ่งให้ผู้อื่น รับประทาน					
9. ท่านเคยลืมรับประทานยา					

หมายเหตุ

- แบ่งยาใส่ภาชนะอื่น ถือว่าไม่ได้อ่านฉลาก
- ใน 1 วันลืมอ่านฉลาก 1 ครั้ง หรือลืมรับประทานยา 1 ครั้ง ให้นับวันนั้นเป็นวันที่ลืม

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือการจัดการกับอาการข้างเคียง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติจริง

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
1. ท่านสังเกตอาการผิดปกติหลังจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เป็นลม อาการไอแห้งรุนแรง ข้อเท้าบวม			
2. ท่านเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง			
3. ท่านแจ้งเภสัชกรว่ามีการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปซื้อยารับประทานเอง			
4. ท่านแจ้งแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งเมื่อไปรักษาที่อื่น			
5. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น			
6. ท่านปรับขนาดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง			
7. ท่านหยุดทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าการของโรคดีขึ้น			
8. ท่านหยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียง			
9. ท่านเคยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิตหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ ☐ หน้ามืด ☐ เป็นลม ☐ คลื่นไส้อาเจียน ☐ ไอแห้ง ☐ ข้อเท้าบวม ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....			
9.1 เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงกลับไปพบแพทย์หรือเภสัชกรที่ทำการรักษา			
10. ท่านใช้สมุนไพรหรืออาหารเสริมเพื่อรักษาโรคความดันโลหิต ร่วมกับยาที่แพทย์สั่ง หรือไม่ กรณีที่ใช้โปรดระบุ หมายเหตุ กรณีที่ซื้อใช้เองแต่ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์หรือเภสัชกรแล้ว ถือว่าเป็นการใช้จากแพทย์/เภสัชแนะนำ			
☐ ใช้จากแพทย์/เภสัชแนะนำ โปรดระบุสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ใช้.....			
☐ ใช้ด้วยตัวเอง โปรดระบุสมุนไพรหรืออาหารเสริมที่ใช้.....			

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการเก็บรักษายา

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติจริง

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
1. ท่านสังเกตการเสื่อมสภาพของยาก่อนใช้ยา			
2. ท่านสังเกตวันหมดอายุของยา			
3. ท่านแบ่งยาออกใส่ขวดหรือภาชนะที่ไม่มีฉลากยาเดิมกำกับ			
4. ท่านแกะยาจากซองและเก็บรวมกับยาชนิดอื่น			
5. ท่านเก็บยาห่างจากความร้อน ความชื้น และแสงสว่าง			
6. ท่านเก็บยาเป็นที่เฉพาะ ไม่ปะปนกับยาของผู้อื่น			
7. ท่านเก็บยาพ้นจากมือเด็ก			

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยา

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับที่ท่านปฏิบัติจริง

คำถาม	เคยปฏิบัติ	ไม่เคยปฏิบัติ	ชื่อยาที่สัมผัสรับประทาน(ถ้าไม่รู้ชื่อให้บรรยายลักษณะยา)
1. ท่านรับประทานยาทันทีที่นึกขึ้นได้เมื่อสัมผัสรับประทานยา			
2. ท่านรับประทานยาทั้งสองมือในครั้งเดียวเมื่อสัมผัสรับประทานยา			
3. ท่านรับประทานยารวบมือเมื่อใกล้เวลารับประทานยามือถัดไป			

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
ด้านความหมาย			
1. ความดันโลหิตสูง คือ ความดันโลหิตเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท			
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังรักษาให้หายขาดได้			
ด้านอาการ			
1. ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแสดงของโรค			
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักมีอาการปวดศีรษะ และปวดท้ายทอยในเวลากลางคืน			
3. ท่านรู้เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของท่านหรือไม่			
4. ถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงสู่ในระดับปกติ ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัด			
5. การลืมรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย			
6. เมื่อความดันโลหิตลดลงสู่ระดับปกติแล้ว ผู้ป่วยสามารถหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตได้เองทันที			
7. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ร้ายแรง ไม่มีอันตรายต่อชีวิต			
8. ถ้ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต เช่น หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ต้องรีบไปพบแพทย์			
ด้านการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน			
1. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การบริโภคโซเดียม เช่น เกลือ ผงชูรส ในปริมาณสูงจะช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง			
2. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายได้			
3. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อภาวะจอประสาทตาเสื่อมได้			

ตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	มากที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1
1. ความสะดวกในการเดินทางไปรับยา ที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการ สุขภาพ					
2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์					
3. การได้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ตัวเองจากบุคลากรทาง การแพทย์					
4. ความพึงพอใจในการบริการของ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ ที่ท่านทำการรักษา					
5. ความพึงพอใจต่อขั้นตอนในการรับ บริการที่โรงพยาบาลหรือสถาน บริการสุขภาพ					
6. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา ที่ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ					
7. ค่าใช้จ่ายสำหรับยารักษาโรคความ ดันโลหิตสูง					
8. ระยะเวลาในการเดินทางไปรับยาที่ โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ					

ตอนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

คำถาม	มากที่สุด 5	มาก 4	ปาน กลาง 3	น้อย 2	น้อย ที่สุด 1
1. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่น มั่นใจปลอดภัยและมี กำลังใจ					
2. สมาชิกในครอบครัวคอยเตือนให้ ท่านรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง					
3. สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เอาใจใส่ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาที่ ถูกต้อง					
4. ท่านได้รับคำชมเชย จากสมาชิกใน ครอบครัวเมื่อรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง					
5. สมาชิกในครอบครัวช่วยเตรียมยา ในแต่ละมื้อ					
6. สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปพบ แพทย์ตามนัด					
7. สมาชิกในครอบครัวไม่ได้มีการดูแล ถามไถ่ และติดตามอาการของท่าน					

ปี	กิจกรรม	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค
2563	1.ขั้นวางแผน 1.1 วางแผนโครงการวิจัย 1.2 ทบทวนวรรณกรรม 1.3 จัดทำแบบสัมภาษณ์ 1.4 ติดต่อประสานงานเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ และเก็บรวบรวมข้อมูล 2.ขั้นตอนการ 2.1 สํารวจพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 2.2 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	↔								
		↔→								
				↔						
					↔→					
								↔→		
2564	3.ขั้นสรุปผล 3.1 วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานผลการวิจัย 3.2 นำเสนอผลงานวิจัย									
								↔→		
										↔

ภาคผนวก (ง)

แบบฟอร์มรายงานการเงิน

รายงานสรุปการเงิน

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณการเงินรายได้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว
บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีผู้ดูแลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน ภก.อ.ดร.ฤทธิณรงค์ มีพงษ์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563

รายรับ

จำนวนเงินที่ได้รับ (100%) 9,000 บาท เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564

รายจ่าย

รายการ	งบประมาณที่ตั้งไว้	งบประมาณที่ใช้จริง	จำนวนเงินคงเหลือ/ เกิน
1. ค่าจัดทำรูปเล่ม และโปสเตอร์ วิชาการ	1,500 บาท	1,500 บาท	0 บาท
2. ค่าเดินทาง สำหรับอาจารย์ที่ ปรึกษาร่วม	3,000 บาท	3,000 บาท	0 บาท
3. ค่าเลี้ยงรับรอง สำหรับอาจารย์ที่ ปรึกษาร่วม	1,500 บาท	1,500 บาท	0 บาท
รวม	6,000 บาท	6,000 บาท	0 บาท

.....


(ภก.อ.ดร.ฤทธิณรงค์ มีพงษ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย