



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและ
ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
Effect of Self-Management Support Program on Medication Adherence and
Blood Pressure Among Older Adults with Uncontrolled Hypertension

ไหมมูนิะ สังขาว
Maimuna Sungkhao

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและ
ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
Effect of Self-Management Support Program on Medication Adherence and
Blood Pressure Among Older Adults with Uncontrolled Hypertension

ไหมมุนีะ สังขาว
Maimuna Sungkhao

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผู้เขียน นางสาวไหมมุนีะ สังขาว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดศิริ หิรัญชุนหะ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเองและได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวไหมมูนิะ สังขาว)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวไหมมุนีะ ส้งขาว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
ผู้เขียน นางสาวไหมมูนิะ สังขาว
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 62 ราย จากคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ชั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคใต้ ใช้วิธีการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประเมินผลการทดลองโดยประเมินความดันโลหิตและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยาร่วมกับการใช้แบบประเมินที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น จึงควรนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

Thesis Title	Effect of Self-Management Support Program on Medication Adherence and Blood Pressure Among Older Adults with Uncontrolled Hypertension
Author	Miss Maimuna Sungkhao
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2018

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-management support program on medication adherence and blood pressure among older adults with uncontrolled hypertension. Sixty-two older adults with uncontrolled hypertension were purposively selected from the medical clinic of the super tertiary hospital in the south of Thailand. All 62 eligible subjects were randomly allocated into two groups with 31 cases per group. The control group received regular nursing care and the intervention group received regular nursing care and the self-management support program for 8 weeks. The results were evaluated by blood pressure measurement and assessment of medication adherence score using pill count with the medication adherence questionnaire (Cronbach's alpha coefficient 0.80). The personal information was analyzed using descriptive statistics and the hypotheses were tested using paired t-test and independent t-test.

The results showed that after completion of the program, a mean score of medication adherence in the intervention group was statistically significantly higher than before the implementation and higher than the control group ($p < .001$), and mean systolic and diastolic blood pressure in the intervention group was statistically significantly lower than before the implementation and lower than the control group ($p < .001$).

The findings suggest the benefits of the self-management support program on the improvement of medication adherence and better blood pressure control among older adults with uncontrolled hypertension. Therefore, this program should be employed in order to help older adults with uncontrolled hypertension and further promote safety from complications that may be caused by uncontrolled hypertension.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลสำคัญหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอให้พระเจ้าตอบแทนคุณความดีของทุกท่านให้ประสบแต่ความสุขความเจริญยิ่งๆ ขึ้นไป

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ อาจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย สำหรับความกรุณาในการช่วยถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งช่วยชี้แนะ ให้คำปรึกษา ช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยเสริมสร้างกำลังใจให้สามารถทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วง ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ในทุกระดับการศึกษา ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นพ.ศรัณยู สุวรรณอักษร อาจารย์ ดร. ภญ. อวรรณ แซ่ลิ้ม และ พว. สุมาลี วัจนากร ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าสำหรับการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการช่วยตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์กรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ที่ช่วยทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก 3 หัวหน้าคลินิกอายุรกรรม ผู้ช่วยวิจัย ผู้ป่วยตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ทำให้การเก็บข้อมูลวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ทำให้ผลการวิจัยเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่เปิดโอกาสและคอยสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ และขอขอบพระคุณพี่น้องเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ต้องรับภาระงานแทนผู้วิจัยในระหว่างการศึกษารวมทั้งคอยห่วงใยและให้กำลังใจตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณทุกท่านกำลังใจและทุกพรอันประเสริฐจากคุณพ่ออันเป็นที่รักยิ่งทุกคนจากครอบครัวลูกหลานชายหิม พี่สาว พี่ชายและหลานจากบ้านตะวันฟ้า น้องสาวและหลานจากครอบครัวนาคกล่อม ตลอดจนเพื่อนๆ พี่น้องคนสนิท และกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ช่วยสนับสนุนทั้งร่างกายและแรงใจทำให้วิทยานิพนธ์และการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้สมความภาคภูมิใจ

ไหมมูณะ สังขวา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการควบคุมโรค.....	12
นิยามของโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุ.....	12
พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	15
การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	16
โรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	17
แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	18
แนวทางการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ.....	26
ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ.....	31
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ.....	32
ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ.....	35
ยารักษาโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	41
นิยามของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา.....	41
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต....	41
ลักษณะและอุบัติการณ์ของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่พบ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	42
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง.....	43
วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา.....	49
หลักการรับประทานยาที่ต้องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	53
แนวทางการให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา.....	56
แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ.....	58
การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้.....	60
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	70
แบบการวิจัย.....	70
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	71
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	83
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	92
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	94
ผลการวิจัย.....	95
การอภิปรายผลการวิจัย.....	105

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	112
สรุปผลการวิจัย	112
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	113
ข้อเสนอแนะ.....	114
เอกสารอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก.....	130
ก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยเพิ่มเติม.....	131
ข การคำนวณหาขนาดอิทธิพลความแตกต่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	148
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	149
ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	157
ส่วนที่ 1 แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ.....	158
ส่วนที่ 2 สื่อที่ใช้ในแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง.....	182
ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint).....	183
ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา.....	184
ตัวอย่างสมุดบันทึกการรับประทานยาและการบันทึกเป้าหมาย ในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง.....	185
ตัวอย่างบัตรยา.....	186
ส่วนที่ 3 ตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์.....	187
จ แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	188
ฉ หนังสืออนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย.....	194
ช หนังสือรับรองการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องวัดความดันโลหิต.....	195
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	196
ประวัติผู้เขียน.....	197

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์กรที่พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูง.....	12
2	แนวทางการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุจำแนกตามคำแนะนำขององค์กรที่พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูง.....	27
3	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	95
4	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test).....	98
5	ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test).....	101
6	ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test).....	102
7	ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการใช้แบบประเมิน ค่าเฉลี่ยอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	103
8	ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	104

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	แบบแผนการวิจัย.....	70
3	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานหากไม่สามารถควบคุมโรคได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต (ทิพมาศ, 2560) ประกอบกับปัจจุบันจำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.70 ในปี พ.ศ. 2557 โดยพบความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปคือร้อยละ 64.9 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ในขณะเดียวกันก็พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทยมีปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึงร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สุรเดช, ชีระ, แก้วกุล, ลีลี, และยศ, 2557) จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้หลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจากแพทย์แผนปัจจุบัน (วิชัย, 2559) แม้ที่ผ่านมาจะไม่มีการระบุระยะเวลาที่แน่ชัดในการรักษา แต่มีการกำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาในผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน โดยตามแนวปฏิบัติการจัดการความดันโลหิตสูงของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 (The Eight Joint National Committee [JNC 8]) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและ/หรือ โรคไตเรื้อรังร่วมด้วยว่าต้องมีความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในผู้สูงอายุอื่นๆ ต้องมีความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (James et al., 2014)

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในจอประสาทตาและการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการมีระดับความดันโลหิตที่ยิ่งสูงขึ้นโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ยิ่งมีมากขึ้น (World Health Organization [WHO], 2015) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้หลายประการ ได้แก่ ภาวะความคับข้องใจและทุกข์ทรมานใจจากความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตที่ไม่

สามารถคาดเดาได้ว่าโรคจะมีอาการกำเริบเมื่อใด (เนาวรัตน์, บุชราคม, และวิวัฒน์, 2554) ความอ่อนแอของร่างกาย หรือความพิการที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ส่งผลให้เกิดความกังวลว่าต้องเป็นภาระของครอบครัว (ปัฐยาวัชร และคณะ, 2558) และภาวะพึ่งพาที่เกิดขึ้นทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลต่อการเพิ่มอัตราการครองเตียงและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมของประเทศ (วิไลวรรณ, จันทนา, สมจินต์, ณัฐสุรางค์, และวรวรรณ, 2554) เพื่อไม่ให้ผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องมีวิธีการที่ช่วยดูแลและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) และการมีโรคร่วม (ราม, ปิยทัศน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) เป็นปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภายใน 1 ปีหลังการรักษา (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008) และในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 80 (ปิ่นทอง, วิชชุดา, วันเพ็ญ, ศรีนรัตน์, และฉัตรกนก, 2559; วิภาภรณ์, นันทวัน, และกนกพร, 2560) การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.7 เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และร้อยละ 31.6 ของผู้ป่วยที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย เช่น ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน หรือไตเรื้อรัง (Abegaz et al, 2017) ทั้งนี้ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมจะมีความซับซ้อนในการรักษาและจำนวนยาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น (Salive, 2013)

การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมจำเป็นต้องรับประทานยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้น การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยานอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แล้ว ก็ยังเป็นปัญหาด้านการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการสั่งใช้ยาที่ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ศศิมา และปวีตรา, 2553) ดังนั้นปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีการพัฒนาแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยมีผู้ให้บริการสุขภาพคอยช่วยเหลือสนับสนุน

(Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ซึ่งกลยุทธ์ห้าเอประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำ (advise) 3) การทำข้อตกลง (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การจัดการ (arrange) (Glasgow et al., 2003) โดยการศึกษาที่ผ่านมาได้นำแนวคิดนี้มาใช้พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีระดับการทำกิจกรรมทางกายและระดับไขมันดีเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระดับความดันซิสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นและช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่นำกลยุทธ์ห้าเอมาสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและในกลุ่มผู้สูงอายุยังไม่พบการศึกษาที่มีการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียว มีเพียงการศึกษาที่สนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน (จันทร์จิรา, ปุโลวิซซ์, และดวงหทัย, 2557; ชลการ, 2557) การศึกษาที่สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียวมีเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (สำรวย, 2561) และในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ฐานิชญาณ์, 2553; จำไพ, นงเยาว์, และจิตตากรณ, 2556) หรือแม้จะมีการศึกษาที่นำแนวคิดอื่นมาใช้ในการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่เป็นการศึกษาที่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ไม่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานและไตเรื้อรังและมีการใช้หลักศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโปรแกรม (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558) และอีกการศึกษาเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 15 ราย (Ruppar, 2010) ซึ่งความแตกต่างของบริบททางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ความซับซ้อนของโรคและการรักษาอาจทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถอ้างอิงไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปได้ ประกอบกับผู้สูงอายุมีข้อจำกัดที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่อันเป็นผลจากการเสื่อมสภาพของร่างกายและสติปัญญาตามวัยที่ทำให้ความสามารถในด้านการคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การมองเห็นและความจำที่ลดลง (ผ่องพรรณ, 2555) ส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านพร้อมกันทำได้ไม่เต็มศักยภาพ หรือมีประสิทธิภาพได้ไม่ดีเท่ากับในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแตกต่างไปจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาจากการไม่แสดงอาการของโรค (กิธณา, วันทนา, และอรสา, 2557; Hu, 2016) การรับรู้ว่าการไม่มีอาการคือการหายจากโรค (ปิ่นทอง, วิชชุดา, วันเพ็ญ, ศรีนรัตน์, และฉัตรกนก, 2559) หรือการมีโรคร่วมที่ทำให้ความซับซ้อนในการรักษาและปริมาณยาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น (Toh et al., 2014; Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013)

ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อต้องการช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นจนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบที่จะเกิดจากโรค ทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
3. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวหรือไม่
4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวหรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) ของกลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) และได้นำกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนการแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้ได้มากขึ้น จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย หรือใกล้เคียงเกณฑ์เป้าหมายให้ได้มากที่สุด ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก

การสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดนี้ หมายถึง กระบวนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการ การรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เกิดจากโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเชื่อว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในด้านการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการสุขภาพเป็นเพียงแค่ส่วนเล็กน้อยของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเกือบทั้งหมดเกิดจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นหลัก และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ 3 ด้าน ประกอบด้วย การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในหน่วยงานและการเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะด้านการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งมีคำแนะนำให้ใช้กลยุทธ์ห้าเอเพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเข้าถึงสภาพปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ผู้วิจัยได้นำกลยุทธ์ห้าเอมาปรับใช้ในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ดังนี้

1. การประเมิน (assess) เป็นการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยเคยปฏิบัติ ทักษะความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงและการรักษาโดยการรับประทานยา รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นปัญหาอุปสรรคหรือเป็นแหล่งสนับสนุนในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยและสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเพื่อหาแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยได้ใน

ขั้นตอนนี้หากผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้ ก็จะทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทุกกิจกรรมในโปรแกรม

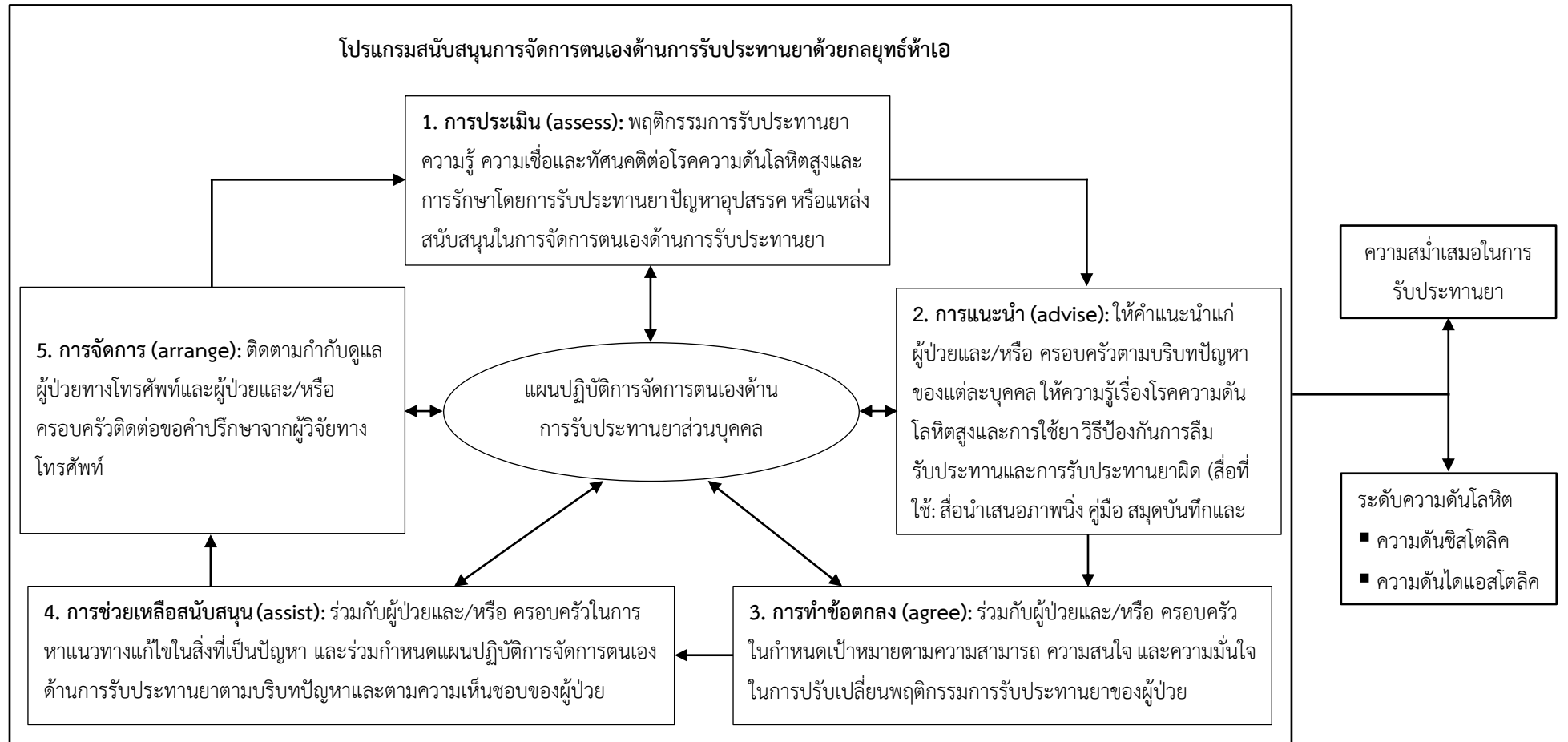
2. การแนะนำ (advise) เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเรื่องยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสม โดยให้คำแนะนำตามบริบทปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายที่ประเมินได้เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งมีทัศนคติที่ดี เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักต่อการรับประทานยา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำกลวิธีที่พบจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นมาปรับใช้ประกอบด้วย การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) และการมอบคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาและการใช้บัตรยา

3. การทำข้อตกลง (agree) เป็นการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอทางเลือกในเป้าหมายที่ควรจะเป็นให้แก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเลือกเป้าหมายอย่างเหมาะสมตามความสามารถ ความสนใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนด

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยในการหาแนวทางแก้ไขในสิ่งที่เป็นปัญหา ทั้งปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย หรือในด้านอื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสมตามบริบทปัญหาและตามความเห็นชอบของผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยนำแผนที่ร่วมกันกำหนดไปฝึกปฏิบัติ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้ก็ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแล

5. การจัดการ (arrange) มีการจัดการกำกับดูแลและติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยในระหว่างที่ให้ผู้ป่วยนำแผนการจัดการตนเองไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องและให้หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษา ให้กำลังใจ หรือให้ความช่วยเหลือในส่วนที่ยังเป็นปัญหาและคอยสนับสนุนและให้คำชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย. ปรับปรุงจาก “ภาพจำลองการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ” โดยกลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ที่ได้ปรับปรุงจากภาพจำลองการฝึกทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานและหัวใจล้มเหลวของกลาสโกว และคณะ (Glasgow et al., 2002)

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่นำกลยุทธ์ห้าเอตามแนวคิดของ กลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) มาพัฒนาเป็นแผนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สามารถใช้ศักยภาพในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จนมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย หรือใกล้เคียงเกณฑ์เป้าหมายให้ได้มากที่สุด ประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) พฤติกรรมการรับประทานยา ความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยารวมทั้งปัญหาอุปสรรค หรือแหล่งสนับสนุนในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา 2) การแนะนำ (advise) ให้คำแนะนำตามบริบทปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย มีการใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) และมอบคู่มือสำหรับให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา แนะนำการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยาและแนะนำการใช้บัตรยา 3) การทำข้อตกลง (agree) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาตามความสามารถ ความสนใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

รับประทานยาของผู้ป่วย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ในสิ่งที่เป็นปัญหา หรือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ โดยร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาตามบริบทปัญหาและตามความเห็นชอบของผู้ป่วยและ 5) การจัดการ (arrange) ติดตามกำกับดูแลการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์ติดตามจำนวน 5 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 และ 1 วันก่อนการนัดพบเพื่อประเมินผลในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณตามแผนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้ตกลงร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) คะแนนมาก หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามาก

3. การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หมายถึง การมีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์เป้าหมายหลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทานที่ได้รับจากแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน โดยใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC 8) (James et al., 2014) คือมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและ/หรือ โรคไตเรื้อรังร่วมด้วยและคือมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 150 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงเพียงโรคเดียวและใช้ระดับความดันโลหิตในการมาพบแพทย์จำนวน 2 ครั้ง เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน คือครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ที่ไม่เกิน 12 เดือน) และในวันที่เข้าร่วมโปรแกรม

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการให้บริการของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ศึกษาที่ให้เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเข้ารับบริการที่คลินิก ได้แก่ 1) การให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักและวัดความดันโลหิตด้วยตนเองโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ 2) การซักประวัติการเจ็บป่วยเบื้องต้นก่อนการเข้าพบแพทย์ 3) การเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา 4) การได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค 5) การแจ้งขั้นตอนการไปติดต่อรับยาและแจ้งกำหนดการมาติดตามการรักษาตามนัดและ 6) การติดต่อขอคำปรึกษาจากเภสัชกรเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยา ทัศนียให้คำปรึกษาด้านยา

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคใต้ ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของการรักษาอันจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา มีเนื้อหาสาระ ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการควบคุมโรค
 - 1.1 นิยามของโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุ
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.4 โรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5 แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.6 แนวทางการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ
 - 1.7 ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ
 - 1.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ
 - 1.9 ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ
 - 1.10 ยารักษาโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 คำนิยามของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.2 ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต
 - 2.3 ลักษณะและอุบัติการณ์ของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่พบในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.5 วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
 - 2.6 หลักการรับประทานยาที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.7 แนวทางการให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
3. แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ
4. การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุและการควบคุมโรค

นิยามของโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยต้องเป็นค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องในสถานพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้ง ขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Mancia et al., 2013)

สำหรับในผู้สูงอายุไม่มีการให้คำนิยามโรคความดันโลหิตสูงที่แยกเฉพาะออกไป แต่มีการกำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาที่เฉพาะไว้ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้มีความแตกต่างกันตามแนวทางการรักษาของแต่ละองค์กรดังแสดงในตาราง 1 สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยึดเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 (JNC 8) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาอันได้แก่ การมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานและ/หรือ โรคไตเรื้อรังร่วมด้วย และการมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุทั่วไป (James et al., 2014) ทั้งนี้เพราะเป็นเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับและมีการใช้อย่างแพร่หลายและเป็นเกณฑ์ที่พบว่าสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวายและโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุได้ (James et al., 2014)

ตาราง 1

ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยองค์กรที่พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

องค์กรที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	ปี ค.ศ. ที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	กลุ่มผู้สูงอายุ	ระดับความดันโลหิต เป้าหมาย (mmHg)
JNC 8	2014	ทั่วไป	< 150/90
		CKD and/or DM	< 140/90

หมายเหตุ. JNC 8 หมายถึง คณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา, CKD หมายถึง การมีโรคร่วมด้วยไตเรื้อรัง, DM หมายถึง การมีโรคร่วมด้วยเบาหวาน

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์กรที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	ปี ค.ศ. ที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	กลุ่มผู้สูงอายุ	ระดับความดันโลหิต เป้าหมาย (mmHg)
สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย	2015	60 - < 80 ปี	< 140-150/90
		≥ 80 ปี	< 150/90
		CKD and/or DM	< 140/90
ACC/ AHA	2017	ทุกคน	< 130/80

หมายเหตุ. ACC/ AHA = คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา, CKD หมายถึง การมีโรคร่วมด้วยไตเรื้อรัง, DM หมายถึง การมีโรคร่วมด้วยเบาหวาน

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจะต้องใช้ระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัดอย่างถูกต้อง ซึ่งวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องสามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (Whelton et al., 2018)

1. การเตรียมตัวก่อนการวัดความดันโลหิต
 - 1.1 ให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะและให้นั่งพักโดยไม่พูดคุยก่อนการวัดมากกว่า 5 นาที
 - 1.2 ไม่ดื่มชาและกาแฟ ไม่ออกกำลังกายและไม่สูบบุหรี่ก่อนการวัดอย่างน้อย 30 นาที
2. ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน (calibration) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และต้องเลือกขนาดสายพันอย่างเหมาะสมคือ ขนาดของถุงลมที่สายพันต้องสามารถคลุมรอบแขนได้ประมาณร้อยละ 80 ของแขนผู้สูงอายุ
3. การปฏิบัติตัวขณะวัดความดันโลหิต
 - 3.1 เอาเสื้อผ้าออกจากบริเวณแขนช่วงบนตำแหน่งที่จะพันสายพัน
 - 3.2 นั่งบนเก้าอี้ให้หลังพิงพนัก วางเท้า 2 ข้างราบกับพื้นและไม่ไขว้ขา
 - 3.3 วางแขนส่วนล่างบนพนักวางแขน เช่น โต๊ะ งอข้อศอก ใช้สายพันพันบริเวณแขนช่วงบน โดยให้จุดกึ่งกลางของสายพันที่ใช้วัดอยู่ระดับเดียวกับหัวใจและไม่กำมือ
 - 3.4 ไม่พูดคุยขณะวัด
 - 3.5 ในการวัดครั้งแรก ให้วัดความดันโลหิตจากแขนทั้ง 2 ข้าง และใช้ค่าความดันโลหิตจากแขนข้างที่สูงกว่า และให้ใช้แขนข้างดังกล่าววัดในครั้งต่อไป
 - 3.6 วัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-2 นาที นำค่าที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยของระดับความดันความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก

โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการในการวัดความดันโลหิตและการเตรียมตัวก่อนการวัดความดันโลหิตตามวิธีดังกล่าวกับกลุ่มตัวอย่างทุกรายทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและเนื่องจากระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและสถานที่ที่วัด ซึ่งค่าที่วัดได้จากที่บ้านมักมีค่าต่ำกว่าค่าที่วัดได้ที่โรงพยาบาล บางครั้งแพทย์จึงจำเป็นต้องใช้ค่าความดันโลหิตที่วัดได้จากที่บ้านประกอบการรักษาในผู้สูงอายุ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) สิ่งที่ต้องแนะนำในการให้ผู้สูงอายุวัดความดันโลหิตที่บ้านมีดังนี้

1. วิธีการเลือกขนาดสายพันวัดความดันโลหิต วิธีการเตรียมตัวก่อนการวัดและวิธีการปฏิบัติตัวขณะวัดความดันโลหิต ดังได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

2. ให้เลือกใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เพื่อความสะดวกต่อการใช้งาน และควรเป็นเครื่องวัดที่มีหน่วยความจำสำหรับบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้ และเป็นเครื่องที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน (calibration) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (Whelton et al., 2018)

3. ถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุวัดความดันโลหิตทุกวัน โดยวัดในตอนเช้าและตอนเย็นก่อนรับประทานยาลดความดันโลหิต (Whelton et al., 2018) และควรวัดก่อนรับประทานอาหารเช้า เพราะระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุจะลดลงได้มากภายในสองชั่วโมงแรกหลังการรับประทานอาหารเช้า (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

4. ควรบันทึกค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกที่วัดได้พร้อมทั้งบันทึกเวลาที่วัดและเวลาที่รับประทานยาลดความดันโลหิตด้วยทุกครั้ง ซึ่งระดับความดันโลหิตสำคัญที่แพทย์จะใช้พิจารณาประกอบการรักษา คือ ระดับความดันโลหิตหลังการปรับยาลดความดันโลหิต 2 สัปดาห์ และระดับความดันโลหิตในช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนผู้ป่วยมาพบแพทย์จึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุนำระดับความดันโลหิตที่บ้านที่วัดได้มาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ (Whelton et al., 2018)

5. อธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่วัดในโรงพยาบาลมักมีค่าสูงกว่าระดับความดันโลหิตที่วัดที่บ้านประมาณ 5 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) นั่นก็หมายความว่าเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่วัดที่บ้านในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคไตเรื้อรังร่วมด้วยต้องมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุทั่วไปต้องมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบความชุกของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ และโรคความดันโลหิตสูงนับเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุของความพิการและการตายที่สามารถป้องกันได้ในผู้สูงอายุ (Whelton et al., 2018) พยาธิสภาพของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่กลไกการเกิดมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ และ/หรือ ปัจจัยที่มีผลต่อความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย หรือเกิดจากความล้มเหลวของระบบการชดเชยการทำงานของร่างกายที่ทำหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิต (ผ่องพรรณ, 2556) สามารถอธิบายกลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. การควบคุมปริมาตรสารน้ำในร่างกาย โดยปกติการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย จะมีผลต่อความดันในหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายของบุคคล เนื่องจากไตมีหน้าที่ในการขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกาย แต่จากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงในผู้สูงอายุ จึงทำให้การการควบคุมปริมาตรสารน้ำในร่างกายผ่านไตทำได้ลดลง ส่งผลให้ปริมาตรเลือดโดยรวมในร่างกายเพิ่มขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ประกอบกับปริมาตรสารน้ำในร่างกายมักจะมีผลเกี่ยวเนื่องมาจากปริมาณโซเดียมในร่างกาย ปริมาณโซเดียมที่สูงขึ้นในร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุนี้อายุมีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นได้ คือ เมื่อร่างกายมีปริมาณโซเดียมสูงขึ้น เช่น จากการที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของโซเดียมในปริมาณมาก ทำให้ร่างกายมีการคูดน้ำกลับบริเวณท่อไตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดโดยรวมในร่างกายเพิ่มขึ้น จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ผ่องพรรณ, 2556)

2. ระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบนี้ในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตที่สูงขึ้นได้เนื่องจากการขาดความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดแดงในผู้สูงอายุส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ลดลง การลดลงของแรงดันเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการหลั่งเรนินเพิ่มขึ้น เรนินเป็นเอนไซม์ที่ถูกสร้างมาจากไตมีฤทธิ์ในการเปลี่ยนแองจิโอเทนซินที่ถูกสร้างมาจากตับให้เป็นแองจิโอเทนซินวันและจะมีแองจิโอเทนซินคอนเวิตตั้งเอนไซม์ที่ถูกสร้างมาจากปอดมาเปลี่ยนแองจิโอเทนซินวันให้เป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้แองจิโอเทนซินทูจะไปกระตุ้นการหลั่งแอลโดสเตอโรนที่ต่อมหมวกไตทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมและน้ำที่ท่อไตส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดโดยรวมในร่างกายจึงเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การทำงานของแองจิโอเทนซินทูรวมกับการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการยับยั้งการขับโซเดียมออกจากร่างกายส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและการหลั่งเรนินที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความต้านทานบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตยิ่งสูงขึ้น (ผ่องพรรณ, 2556)

3. ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ที่ลดลงในผู้สูงอายุ โดยปกติบาโรรีเซพเตอร์จะเป็นตัวที่ทำหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิต คือ จะเป็นตัวคอยตรวจสอบระดับความดันในหลอดเลือดแดง และจะเป็นตัวควบคุมความดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งมีกลไกการทำงาน คือ เมื่อร่างกายมีความดันในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นก็เกิดการกระตุ้นตัวรับนี้ให้ส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดที่อยู่ในก้านสมองทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานลดลงและมีการทำงานของของเส้นประสาทเวกัสที่มาเลี้ยงหัวใจมากขึ้นจึงทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความแรงในการบีบตัวของหัวใจลดลงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง แต่เมื่อความไวของตัวรับนี้ลดลงในผู้สูงอายุจึงทำให้เกิดผลในทางตรงกันข้ามซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงขึ้น (ผ่องพรรณ, 2556)

4. การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดในผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ผนังหลอดเลือดแดงจะเริ่มขาดความยืดหยุ่นและมีการแข็งตัวเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่ออายุยิ่งมากขึ้นการหนาตัวและการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงมีมากขึ้นทำให้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงมีขนาดเล็กลง ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาในอดีต เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการตกตะกอนของคอเลสเตอรอลไปสะสมในผนังหลอดเลือดแดงจึงส่งผลให้หัวใจต้องเพิ่มแรงในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ได้เพียงพอจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (วิชัย, 2560) รวมทั้งผนังหลอดเลือดของผู้สูงอายุจะมีคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้นและจะมีการเชื่อมต่อกันในแนวขวางร่วมกับมีแคลเซียมมาเกาะบริเวณเส้นใยอีลาสตินทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อยลงและเกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง อีกทั้งในผู้สูงอายุจะมีการหนาตัวขึ้นของผนังหลอดเลือดฝอยจึงทำให้เกิดแรงต้านบริเวณหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้หัวใจต้องเพิ่มแรงในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ได้เพียงพอ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (บุศรา, 2559)

การจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

สามารถจำแนกประเภทของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่แน่ชัด จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตอย่างช้าๆ และการเกิดโรคมักสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เช่น การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง การมีพฤติกรรมทางกายน้อย การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการมีประวัติทางพันธุกรรม (Whelton et al., 2018) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ และจะพบมากในผู้สูงอายุ (สิทธิชัย, 2555)

2. โรคความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มนี้ ได้แก่ การเป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อไต โรคหลอดเลือดที่ไต โรคนอนหยุดหายใจชนิดอุดกั้น โรคไตรอยด์ เนื่องอกของต่อมหมวกไตในระยะแรก กลุ่มอาการคุซซิง โรคฟีโอโครโมไซโตมา การตีบตันของเส้นเลือดเออร์ต้า โรคต่อมหมวกไตโตแต่กำเนิด การหลังฮอร์โมนมินเนอราโลคอร์ติคอยด์มากกว่าปกติ การหลังฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากกว่าปกติ โรคอะโครเมกาลี หรือเกิดจากการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาลดกรดที่มีส่วนผสมของโซเดียม ยาลดปวดกลุ่มเอ็นเซต ยาเม็ดคุมกำเนิด การได้รับสารเสพติด เช่น คาเฟอีน โคเคน นิโคติน แอมเฟตามีน และการดื่มแอลกอฮอล์ (Whelton et al., 2018)

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวนที่มีความเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเกิดโรคที่อาจมีผลต่อความแตกต่างด้านการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่ไม่มีภาวะโรคร่วมด้วยโรคต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงทุติยภูมิดังได้กล่าวไปแล้ว

โรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การมีโรคร่วม คือ การที่ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังเกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและเป็นสาเหตุที่ทำให้การรักษาโรคในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและทำให้มียาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น (Salive, 2013) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักมีภาวะโรคร่วมด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและโรคอ้วนลงพุง ซึ่งโรคไตเรื้อรังเป็นได้ทั้งโรคร่วมของโรคความดันโลหิตสูงและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคร่วมที่พบสูงสุด 2 อันดับแรกในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ชลการ, 2557; เภยจมาศ, ดวงฤดี, และทศพร, 2555) และพบว่าร้อยละ 67-92 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย (Carey & Whelton, 2018) การมีโรคร่วมจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ภาวะเลือดออกในจอประสาทตา และการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการมีระดับความดันโลหิตที่ยิ่งสูงขึ้น โอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ยิ่งมีมากขึ้น (World Health Organization [WHO], 2015)

เนื่องจากโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังเป็นโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการมีโรคร่วมเหล่านี้มักทำให้ผู้สูงอายุมียาที่ต้องรับประทานปริมาณมากขึ้น ในการศึกษารุ่นนี้จึงเลือกผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ด้วย 3 โรคนี้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อต้องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น

แนวทางการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

หลักการสำคัญในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ภาวะความดันโลหิตสูงจะไปทำลายอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกาย ตามแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีคำแนะนำให้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ร่วมกับการรักษาโดยใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; James et al., 2014; Mancia et al., 2013; Whelton et al., 2018) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นสิ่งสำคัญลำดับแรกๆ ที่แนะนำให้ใช้เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ก็ให้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรักษาโดยใช้ยา พฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยน เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย มีดังนี้

1. การควบคุมน้ำหนักตัวให้มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ควรลดน้ำหนักตัวโดยการลดปริมาณพลังงานในอาหารที่รับประทาน ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการลดน้ำหนักตัวได้ทุก 1 กิโลกรัม ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะสามารถช่วยลดความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท และการลดน้ำหนักตัวได้ 10 กิโลกรัม จะสามารถช่วยลดความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. การรับประทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิต หรือการรับประทานอาหารแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]) คือ การรับประทาน

อาหารที่ประกอบด้วย ผัก ผลไม้ นม หรือผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานอาหารแดช (DASH) สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 11 มิลลิเมตรปรอท (Whelton et al., 2018)

3. การรับประทานอาหารจำกัดโซเดียม การจำกัดโซเดียมในอาหารให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิคประมาณ 90-150 นาทีต่อสัปดาห์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงได้ประมาณ 5-8 มิลลิเมตรปรอท (Whelton et al., 2018) ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อคุมความดันโลหิตมีรูปแบบ วิธีการ และข้อกำหนดต่างๆ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

4.1 ก่อนออกกำลังกายผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์

4.2 ออกกำลังกายด้วยความหนักระดับปานกลาง คือ ออกกำลังกายจนมีความเร็วของชีพจรร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดตามอายุ = $220 - \text{อายุเป็นปี}$) เป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว และการปั่นจักรยาน เป็นต้น

4.3 ไม่ควรออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ เช่น การยกน้ำหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้

5. การลด หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้งดดื่ม และในผู้ที่เคยดื่มอยู่เดิม ให้ลดปริมาณการดื่มลง โดยในผู้ป่วยผู้หญิงดื่มได้ไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และผู้ป่วยผู้ชายดื่มได้ไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (1 ดื่มมาตรฐาน = เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม หรือเท่ากับเหล้าแดง 35 ดีกรี 30 ซีซี เหล้าขาว 30 ซีซี เบียร์ที่มีความเข้มข้น 5% 240 ซีซี เบียร์ที่มีความเข้มข้น 6.4% ครึ่งกระป๋อง หรือไวน์ที่มีความเข้มข้น 12% 100 ซีซี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

6. การเลิกสูบบุหรี่ เป็นการช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นการช่วยลดความดันโลหิตทางอ้อม (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้จ่าย

แม้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตจะเป็นสิ่งแรกที่แนะนำให้ทำในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใช้จ่าย (Lim, Sivasampu, & Khoo, 2015) และจากการศึกษาเพื่อประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัด

กระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของไทยซึ่งร้อยละ 63.8 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้ยาสูงถึงร้อยละ 98.1 (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ตามแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วยยา 7 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretic) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการทำงานของไตให้เพิ่มการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง (พิสนธิ, 2557) ยากลุ่มนี้แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้

1.1 ยาขับปัสสาวะในกลุ่มไทอะไซด์ (thiazide-type diuretic) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นการขับปัสสาวะและยับยั้งการดูดกลับของเกลือโซเดียมและคลอไรด์ที่ไตโดยตรง จึงทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ลดอาการบวมและช่วยลดความดันโลหิตด้วยกลไกการลดความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาเฮซซีทีแซด (hydrochlorothiazide [HCTZ]) ซึ่งการให้ยานี้ในผู้สูงอายุอาจจำกัดขนาดการให้ไม่เกิน 25 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความไวต่อฤทธิ์ในการขับปัสสาวะของยานี้มากกว่าในวัยอื่น และมักนิยมให้รับประทานยานี้ในมื้อเช้า เพื่อไม่ให้เกิดปัสสาวะไปรบกวนการนอนหลับของผู้สูงอายุ (พิสนธิ, 2557) ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ถ่ายเหลว ความอยากอาหารลดลง ปวดศีรษะ หรือผมร่วง หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ การมีเลือดออกผิดปกติ มีอาการปวดบวมตามข้อ การมองเห็นผิดปกติ ปวดตา ตาบวม หรือมีรอยแดงรอบดวงตา มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ แผลพุพอง หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง หายใจลำบาก กลืนลำบาก มีไข้ หนาวสั่น หรือมีแผลในปาก (MedlinePlus, 2017)

1.2 ยาขับปัสสาวะในกลุ่มลูปไดยูเรติก (loop diuretic) เป็นยาขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมและโพแทสเซียมที่ท่อไต ทำให้โซเดียมและโพแทสเซียมถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะ ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาฟูโรซีไมด์ (furosemide) แพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปวดศีรษะ ท้องผูก หรือถ่ายเหลว หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้ หูอื้อ สูญเสียการได้ยิน ตามัว มีอาการตาตัวเหลือง หรือมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ได้แก่ ปัสสาวะลดลง ปากแห้ง กระหายน้ำอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียมาก ง่วงซึม สับสน ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นตะคริว หรือหัวใจเต้นแรงและเร็ว มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ แผลพุพอง หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง หายใจลำบาก หรือกลืนลำบาก (MedlinePlus, 2017) ยาในกลุ่มนี้มักให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ต้องการฤทธิ์ในการขับปัสสาวะที่มากกว่าการ

ให้ยาในกลุ่มไทอะไซด์ (thiazide-type diuretic) หรือให้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 ซีซีต่อนาทีต่อ 1.73 ลูกบาศก์เมตร (Whelton et al., 2018)

1.3 ยาขับปัสสาวะในกลุ่มโพแทสเซียม-สparing ไดยูเรติก (potassium-sparing diuretic) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ขับน้ำออกจากร่างกายโดยไม่ขับโพแทสเซียม โดยยาจะขัดขวางการแลกเปลี่ยนโซเดียมและโพแทสเซียมภายในท่อไตส่วนปลาย ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

1.3.1 ยาสไปโรโนแลคโตน (spironolactone) แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ อาเจียน ถ่ายเหลว ปวดเกร็งในช่องท้อง ปากแห้ง กระหายน้ำ เบื่ออาหาร วิงเวียนศีรษะ บ้านหมุน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หน้าอกขยาย คัดตึงเต้านม หรือมีขนขึ้นผิดปกติตามร่างกาย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เคลื่อนไหวแขนขาได้ลดลง มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ สับสน อ่อนเพลียมาก ปวดกล้ามเนื้อ หรือเป็นตะคริว มีอาการชา หรือปวดเสียวบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า มีเลือดออกผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ปวดท้องส่วนบนขวา ตาตัวเหลือง เป็นลมหมดสติ ปัสสาวะลดลง มีผื่นคัน หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการหายใจลำบาก หรือกลืนลำบาก (MedlinePlus, 2017)

1.3.2 ยาอะมิลอไรด์ + เฮซซีทีแซด (amiloride + HCTZ) แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้งพร้อมมื้ออาหาร โดยควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว เบื่ออาหาร ปวดแน่นท้อง หรือท้องอืด หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการเลือดออกผิดปกติ หัวใจเต้นช้า หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ ตาตัวเหลือง มีผื่นคัน หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการหายใจลำบาก หรือกลืนลำบาก มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ มีอาการปากแห้ง กระหายน้ำอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ง่วงซึม สับสน ผุดผุกผุดนั้ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดกล้ามเนื้อ เป็นตะคริว หรือมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (MedlinePlus, 2017) มักให้ยานี้ร่วมกับยาในกลุ่มไทอะไซด์ (thiazide-type diuretic) ในผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำเมื่อได้รับยาในกลุ่มไทอะไซด์เพียงกลุ่มเดียว (thiazide-type diuretic) (Whelton et al., 2018)

2. ยาในกลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitor [ACEI]) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติงทำให้แองจิโอเทนซินวันไม่เปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งโดยปกติแองจิโอเทนซินทูจะเป็นตัวที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวแล้วทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและเป็นตัวกระตุ้นการหลั่งสารอัลโดสเตอโรนที่ทำให้มีการดูดกลับของโซเดียมและขับโพแทสเซียมออกจากร่างกาย เมื่อ

แองจิโอเทนซินวันไม่ถูกเปลี่ยนเป็นแองจิโอเทนซินทูจึงทำให้หลอดเลือดขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง ผู้สูงอายุมักมีความไวต่อการลดความดันโลหิตจากการใช้ยาในกลุ่มนี้จึงต้องให้ยากลุ่มนี้ด้วยความระมัดระวังภายใต้การกำกับของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (พิสนธิ, 2557) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

2.1 ยาอีนาลาพริล (enalapril) แพทย์จะปรับขนาดยาที่ให้ตามระดับความดันโลหิตและค่าการทำงานของไตของผู้สูงอายุแต่ละคน (Hochadel, 2014) แพทย์มักจะได้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ มีอาการไอแห้งๆ วิงเวียนศีรษะ หรืออ่อนเพลีย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการตาตัวเหลือง มีไข้ หนาวสั่น มีแผลในปาก เป็นลมหมดสติ มีอาการบวมบริเวณมือ เท้า ข้อเท้า ขาส้นล่าง ใบหน้า ในคอ ลิ้น ริมฝีปาก เปลือกตา หายใจลำบาก กลืนลำบาก หรือเสียงแหบ (MedlinePlus, 2018)

2.2 ยาแคปโทพริล (captopril) ในผู้สูงอายุ แพทย์จะพิจารณาให้ยานี้วันละ 2-3 ครั้ง โดยจะปรับขนาดที่ให้ตามระดับความดันโลหิตและค่าการทำงานของไต (Hochadel, 2014) ให้รับประทานยานี้ในขณะท้องว่าง หรือก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ มีอาการวิงเวียนศีรษะ สูญเสียการรับรส ไอแห้งๆ เหนื่อยง่าย หรือหัวใจเต้นเร็ว หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอก บวมบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก เปลือกตา ลิ้น แขน หรือขา มีผื่นคัน หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง เสียงแหบ หายใจลำบาก กลืนลำบาก ปวดท้อง หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ หรือมีแผลในปาก (MedlinePlus, 2017)

3. ยาในกลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II receptor blocker [ARB]) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซินทู ทำให้สารแองจิโอเทนซินทูไม่สามารถออกฤทธิ์ได้จึงทำให้หลอดเลือดขยายตัวส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและช่วยขยายหลอดเลือดที่ไตทำให้ไตขับน้ำและเกลือแร่ได้ดีขึ้นจึงช่วยลดอาการบวมร่วมด้วย ยาในกลุ่มนี้ไม่ทำให้เกิดการสะสมของสารโคโรนินที่ทำให้เกิดการไอจึงนิยมนำมาใช้แทนกรณีผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไอที่เกิดจากการใช้ยาในกลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง (ACEI) ได้ (พิสนธิ, 2557) ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาลอซาแทน (losartan) การให้ยานี้ในผู้สูงอายุแพทย์จะปรับขนาดยาที่ให้ตามค่าความดันโลหิตและค่าการทำงานของไตและไต (Hochadel, 2014) โดยแพทย์มักจะได้รับประทานยานี้วันละ 1 หรือ 2 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหารแต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ มีอาการปวดขา ปวดเข่า ปวดหลัง เป็นตะคริว อ่อนเพลีย ถ่ายเหลวหรือปวดแสบยอดอก หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่

มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ในคอ ลิ้น ริมฝีปาก ตา มือ เท้า ข้อเท้า หรือขา เสียงแหบ กลืนลำบาก หรือหายใจลำบาก (MedlinePlus, 2017)

4. ยาในกลุ่มปิดกั้นแคลเซียม (calcium channel blocker [CCB]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการเคลื่อนที่ของแคลเซียมเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงและหัวใจทำให้หลอดเลือดแดงทั่วร่างกายรวมทั้งหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจขยายตัวและลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ความดันโลหิตลดลง เลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้นและหัวใจต้องการออกซิเจนลดลง (พิสนธิ, 2557) ยาในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่

4.1 กลุ่มนอนไดไฮโดรไพริดีน (nondihydropyridine) ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งไม่ให้แคลเซียมไอออนผ่านเข้าสู่เซลล์เอสเอโนด (S-A node) และเอวีโนด (A-V node) ทำให้มีการปิดกั้นการนำสัญญาณไฟฟ้าของหัวใจจึงทำให้หัวใจเต้นช้าลงร่วมกับการทำให้ความดันโลหิตลดลง (พิสนธิ, 2557) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาเวอรามาซิล (verapamil) ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 3 ครั้ง (Hochadel, 2014) สามารถรับประทานนี้ได้โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ท้องผูก ปวดแสบยอดอก ปวดหรือเวียนศีรษะ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย และอ่อนเพลีย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการบวมบริเวณมือ เท้า ขา หรือบวมตามข้อ หายใจลำบาก ตามัว กลืนลำบาก หัวใจเต้นช้า มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง มีเลือดออกผิดปกติ มีตาตัวเหลือง มีไข้ หรือมีอาการเหมือนเป็นไข้หวัด (MedlinePlus, 2017)

4.2 กลุ่มไดไฮโดรไพริดีน (dihydropyridine) ยากลุ่มนี้จะไม่มียฤทธิ์ยับยั้งการผ่านของแคลเซียมไอออน จึงทำให้ไม่มีฤทธิ์ในการลดการเต้นของหัวใจ (พิสนธิ, 2557) ตัวอย่างยาที่ใช้บ่อยประกอบด้วย

4.2.1 ยานิฟิดีพิน เอสอาร์ (nifedipine SR) แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 3 ครั้ง (Hochadel, 2014) สามารถรับประทานนี้ได้โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวันและต้องรับประทานโดยการกลืนยาทั้งเม็ด ห้ามเคี้ยว ห้ามบด หรือแบ่งยา เพราะการเคี้ยวจะทำให้ยาออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตแบบทันทีทันใด อาจทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างรวดเร็วทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ มีอาการปวด หรือเวียนศีรษะ คลื่นไส้ หน้าแดง ท้องผูก ทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หรือเป็นตะคริวได้ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการบวมบริเวณเท้า หรือข้อเท้า อ่อนเพลียมากผิดปกติ หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นช้า หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ มีอาการหน้ามืดเป็นลม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง อารมณ์เปลี่ยนแปลง เหงื่ออกบวม

การมองเห็นผิดปกติ ท้องผูกอย่างรุนแรง ปวดท้องรุนแรง หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ มีผื่นคันตามผิวหนัง มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ลิ้น หรือในคอ มีอาการวิงเวียนศีรษะอย่างรุนแรง หรือมีอาการหายใจลำบาก (WebMD, 2017)

4.2.2 ยาแอมโลดิพีน (amlodipine) การใช้ยานี้ในผู้สูงอายุ แพทย์มักจะทำให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง (Hochadel, 2014) สามารถรับประทานยานี้ได้โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ มีอาการบวมบริเวณมือ เท้า ข้อเท้า หรือขา ปวดศีรษะ ปวดท้อง วิงเวียนศีรษะ ง่วงซึม อ่อนเพลียมากผิดปกติ หรือมีอาการหน้าแดง หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ เจ็บหน้าอกบ่อย หรือเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงทันทีทันใด หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หรือเป็นลมหมดสติ (MedlinePlus, 2017)

4.2.3 ยาฟีโลดิพีน (felodipine) การใช้ยานี้ในผู้สูงอายุ แพทย์จะปรับขนาดยาที่ให้ตามค่าความดันโลหิต และค่าการทำงานของตับ (Hochadel, 2014) ยานี้เป็นยาที่อยู่ในรูปแบบที่มีการปลดปล่อยยาออกมาอย่างช้าๆ เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้นาน จึงต้องรับประทานโดยการกลืนยาทั้งเม็ด ห้ามเคี้ยว ห้ามบด หรือแบ่งยา ซึ่งแพทย์มักจะทำให้รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน (MedlinePlus, 2017) ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ หน้าแดง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว ปวดแสบยอดอก ท้องผูก เหนื่อยบวม หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการบวมบริเวณใบหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ลิ้น แขน หรือขา หายใจลำบาก กลืนลำบาก มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง หรือเป็นลมหมดสติ (MedlinePlus, 2017)

5. ยากลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นเบต้า (beta-adrenergic-blocking agent [Beta-blocker]) เป็นยาลดอัตราการเต้นของหัวใจและช่วยลดความดันโลหิต ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (พิสนธิ, 2557) ไม่แนะนำให้เลือกยากลุ่มนี้เป็นยากลุ่มแรกในการรักษาโรคความดันโลหิต ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Whelton et al., 2018) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

5.1 ยาคาเวอโดลอล (caveditol) โดยทั่วไปแพทย์มักจะทำให้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้งพร้อมกับการรับประทานอาหาร โดยควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ถ่ายเหลว เป็นไข้ คลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปวดข้อ นอนไม่หลับ ตาแห้ง หรือไอ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการชา หรือปวดเสียวบริเวณแขนขา การมองเห็นเปลี่ยนแปลง เป็นลมหมดสติ หายใจถี่ มีการ

อักเสบของแขน มือ เท้า ข้อเท้า หรือบริเวณน่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นช้า หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ มีผื่นคัน หรือเป็นผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการหายใจลำบาก หรือกลืนลำบาก มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ทรายน้ำอย่างรุนแรง ปัสสาวะบ่อย หิวมากผิดปกติ อ่อนเพลีย หรือตามัว และอาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดและเวียนศีรษะหลังรับประทานยาใหม่ ๆ จึงห้ามขับรถ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ภายใน 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยา (MedlinePlus, 2017)

5.2 ยาเมโทโพรลอล (metoprolol) แพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้ง พร้อมกับอาหาร โดยควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย ปากแห้ง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ซึมเศร้า คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องผูก ปวดแสบยอดอก มีน้ำมูก หรือมีน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มือเท้าเย็น หายใจถี่ มีเสียงวี๊ด มีอาการบวมบริเวณมือ เท้า ข้อเท้า หรือขาส่วนล่าง หัวใจเต้นเร็ว หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ หรือเป็นลมหมดสติ (MedlinePlus, 2017)

6. ยากลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นแอลฟา (alpha-adrenergic blocking agent [Alpha-blocker]) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการเข้าจับกับตัวรับที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง (ธนัญญา และธเนศ, 2554) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาดอกซาโซซิน (doxazosin) แพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 1-2 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย บวมบริเวณมือ เท้า ข้อเท้า หรือขาส่วนล่าง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ มีน้ำมูก หรือเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ การมองเห็นผิดปกติ หัวใจเต้นแรงและเร็ว หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจถี่ มีผื่นลมพิษ หรือมีอาการแข็งตัวค้างของอวัยวะเพศชาย (MedlinePlus, 2017)

7. ยากลุ่มออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง (direct vasodilator) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง ทำให้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงขยายใหญ่ขึ้น ทำให้หัวใจสามารถบีบตัวเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ง่ายขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลง (ธนัญญา และธเนศ, 2554) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยาไฮดราลาซีน (hydralazine) แพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 2-4 ครั้ง พร้อมอาหาร และควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ หน้าแดง ปวดศีรษะ ไม่สุขสบายในท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว ท้องผูก คัดจมูก มีอาการบวมของเท้า หรือข้อเท้า หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีไข้ ปวดข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ มีอาการชาบริเวณฝ่ามือ หรือฝ่าเท้า เป็นลมหมดสติ

หัวใจเต้นเร็ว หรือมีอาการเจ็บหน้าอก (MedlinePlus, 2017) มักให้ยานี้ร่วมกับยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretic) และยากลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) หรือกลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นแอลฟา (Alpha-blocker)

แนวทางการเลือกใช้อายลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ

ตามแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูงขององค์กรต่างๆ มีคำแนะนำในการเริ่มการรักษาโดยใช้ยาและแนวทางในการเลือกใช้อายลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ รายละเอียดดังตาราง 2

แม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้นี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ดังได้กล่าวไปแล้ว ต่างก็มีความสำคัญและสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร่วมกับการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม โดยการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไว้ในคู่มือการจัดการเองด้านการรับประทานยาที่มอบให้กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยมีการให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อการควบคุมความดันโลหิตให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ในด้านนี้ไปปฏิบัติควบคู่กับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น

ตาราง 2

แนวทางการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุจำแนกตามคำแนะนำขององค์กรที่พัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูง

องค์กร/ ปีที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	เวลาที่เริ่มการรักษาโดยใช้ยา	คำแนะนำในการเลือกใช้ยา
JNC 8 (2014)	<p>ผู้สูงอายุทั่วไป</p> <p>- เริ่มให้ยาเมื่อ SBP \geq 150 mmHg หรือ DBP \geq 90 mmHg</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM and/or CKD</p> <p>- เริ่มให้ยาเมื่อ SBP \geq 140 mmHg หรือ DBP \geq 90 mmHg</p>	<p>ผู้สูงอายุทั่วไป หรือผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM: สามารถเลือกให้ยาใน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ thiazide-type diuretic, CCB, ACEI หรือ ARB เป็นยากลุ่มแรก โดยอาจเริ่มจากการให้ยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือเลือกให้คู่กัน</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย CKD or CKD with DM: ยากลุ่มแรกที่แนะนำ คือ ยา กลุ่ม ACEI หรือ ARB โดยเริ่มจากการเลือกให้ยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือเลือกให้ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ร่วมกับยากลุ่มอื่นใน 4 กลุ่มหลัก</p> <p><u>หลักการบริหารยามี 3 ทางเลือก ดังนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เริ่มให้ยา 1 กลุ่ม หากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขนาดสูงสุด หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อีก ให้พิจารณาเพิ่มยาอีก 1 กลุ่ม ใน 4 กลุ่มหลัก 2. เริ่มให้ยา 1 กลุ่ม หากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้เพิ่มยากลุ่มที่ 2 หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อีก ให้ปรับขนาดยากลุ่มแรกที่ทำให้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขนาดสูงสุด

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์กร/ ปีที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	เวลาที่เริ่มการรักษาโดยใช้ยา	คำแนะนำในการเลือกใช้ยา
JNC 8 (2014) (ต่อ)		<p>3. เริ่มให้ยา 2 กลุ่มพร้อมกัน ซึ่งแนะนำให้ใช้กรณีที่มีผู้สูงอายุที่มี BP สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย 20/10 mmHg</p> <p>หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้ปรับขนาดยาที่ให้ทุกตัวจนถึงขนาดสูงสุด และพิจารณาเพิ่มยากลุ่มอื่นที่นอกเหนือจากยาใน 4 กลุ่มหลัก เช่น ยากลุ่ม beta blocker, alpha blocker หรือ direct vasodilator</p>
สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย (2558)	<p><u>ผู้สูงอายุทั่วไป</u> - เริ่มให้ยาเมื่อปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ แล้ว BP > 140/90 mmHg</p> <p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM and/or CKD</u> - เริ่มให้ยาเมื่อ BP ≥ 140/90 mmHg</p>	<p><u>ในผู้สูงอายุทั่วไป</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยากลุ่มแรกที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม CCB หรือ thiazide-type diuretic 2. หากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้เพิ่มยากลุ่ม ACEI หรือ ARB 3. หากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้เลือกยากลุ่ม CCB ร่วมกับ thiazide-type diuretic และ ACEI หรือ ARB 4. ถ้ายังควบคุมไม่ได้ แพทย์ต้องตรวจหาสาเหตุที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เช่น การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หรือการเป็นโรค

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์กร/ ปีที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	เวลาที่เริ่มการรักษาโดยการใช้ยา	คำแนะนำในการเลือกใช้ยา
สมาคมความดันโลหิตสูง แห่งประเทศไทย (2558) (ต่อ)		<p>ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ หากตรวจไม่พบสาเหตุใดๆ ให้พิจารณาเพิ่มยากลุ่ม alpha blocker หรือยากลุ่ม direct vasodilator</p> <p>5. ให้ระมัดระวังในการเลือกใช้ยากลุ่ม Beta-blocker เนื่องจากผู้สูงอายุ มักจะมีความไวต่อการใช้ยาในกลุ่มนี้</p> <p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยากลุ่มแรกที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB 2. หากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ให้เลือกใช้ยากลุ่มใดกลุ่มหนึ่งร่วมกับ ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม ACEI คู่กับยากลุ่ม ARB 3. ถ้าเป็นไปได้ แนะนำให้มีการแบ่งยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ไปให้ในเวลาก่อนนอน เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิตในเวลากลางคืน <p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย CKD</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ยากลุ่มแรกที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม ACEI หรือ ARB ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม 2. ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกันอย่างน้อย 2 กลุ่ม แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม ACEI คู่กับยากลุ่ม ARB และต้องปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับระดับการทำงานของไต

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์กร/ ปีที่พัฒนา แนวปฏิบัติ	เวลาที่เริ่มการรักษาโดยการใช้ยา	คำแนะนำในการเลือกใช้ยา
ACC/ AHA (2017)	<p><u>ผู้สูงอายุทั่วไป</u></p> <p>- ในผู้สูงอายุที่มีอายุ < 65 ปี เริ่มให้ยาลดหลังปรับพฤติกรรม 3-6 เดือน แล้ว BP \geq 130/80 mmHg หรือเริ่มให้ยาทันทีหาก BP \geq 140/90 mmHg</p> <p>- ในผู้สูงอายุที่มีอายุ \geq 65 ปี เริ่มให้ยาเมื่อ SBP \geq 130 mmHg</p> <p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM and/or CKD</u></p> <p>- เริ่มให้ยาเมื่อ SBP \geq 130 mmHg or DBP \geq 80 mmHg</p>	<p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย CKD</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CKD \geq stage 3 or stage 1-2 ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะ \geq 300 mg/d ยากลุ่มแรกที่แนะนำ คือ ยากลุ่ม ACEI หากใช้ยากลุ่ม ACEI ไม่ได้ แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม ARB 2. CKD stage 1-2 ที่มีระดับโปรตีนในปัสสาวะ < 300 mg/d สามารถเลือกให้ยาใน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ thiazide-type diuretic, CCB, ACEI หรือ ARB เป็นยากลุ่มแรก <p><u>ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วย DM</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สามารถเลือกให้ยาใน 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ thiazide-type diuretic, CCB, ACEI หรือ ARB เป็นยากลุ่มแรก 2. ถ้าตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ ให้เลือกใช้ยากลุ่ม ACEI หรือกลุ่ม ARB <p><u>หลักการบริหารยา มี ดังนี้</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เลือกให้ยา 1 ใน 4 กลุ่มหลัก เมื่อผู้สูงอายุมี BP \geq 130/80 mmHg 2. เลือกให้ยา 2 กลุ่ม ที่ออกฤทธิ์ต่างกัน จากยา 4 กลุ่มหลัก เมื่อผู้สูงอายุมี BP \geq 140/90 mmHg แต่ไม่แนะนำให้ใช้ยากลุ่ม ACEI คู่กับยากลุ่ม ARB

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้หลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจากแพทย์แผนปัจจุบัน (วิชัย, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีองค์กร หรือหน่วยงานใด ที่มีการระบุระยะเวลาที่แน่ชัดในการรักษา แต่มีการกำหนดเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษาในผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ดังรายละเอียดที่ได้แสดงไว้ในตาราง 1 (หน้า 12)

สำหรับการศึกษานี้ ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 (JNC 8) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ที่กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ไตเรื้อรัง ต้องมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงเพียงโรคเดียวต้องมีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และใช้ระยะเวลาหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเพราะฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาลดความดันโลหิตจะมีการตอบสนองอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์อย่างช้าที่สุดภายในช่วง 8 สัปดาห์ (Mancia et al., 2013) และใช้ระดับความดันโลหิตที่ผู้สูงอายุมาพบแพทย์ครั้งล่าสุดจำนวน 2 ครั้ง คือ ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ครั้งสุดท้ายก่อนวันเข้าร่วมโปรแกรมที่ไม่เกิน 12 เดือน และในวันที่เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเป็นเกณฑ์เดียวกับที่ใช้ในการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครของเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (ราม, ปิยทัศน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555)

ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในการศึกษานี้จึงหมายถึงการมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ไตเรื้อรัง หรือมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 150 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงเพียงโรคเดียว โดยต้องเป็นระดับความดันโลหิตหลังจากที่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และใช้ค่าความดันโลหิตในการมาพบแพทย์จำนวน 2 ครั้ง เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ คือ ครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ที่ไม่เกิน 12 เดือน) และในวันที่เข้าร่วมโปรแกรม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้ดังนี้

1. การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) ซึ่งจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) จำนวน 25 เรื่อง จาก 15 ประเทศทั่วโลกที่มีประเทศมาเลเซียเป็นหนึ่งในประเทศในแถบเอเชียพบว่า ร้อยละ 83.7 ของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz et. al., 2017) และจากการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน 661,075 ราย พบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Elperin, Pelter, Deamer, & Burchette, 2014)

2. การมีโรคร่วม จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครประจำปี 2555 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สูงถึงร้อยละ 53 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้น้อยกว่าคือแค่ร้อยละ 33 (รวม, ปิยทัศน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าโรคร่วม 2 อันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้คือโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง ตามลำดับ (Bertoia, Waring, Gupta, Roberts, & Eaton, 2011) ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีผลต่อระบบหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือดในร่างกายซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตโดยตรงจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มากขึ้น โดยมีการศึกษาที่พบว่าการมีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวาน ไตเรื้อรังและไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหลอดเลือดตีบได้สูงขึ้น (Long & Dagogo-Jack, 2011) ซึ่งการเกิดภาวะหลอดเลือดตีบจะทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดที่ส่งผลทำให้หัวใจต้องเพิ่มแรงในการบีบตัวเพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้ได้อย่างเพียงพอจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (วิชัย, 2560)

3. ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและการต้องใช้บริการทางการแพทย์ที่บ่อยขึ้น (Krousel-Wood et al., 2010) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 91.3 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้ามีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Rubio-Guerra et al., 2013) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าขาดการเอาใจใส่ในการดูแลตนเองจึงทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาซึ่งจากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Eze-Nliam, Thombs, Lima, Smith, & Ziegelstein, 2010)

4. ภาวะอ้วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างภายในไตส่งผลให้เกิดกลไกการชดเชยของร่างกายเพื่อรักษาสมดุลของโซเดียม โดยการเพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ท่อไตส่งผลให้เกิดการแพร่ของน้ำภายในเซลล์เข้าสู่หลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Jiang, Lu, Zong, Ruan, & Liu, 2016)

5. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย

5.1 การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมปริมาณมากเกินความจำเป็นของร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมปริมาณมากทำให้ระดับความดันโลหิตยิ่งเพิ่มสูงขึ้นได้เนื่องจากเมื่อร่างกายมีปริมาณเกลือโซเดียมสูงจะส่งผลให้เกิดการแพร่ของน้ำภายในเซลล์เข้าสู่หลอดเลือดทำให้ปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ผ่องพรรณ, 2556)

5.2 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดของผลของแอลกอฮอล์ต่อการทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น แต่การดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 60 ซีซีต่อวันจะทำให้ค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท (สมจิต และพรทิพย์, 2552) และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ลงสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

5.3 การสูบบุหรี่ เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะมีฤทธิ์ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่งผลทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิต และพรทิพย์, 2552) ปริมาณการสูบบุหรี่ยิ่งมากก็จะยิ่งทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้มาก โดยในผู้ที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงการสูบบุหรี่มากกว่า 15 มวนต่อวันทำให้เพิ่ม

ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เป็น 1.59 เท่า ของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า หรือเท่ากับ 15 มวน ต่อวัน (Liu et al., 2013)

5.4 การขาดการออกกำลังกาย ยังไม่ทราบกลไกที่แน่ชัดถึงผลของการขาดการออกกำลังกาย ต่อการทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น แต่เชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะ ช่วยยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกที่ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว และช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งสารที่ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือด อีกทั้งยังช่วยในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด คือ มีการเพิ่มความยาว เพิ่มภาคตัดขวางและขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดส่งผลให้แรงต้าน ภายในหลอดเลือดลดลงจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจะสามารถ ช่วยลดความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 4 มิลลิเมตรปรอท และช่วยลดความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 2.5 มิลลิเมตร ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) จากผลการศึกษาของ ออร์ทัย, ศิริรัตน์, และทศพร (2556) พบว่าการออกกำลังกายแบบโนราแขกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยใช้เวลาครั้งละ 50 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ช่วยให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$)

5.5 การมีความเครียด ความเครียดจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเธติก เกิดการกระตุ้นการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ส่งผลให้ เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือด จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (สมจิต และพรทิพย์, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้นเนื่องจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ผู้วิจัยจึงเลือก ปัจจัยด้านนี้มาศึกษาโดยเลือกศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวานและไตเรื้อรัง เพราะนอกจากการมีโรคร่วมจะเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้แล้วยังทำให้ผู้สูงอายุมีปริมาณยาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโอกาสที่ผู้ป่วย จะขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก็มีมากขึ้นตามไปด้วยและเพื่อควบคุมไม่ให้ปัจจัยที่ เกี่ยวข้องอื่นๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่รบกวนต่อผลการศึกษาผู้วิจัยจึงกำหนดให้ การไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในคุณสมบัติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งมีการประเมินการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในระหว่างการศึกษาโปรแกรมที่ประกอบด้วย พฤติกรรมการ สูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกาย และการมี ความเครียด รวมทั้งประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเพื่อต้องการพิสูจน์ ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตที่เกิดขึ้นหลังการทดลองเป็นผลมาจากโปรแกรม การศึกษาอย่างแท้จริง

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน หรือผู้ป่วยบางรายอาจต้องรับการรักษาไปตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายได้ในหลายระบบ โดยความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของการเป็นโรค ประสิทธิภาพของการรักษาที่ได้รับและภาวะโรคร่วมที่เป็น (จักรพันธ์, 2550) ผลกระทบทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 ผลกระทบต่อหัวใจ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องเพิ่มแรงในการบีบตัวเพื่อเอาชนะแรงต้านภายในหลอดเลือดส่งผลให้ร่างกายมีการปรับตัวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและเกิดภาวะหัวใจวายชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติในระยะแรกและหากไม่ได้รับการรักษา หรือการรักษาไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายชนิดที่มีการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงตามมา โดยผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวายได้สูงถึงร้อยละ 60-75 (วิชัย, 2560) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังจะทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการตีบแคบทำให้เกิดโรคหัวใจโคโรนารีและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (จักรพันธ์, 2550; สมจิต และ พรทิพย์, 2552) โดยผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ของคนทั่วไป (WHO, 2014)

1.2 ผลกระทบต่อสมอง ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะส่งผลให้เกิดได้ทั้งภาวะสมองขาดเลือดและภาวะเลือดออกในสมอง โดยผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า ของคนทั่วไป (WHO, 2014) และมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองแตก หรืออุดตันได้ร้อยละ 30 (วิชัย, 2560) ซึ่งภาวะสมองขาดเลือดเกิดขึ้นได้เนื่องจากการมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานทำให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและตีบทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง หรือเกิดจากการแตกของพลา๊กบริเวณผนังหลอดเลือด (atherosclerotic plaque) ที่ทำให้เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง ส่วนภาวะเลือดออกในสมองเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรุนแรงและรวดเร็วทำให้เกิดการปริแตกของผนังหลอดเลือดในสมองโดยเฉพาะในผู้ที่มีการโป่งพองของผนังหลอดเลือดในสมองที่เป็นอยู่เดิม (จักรพันธ์, 2550) การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ หรือแตก เป็นสาเหตุที่อาจทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็น

โรคอัมพาตได้ โดยการมีภาวะหลอดเลือดในสมองแตกที่รุนแรงจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการปวดศีรษะ ซึ่ม เพ้อ ชัก หมดสติ หรือเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (MedThai, 2560)

1.3 ผลกระทบต่อไต ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ทำให้เกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดฝอยที่ไตส่งผลให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงจนเกิดภาวะไตเสื่อม หรือรุนแรงถึงขั้นภาวะไตวายเรื้อรังได้ (จักรพันธ์, 2550; สมจิต และพรทิพย์, 2552) ผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคไตวายเรื้อรังได้ร้อยละ 5-10 (วิชัย, 2560)

1.4 ผลกระทบต่อตา ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะทำให้เกิดการตีบแคบหรือเกิดการหดเกร็งเฉพาะที่อย่างรวดเร็วของหลอดเลือดฝอยบริเวณจอตาทำให้มีเลือดออกในจอตาทำให้การมองเห็นลดลง หรือเกิดอาการตาบอดได้ (สมจิต และพรทิพย์, 2552)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาที่โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการดำเนินของโรคที่ยาวนาน ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนของโรคเนื่องจากไม่สามารถคาดเดาได้ว่าโรคจะมีการกำเริบขึ้นเมื่อใด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและความทุกข์ทรมานใจ (เนาวรัตน์, บุชราคม, และวิวัฒน์, 2554) การที่ผู้ป่วยมีร่างกายที่อ่อนแอลงจากโรค หรือการเกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกังวลว่าต้องเป็นภาระของครอบครัว (ปัฐยาวัชร และคณะ, 2558) และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงลงจากการเป็นโรคอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผลการศึกษาที่พบว่าเกิดการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rueda & Perez-Garcia, 2013)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่รุนแรงมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพึ่งพาสูงขึ้นทำให้เพิ่มอัตราการครองเตียงจากการต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลอีกทั้งยังเป็น การเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมของประเทศ (ทิพมาส, 2560; วิไลวรรณ, จันทนา, สมจินต์, ณัฐสุรางค์, และวรวรรณ, 2554) ในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนเงินสูงถึง 79,263 ล้านบาทต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดผลกระทบต่างๆ ดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ยารักษาโรคร่วมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ดังได้กล่าวไปแล้วว่าภาวะโรคร่วมเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และเนื่องจากการมีโรคร่วมมักทำให้ผู้สูงอายุมียาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งในกลุ่มโรคร่วมเหล่านี้มีการใช้ยาที่พบได้บ่อย ดังนี้

1. ยารักษาโรคไขมันในเลือดสูง เป้าหมายสำคัญของการใช้ยาก็คือเพื่อต้องการลดระดับไขมันในเลือด อันจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสะสมของไขมันบริเวณผนังหลอดเลือดที่จะทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (วิภารักษ์, 2557) ยาลดระดับไขมันในเลือดที่นิยมใช้ ประกอบด้วย

1.1 ยาซิมวาสะแตติน (simvastatin) เป็นยาที่มีฤทธิ์ลดการสร้างคอเลสเตอรอลในร่างกาย แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้ง โดยให้รับประทานในตอนเย็น หรือก่อนนอนเนื่องจากการสร้างคอเลสเตอรอลจากตับจะเกิดขึ้นได้สูงสุดในเวลากลางคืนซึ่งยานี้มีค่าครึ่งชีวิตที่ประมาณ 2-3 ชั่วโมง การรับประทานยาในตอนเย็น หรือก่อนนอนจะทำให้ยาออกฤทธิ์ในการลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วคินี และจากรุวรรณ, 2558) ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ท้องผูก ปวดท้อง คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ สับสน หลงลืมง่าย ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ หน้าแดง หรือตัวแดง หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ ปวดท้องส่วนบนขวา มีตาตัวเหลือง ปัสสาวะเป็นสีโค้ก ปัสสาวะลดลง มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ หรือมีผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ริมฝีปาก หรือตา หายใจลำบาก กลืนลำบาก หรือเสียงแหบ (MedlinePlus, 2017)

1.2 ยาอะทอร์วาสะแตติน (atorvastatin) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการลดการสร้างคอเลสเตอรอลในร่างกาย แพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ยานี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่นานพอจึงสามารถรับประทานได้ในมื้อเช้า ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง สับสน หลงลืมง่าย ปวดตามกล้ามเนื้อ หรือปวดข้อ หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอก มีเลือดออกผิดปกติ ปวดท้องส่วนบนขวา ตาตัวเหลือง ปัสสาวะเป็นสีโค้ก มีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ หรือมีผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ริมฝีปาก หรือตา หายใจลำบาก กลืนลำบาก หรือเสียงแหบ (MedlinePlus, 2017)

1.3 ยาโรซิวาสเตติน (rosuvastatin) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการลดการสร้างคอเลสเตอรอลในร่างกาย แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 1 ครั้ง โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน ยานี้มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ที่นานพอจึงสามารถรับประทานได้ในมื้อเช้า ผลข้างเคียงที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ ท้องผูก ปวดท้อง คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง อ่อนเพลีย ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ วิงเวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า สับสน หรือหลงลืมง่าย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ เจ็บหน้าอก มีเลือดออกผิดปกติ ปวดท้องส่วนบนขวามีตาตัวเหลือง ปัสสาวะเป็นสีคึก มีอาการคล้ายเป็นไข้หวัด มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ หรือมีผื่นลมพิษตามผิวหนัง มีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ริมฝีปาก หรือตา หายใจลำบาก กลืนลำบาก หรือเสียงแหบ (MedlinePlus, 2017)

2. ยารักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำเป็นต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด สำหรับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานที่นิยมใช้ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 ยาในกลุ่มไบกวานิด (biguanide) ได้แก่ เมทฟอร์มิน (metformin) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ลดการสร้างกลูโคสจากตับ เพิ่มการนำกลูโคสกลับเข้าเซลล์และเพิ่มการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อ เป็นยาตัวแรกที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม ยานี้จะออกฤทธิ์ในสภาพที่ร่างกายมีอินซูลินเท่านั้น จึงมีประสิทธิผลเฉพาะในผู้ป่วยที่ตับอ่อนยังสร้างอินซูลินได้ มีค่าครึ่งชีวิตที่ 6.2 ชั่วโมง ยานี้สามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ แต่โดยทั่วไปแพทย์มักสั่งให้รับประทานยาหลังอาหาร ข้อดีของยานี้คือพบผลข้างเคียงที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นได้น้อยและไม่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม หากลิ้มรับประทายานี้ผู้ป่วยสามารถรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าผู้ป่วยนึกได้เมื่อใกล้กับเวลาในมือถัดไปให้รับประทานยาในมือถัดไปแทนโดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า (ธีรรัตน์, 2556; พิสนธิ, 2557) ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ถ่ายเหลว ท้องอืด ปวดท้อง ท้องผูก สูญเสียการรับรส เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ปวดแสบยอดอก ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ มือเท้าเย็น ปวดกล้ามเนื้อ มีอาการหน้าแดง หรือตัวแดง หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือเคยหายไปแล้วและเกิดกลับเป็นซ้ำอีกควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการเจ็บหน้าอก อ่อนเพลียมาก มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง หายใจหอบลึก หายใจเบาตื้น หัวใจเต้นเร็ว หรือซ่า (MedlinePlus, 2017)

2.2 ยาในกลุ่มซัลฟูนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ไม่แนะนำให้เลือกใช้อายในกลุ่มนี้เป็นยาเดี่ยว ให้เลือกใช้เมื่อผู้ป่วยมีข้อห้าม

ในการใช้ยาเมทฟอร์มิน (metformin) หรือใช้เป็นยาตัวที่ 2 ร่วมกับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (metformin) ยากลุ่มนี้อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยโรคอ้วน ระวังการใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และห้ามใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาซัลโฟนามายด์ (sulfonamide) (พิสนธิ, 2557) ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ ยากลลิพิไซด์ (glipizide) ยานี้ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ที่ 2-4 ชั่วโมง และออกฤทธิ์ได้นาน 12-24 ชั่วโมง การใช้ในผู้สูงอายุ หรือในผู้ที่มีภาวะไตเสื่อม ควรเลือกใช้ขนาดต่ำสุด และต้องมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยต้องรับประทานยานี้ก่อนอาหาร 30 นาที และหลังรับประทานยาผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารด้วยเสมอ เพราะหากผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารหลังจากรับประทานยา ฮอร์โมนอินซูลินที่ถูกกระตุ้นให้หลั่งออกมาจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ในกรณีที่มีรับประทานยาและนึกได้เมื่อรับประทานอาหารไปแล้ว ไม่ควรรับประทานยาหลังอาหาร เพราะยาจะออกฤทธิ์ในช่วงที่ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงไปแล้ว ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติจนเกิดอันตรายได้ ควรดยาเมื่อที่ลืมไป และให้รับประทานยาก่อนอาหารในมื้อถัดไปแทนโดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า (ธีรภัทร, 2556; พิสนธิ, 2557) ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ถ่ายเหลว ท้องอืด เวียนศีรษะ หรือมีอาการคลื่นแบบควบคุมไม่ได้ของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการตาตัวเหลือง อูจจาจะเป็นสีซีด ปัสสาวะเป็นสีโค้ก ปวดท้องส่วนบนขวา หรือมีเลือดออกผิดปกติ มีผื่นคัน ตุ่มน้ำ หรือแผลพุพองตามผิวหนัง เป็นไข้ หรือมีแผลในช่องปาก (MedlinePlus, 2017)

3. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคไตเรื้อรัง การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมด้วยโรคไตเรื้อรัง มีจุดมุ่งหวังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง แพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตร่วมกันอย่างน้อย 2 ชนิด อาจต้องได้รับยาลดไขมันในเลือด หรือต้องได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ในกรณีที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) นอกจากนี้ ยังมียาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคไตเรื้อรัง ดังนี้

3.1 ยาแคลเซียมคาร์บอเนต (calcium carbonate) เป็นยาที่ให้เพื่อช่วยเสริมแคลเซียมในร่างกาย และลดการดูดซึมฟอสเฟต เพื่อลดปริมาณฟอสฟอรัสในเลือดในผู้ป่วยโรคไตวาย โดยทั่วไปแพทย์มักจะให้รับประทานยานี้วันละ 3-4 ครั้ง แนะนำให้ผู้ป่วยเคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้โดยทั่วไปของยานี้ ได้แก่ การมีอาการท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง สูญเสียการรับรส ความอยากอาหารลดลง ซึ่งหากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบไม่ควรหยุดยาเอง (MedlinePlus, 2017)

3.2 ยาอะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ (aluminium hydroxide) เป็นยาลดกรดในกระเพาะ ที่ให้เพื่อช่วยลดปริมาณฟอสฟอรัสในเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ การมีอาการท้องผูก อ่อนเพลีย ความอยากอาหารลดลง หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ไม่ควรหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ มีอาการสับสน หรือเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง (MedlinePlus, 2017)

3.3 ยาโซดามินท์ (sodamint) เป็นยาที่ให้เพื่อลดภาวะเลือดเป็นกรด แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 1-4 ครั้งโดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ไม่ควรเป็นเวลาหลังรับประทานอาหารที่อึดมากๆ ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ กระจายน้ำ ปวดเกร็งในช่องท้อง แน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรือปัสสาวะบ่อย หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องควรแจ้งให้แพทย์ทราบห้ามหยุดยาเอง แต่หากพบผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายและเกิดขึ้นอย่างรุนแรงให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาเจียนเป็นสีดำ หรือสีแดง ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นสีดำ หรือสีแดง ปวดศีรษะอย่างรุนแรง หายใจเข้า เหนื่อย หรือขาส่วนล่างบวม (MedlinePlus, 2017)

3.4 ยาเฟอร์รัสซัลเฟต (ferrous sulfate) เป็นยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อให้ร่างกายใช้ในการผลิตเม็ดเลือดแดงช่วยในการรักษา หรือป้องกันภาวะโลหิตจาง แพทย์มักให้รับประทานยานี้วันละ 3 ครั้ง ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ท้องผูก ปวดท้อง หรือรู้สึกไม่สบายในท้อง การรับประทานยา ในขณะที่ท้องว่าง หรือหลังรับประทานอาหาร 1-2 ชั่วโมง จะช่วยให้ยาสามารถดูดซึมได้ดี แต่มักนิยมให้รับประทานหลังอาหารเพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (MedlinePlus, 2017)

3.5 ยาเฟอร์รัสฟูมาเรต (ferrous fumarate) เป็นยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ในการผลิตเม็ดเลือดแดงช่วยในการรักษา หรือป้องกันภาวะโลหิตจาง ให้รับประทานยานี้โดยการกลืนทั้งเม็ด ห้ามเคี้ยว ห้ามบด หรือแบ่งยา ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไป ได้แก่ ท้องผูก ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดแสบยอดอก หรือเบื่ออาหาร การรับประทานยาในขณะที่ท้องว่าง หรือหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง จะช่วยให้ยาสามารถดูดซึมได้ดี แต่แพทย์มักนิยมให้รับประทานยานี้หลังอาหารเพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยานี้อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายได้แก่ ถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะเป็นเลือด มีผื่นคัน เป็นผื่นลมพิษ มีอาการบวมของใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น ในคอ หรือมีอาการหายใจลำบาก กลืนลำบาก หากมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นให้หยุดยาและรีบไปพบแพทย์ทันที (Everyday health, 2017)

3.6 วิตามินดี (Vitamin D) เป็นยาที่ช่วยให้ร่างกายดูดซึมแคลเซียมเพื่อช่วยในการเสริมสร้างกระดูก ป้องกันโรคกระดูกพรุน (MedlinePlus, 2017) แพทย์มักปรับขนาดยาที่ให้ตามระดับฟอสเฟต แคลเซียม ฮอร์โมนพาราไทรอยด์และระดับวิตามินดีในเลือด (สินธุ์วิสุทธิ์ และพัชราภรณ์, 2555) ผลข้างเคียงที่พบได้โดยทั่วไปของยานี้ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ความอยากอาหารลดลง ท้องผูก อ่อนเพลีย หรือน้ำหนักลด (Mayo clinic, 2017)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ดังได้กล่าวไปแล้วว่า การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) และการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรค (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้มากขึ้นเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

นิยามของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 และได้ให้ความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาว่าหมายถึงพฤติกรรมรับประทานที่บุคคลปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้ตกลงร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ต่อมาการ์ดเนอร์ (Gardner, 2015) ได้ทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์แนวคิดเรื่องความสม่ำเสมอ (adherence concept) ซึ่งสามารถสรุปความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแนวคิดนี้ได้ใกล้เคียงกับที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ แต่มีความครอบคลุมถึงลักษณะของการปฏิบัติด้วยนั่นคือ พฤติกรรมรับประทานยาที่บุคคลปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่ได้ตกลงร่วมกับแพทย์ผู้รักษา ในการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปความหมายของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาว่าหมายถึงการรับประทานยาอย่างครบถ้วน ต่อเนื่อง ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณตามแผนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้ตกลงร่วมกับแพทย์ผู้รักษา

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อผลในการควบคุมระดับความดันโลหิต

หลักการใช้จ่ายลดความดันโลหิตเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงจะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) เพราะแม้ประสิทธิภาพของยาจะมีมากแค่ไหน แต่หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก็จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Yue, Bin, Weilin, & Aifang, 2015) ซึ่ง

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยาลดความดันโลหิตจะมีการตอบสนองอย่างต่อเนื่องและอย่างช้าที่สุดภายในช่วง 8 สัปดาห์ (Mancia et al., 2013) เมื่อผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะทำให้มีระดับยาในกระแสเลือดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) จากงานวิจัยจำนวน 25 เรื่อง ที่ศึกษาใน 15 ประเทศทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 83.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีสาเหตุเกิดจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) และมีผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Elperin, Pelter, Deamer, & Burchette, 2014) และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของนันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย (2558) ที่พบว่าการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นสามารถช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก โดยผู้ที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Hill, Miller, & DeGeest, 2010)

ลักษณะและอุบัติการณ์ของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่พบในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับประโยชน์ที่ดีที่สุดจากการรักษาทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่เพิ่มสูงขึ้น (Hugtenburg, Timmers, Elders, Vervloet, & van Dijk, 2013) ซึ่งสามารถพบลักษณะของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ในหลายรูปแบบ ได้แก่ การไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา การรับประทานยาไม่ตรงเวลา การหยุดรับประทานยาเพิ่มยา หรือลดยาที่รับประทานด้วยเอง (Hugtenburg et al., 2013) สำหรับลักษณะของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่พบในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของไทย ได้แก่ การรับประทานยาไม่ตรงเวลา (ปิยนุช, 2549) การรับประทานยาชนิดอื่นที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาชนิดเดิมซ้ำในมือเดียวกัน และการรวบมือยามารับประทานในมือเดียว การหยุดรับประทานยา หรือการปรับปริมาณยาที่รับประทานด้วยตนเอง (อุไรวรรณ และนิรนาท, 2558) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาและร้อยละ 50 ขาด

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาภายใน 1 ปี หลังการรักษา (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008) และในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 80 (ปิ่นทอง, วิชชุตา, วันเพ็ญ, ศรีนรัตน์, และฉัตรกนก, 2559; วิภาภรณ์, นันทวัน, และกนกพร, 2560)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องผู้ให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเฉพาะเจาะจง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านตัวบุคคล ได้ดังนี้

1.1 เพศ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบทั้งการศึกษาที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าเพศชาย (Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมักจะทำให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Arias, Villaorduna, Miranda, Canseco, & Malaga, 2014) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเพศเป็นเพียงสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีระของบุคคล (วริศา, 2553) แต่พฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลยังมีสิ่งอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคิดและการรับรู้ของบุคคลจึงทำให้ผลการศึกษาที่ออกมาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2 อายุ จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013) อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มีอายุมากโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพของร่างกายและสติปัญญาตามวัยที่ทำให้ความสามารถในด้านการคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การมองเห็นและความจำที่ลดลง (ผ่องพรรณ, 2554) จึงทำให้ลืมรับประทานยา หรือการมองเห็นที่ลดลงทำให้อ่านฉลากยาไม่ได้ หรืออ่านผิดส่งผลให้

ผู้ป่วยรับประทานยาผิด สอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตร, อุไรวรรณ, และชไมพร (2557) ที่พบว่าการลืมและการมองเห็นที่ลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.3 ระดับการศึกษา มีทั้งการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่สูงขึ้น (Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการหาความรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (สุมาพร, มณีรัตน์, และนิรัตน์, 2556) จึงทำให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคได้มากกว่า ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรับประทานยาและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Arias, Villaorduna, Miranda, Canseco, & Malaga, 2014) ทั้งนี้อาจเนื่องจากระดับการศึกษาเป็นเพียงแค่ตัวบ่งชี้ถึงระดับความรู้ของผู้ป่วย (เนาวรัตน์, บุชราคม, และวิวัฒน์, 2554) แต่การปฏิบัติของผู้ป่วยอาจเกิดจากปัจจัยด้านความเชื่อที่แตกต่างกันเพราะความเชื่อเป็นปัจจัยชักนำที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ (พรทิพย์, 2555) ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาที่สูงหากผู้ป่วยมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยาก็อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้

1.4 การเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการรับประทานยาได้เนื่องจากความจำที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุลืมรับประทานยาโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งการหลงลืมในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของขนาดสมองและการลดลงของจำนวนเซลล์ประสาททำให้การนำกระแสประสาทเข้าสู่สมองช้าลง (แสงจันทร์, 2556) ส่งผลให้ผู้สูงอายุจดจำสิ่งต่างๆ ได้ลดลง สอดคล้องผลการศึกษาที่พบว่าการลืมเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Lo, Chau, Woo, Thompson, & Choi, 2016; Yap, Thirumoorthy, & Kwan, 2016) และยังสอดคล้องกับผลการการศึกษาที่พบว่าระดับความสามารถในการจดจำมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุและสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Insel, Morrow, Brewer, & Figueredo, 2006) นอกจากนี้การมองเห็นที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุอ่านฉลากยาได้ไม่ชัดทำให้เกิดการรับประทานยาผิด หรือความสามารถในการใช้มือหยิบจับที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุเปิดภาชนะบรรจุยาไม่ได้ หรือหยิบจับเม็ดยาไม่ถนัดจึงทำให้ยาหล่นหายส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการการศึกษาของชินจิตร, อุไรวรรณ, และชไมพร (2557)

ที่พบว่าการลืม การมองเห็นและความสามารถในการใช้มือหยิบจับที่ลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.5 ความรู้ ความเชื่อและการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา เนื่องจากความเชื่อเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเข้าใจของตนเอง ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องตามความเชื่อ หรือตามความเข้าใจ หากผู้ป่วยมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยา หรือมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องก็ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา ส่งผลทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ (พรทิพย์, 2555) จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) ของฮู (Hu, 2016) พบว่าการขาดความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นพื้นฐานของการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง (ปูลิวซ์ และจันทรจิรา, 2557) ประกอบกับการขาดความรู้เรื่องยา หรือการไม่เข้าใจเรื่องวิธีการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา (Hu, 2016) นอกจากนี้การขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการแสดงอาการของโรคและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา เพราะการเข้าใจว่าการไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูงแสดงถึงการหายจากโรค (ปิยะพร, 2553) และการไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาจากการไม่แสดงอาการของโรค (กิริณา, วันทนา, และอรสา, 2557; ผ่องพรรณ, 2556; Hu, 2016; Lee, et al., 2013) เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และผลการศึกษาของฮู (Hu, 2016) ยังพบอีกว่า การเชื่อว่ายาลดความดันโลหิตเป็นอันตรายมากกว่าให้ประโยชน์ในการรักษาและการเชื่อว่าการรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดการติดยา หรือยาอาจทำอันตรายต่อดับและไต เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการรักษาจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น (Rajpura & Nayak, 2014) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rajpura & Nayak, 2014) และพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงน้อยมีอัตราเสี่ยงต่อการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากเป็น 2.15 เท่าของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงมาก ผู้สูงอายุที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาน้อยมีอัตราเสี่ยงต่อการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากเป็น 3.25 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามากและผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าการรับประทานยา

เป็นอุปสรรคมากมีอัตราเสี่ยงต่อการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็น 6.16 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นอุปสรรคน้อย (ปิยนุช, 2549)

1.6 ทักษะการรับรู้โรคและการรักษา มีทั้งการศึกษาในประเทศไทย (ชื่นจิตร, อุไรวรรณ, และชไมพร, 2557) และในต่างประเทศ (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012) ที่พบว่าทักษะการรับรู้โรคและการรักษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยการมีทักษะการรับรู้โรคและการรักษาในด้านลบ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

1.7 ความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา ฮู (Hu, 2016) พบว่าความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาในความสัมพันธ์เชิงลบดังกล่าวในอีก 2 การศึกษาในต่างประเทศ (Arias, Villaorduna, Miranda, Canseco, & Malaga, 2014; Rajpura & Nayak, 2014) และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยามากมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลง (ปิ่นทอง, วิชชุตา, วันเพ็ญ, ศรีนรัตน์, และฉัตรกนก, 2559)

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านภาวะสุขภาพและการรักษา ได้ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) 2 การศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; Yap, Thirumoorthy, & Kwan, 2016) สนับสนุนด้วยผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 2,180 ราย ซึ่งพบว่าร้อยละ 14.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.6 ในขณะที่พบผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าแค่ ร้อยละ 12.7% และเมื่อติดตามพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุต่อไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Krousel-Wood et al., 2010) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าขาดการเอาใจใส่ในการดูแลตนเองจึงทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

2.2 ระยะเวลาในการรับประทานยา พบว่าระยะเวลาในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ที่รับประทานยามานานมากกว่า 10 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่รับประทานยาเป็นเวลาน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี (Lee et al., 2013) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่รับประทานยามาเป็นเวลานานเกิดความเคยชินกับการรับประทานยาสามารถปรับวิธีการรับประทานยาให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันจึงทำให้ไม่รู้สึกรว่าการรับประทานยาเป็นภาระส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rajpura & Nayak, 2014)

2.3 จำนวนโรคร่วม จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนโรคร่วมที่เป็นยิ่งมากความสม่ำเสมอในการรับประทานยายิ่งน้อย (Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีโรคร่วมหลายโรคทำให้ความซับซ้อนในการรักษาและจำนวนยาที่ต้องรับประทานมีมากขึ้น (Salive, 2013) จึงเป็นสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิด รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือลืมรับประทานยา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการรับประทานยาหลายครั้ง หลายชนิดและหลายเม็ดเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Toh et al., 2014) หรืออาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมองว่าการรับประทานยาหลายชนิด หลายเม็ด หรือหลายมือเป็นภาระ จึงทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Rajpura & Nayak, 2014) หรือในผู้ป่วยที่ไม่ชอบรับประทานยา การมียาหลายชนิดที่ต้องรับประทานอาจทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบ หรือไม่ยอมรับประทานยาได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุฤดี (2557) ที่พบว่าการไม่ชอบรับประทานยาเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

2.4 ความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาพบว่าความซับซ้อนของวิธีการใช้ยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ชื่นจิตร, อุไรวรรณ, และชไมพร, 2557; AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; Arias, Villaorduna, Miranda, Canseco, & Malaga, 2014; Hu, 2016; Toh et al., 2014; Zyoud, Al-Jabi, Sweileh, & Morisky, 2013) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการรับประทานยาหลายชนิด หลายเม็ด หรือหลายมืออาจทำให้ผู้ป่วยสับสนยากต่อการจำจึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาผิด รับประทานยาไม่ตรงเวลา หรือลืมรับประทานยาได้

2.5 การเกิดอาการข้างเคียงจากยา จากการศึกษาของธมนพรพรช, วนิดา, และจรรย์วารช (2558) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 3.1

จะหยุดรับประทานยาทันทีเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา เช่น อาการไอ บวม หรือปัสสาวะบ่อย และผลจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25 ให้เหตุผลของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาว่าเกิดจากอาการข้างเคียงของยาเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย คือ อาการเวียนศีรษะ ไอ บวม ความดันโลหิตต่ำ หรือเป็นตะคริว (Lalic et al., 2013)

3. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่กระบวนการสั่งจ่ายยาจนถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย ความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อผู้ให้บริการสุขภาพ ความสามารถของผู้ให้บริการสุขภาพในการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้รับรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและเห็นความสำคัญของการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; National council on patient information and education, 2013) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ให้บริการสุขภาพ (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012)

4. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (AlGhurair, Hughes, Simpson, & Guirguis, 2012; Hu, 2016) โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและจากผู้ให้บริการสุขภาพเพราะการประสานความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้เกิดทักษะและความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการได้ (Agency for healthcare research and quality, 2014) จากการศึกษาของซันจิตร, อุไรวรรณ, และ ชไมพร (2557) พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการใช้ยาจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การพาไปพบแพทย์ตามนัด การไปรับยาแทน การช่วยจำวันนัด การช่วยดูแลและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา การช่วยเตือนการรับประทานยา การช่วยจัดเตรียมยา การช่วยติดตามอาการที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์และการที่บุคคลในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีคุณค่าต่อครอบครัวจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความย่อท้อต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของนันท์กานต์, อุมาพร, และไหมไทย (2558) ที่พบว่าการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเจ้าหน้าที่พยาบาลทำให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และหากได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองจากเจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น (ชลการ, 2557)

5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย ได้แก่ ฐานะทางการเงินและภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุมีฐานะทางการเงินที่ดี จะทำให้ไม่มีภาระในการต้องทำงานหาเลี้ยงชีพจึงทำให้มีเวลาดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาได้มากขึ้น (ชินจิตร, อุไรวรรณ, และชไมพร, 2557) และมีผลการศึกษาที่พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.95 ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีภาระงานยุ่ง (Nair et al., 2011) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการมีภาระงานยุ่งทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาสนใจเรื่องการรับประทานยาจึงทำให้ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ตรงเวลาได้

วิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยพบว่าวิธีการประเมินที่หลากหลายซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน มีความยากง่ายและความถูกต้องแม่นยำที่แตกต่างกัน ไม่มีวิธีการใดที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดการเลือกใช้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วยและบริบทของแต่ละสถานพยาบาล แต่ควรเลือกวิธีการประเมินร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธีขึ้นไปเพื่อให้ผลการประเมินที่ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่ผู้ป่วยปฏิบัติมากที่สุด (Lam & Fresco, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปวิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้เป็น 2 ประเภทหลักๆ คือวิธีการประเมินโดยตรงและวิธีการประเมินทางอ้อม รายละเอียดของแต่ละวิธีมีดังนี้

1. วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

1.1 การวัดระดับความเข้มข้นของยา หรือการวัดระดับยาที่ถูกเมทาโบไลต์ (metabolite) เป็นการวัดระดับยาในเลือด หรือในปัสสาวะ ผลการประเมินโดยวิธีนี้ออกมาเป็นค่าที่สามารถวัดได้ แต่การใช้วิธีนี้สามารถประเมินได้เฉพาะพฤติกรรมรับประทานยาว่าผู้ป่วยรับประทานหรือไม่เท่านั้นแต่ไม่สามารถบอกเหตุผล หรือรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้และการตรวจเลือดต้องเป็นการล้วงล้าร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ความกลัว หรือความวิตกกังวลได้ นอกจากนี้การใช้วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงและต้องอาศัยการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ อีกทั้งผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนได้จากอัตราการเผาผลาญของ

ร่างกายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หรือคลาดเคลื่อนจากการทำปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาหลายชนิด หรือในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ล่วงหน้าว่าจะมีการตรวจวัดระดับยาจึงทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในช่วงก่อนการตรวจทำให้ผลการประเมินที่ได้ไม่ตรงกับการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย (Lam & Fresco, 2015)

1.2 การประเมินโดยการสังเกตจากการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรงเป็นการประเมินที่ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ประเมินวิธีนี้สามารถประเมินได้ทันทีที่ผู้ป่วยรับประทานยาและสามารถแก้ไขได้ทันทีหากพบว่าผู้ป่วยไม่รับประทานยา แต่ผู้ป่วยอาจซ่อนยาโดยการอมไว้ใต้ลิ้นแล้วนำไปบ้วนทิ้งในภายหลังและเนื่องจากวิธีนี้ต้องประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยรับประทานยาจึงไม่เหมาะสำหรับการใช้ประเมินผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำ (Lam & Fresco, 2015)

2. วิธีการประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย

2.1 การประเมินโดยการวิเคราะห์จากข้อมูลหัตถิยภูมิเป็นการประเมินโดยการดูจากข้อมูลการสั่งจ่ายยาและเปรียบเทียบจำนวนเม็ดยาที่สั่งให้ผู้ป่วยกับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทาน วิธีนี้สามารถทำได้ง่ายเหมาะกับการใช้ในการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ หรือใช้เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความล้มเหลวในการรักษาจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและสามารถใช้กับผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดได้ แต่ผลการประเมินสามารถบอกได้เฉพาะปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานแต่ไม่สามารถบอกพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่ารับประทานยาถูกต้องหรือไม่ (Lam & Fresco, 2015)

2.2 การนับเม็ดยา เป็นการประเมินโดยการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจากจำนวนยาที่ได้รับในครั้งที่ผ่านมาแล้วนำมาคำนวณหาอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิธีนี้สามารถทำได้ง่ายไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมีความถูกต้องสูงและสามารถนำไปใช้ร่วมกับวิธีอื่นๆ ได้ แต่วิธีนี้ไม่สามารถประเมินการรับประทานยาที่มากกว่าที่แพทย์สั่งและการรับประทานยาที่ไม่ตรงเวลาได้ (Lam & Fresco, 2015) และผลการประเมินอาจคลาดเคลื่อนจากการทำยาตกหล่น หรือสูญหายได้ (นันทิกานต์, 2558)

2.3 การประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปในการปฏิบัติทางคลินิกและในงานวิจัย วิธีนี้สามารถปรับลักษณะคำถามให้เหมาะกับสิ่งที่ต้องการประเมิน แต่ข้อมูลที่ได้ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนหากผู้ป่วยให้ข้อมูลผิด หรือให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริงที่ปฏิบัติ หรือผลการประเมินที่ได้ อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น การใช้คำถามที่มีลักษณะเป็นการถามนำ หรือการใช้คำถามในลักษณะที่เป็นการตำหนิผู้ป่วย และบางครั้งสภาพจิตใจของผู้ป่วยก็อาจส่งผลต่อการตอบคำถามได้ (Lam & Fresco, 2015) แต่อย่างไรก็ตามการ

ประเมินโดยวิธีนี้สามารถใช้ระบุตัวผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เกิดจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ (Krousel-Wood et al., 2013) ตัวอย่างของการประเมินโดยวิธีนี้ได้แก่

2.3.1 การใช้สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย เป็นวิธีประเมินโดยการให้ผู้ป่วยบันทึกการรับประทานยาและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาด้วยตนเอง วิธีนี้ไม่สามารถประเมินได้หากผู้ป่วยไม่บันทึก หรือผู้ป่วยไม่นำสมุดบันทึกมาให้ผู้ประเมินตรวจสอบ (Lam & Fresco, 2015)

2.3.2 การสอบถาม หรือการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง เป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อย คำตอบที่ได้สามารถนำมาแปลงค่าเป็นคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ อาจใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้เรื่องการเข้ายา หรือการสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจซึ่งปัจจุบันนิยมเป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยเพราะสามารถให้คำแนะนำ หรืออธิบายในเรื่องที่ผู้ป่วยเข้าใจไม่ถูกต้องและสามารถช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาร่วมด้วย (Lam & Fresco, 2015)

2.3.3 การใช้แบบสอบถาม แบบสอบถามที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีหลายรูปแบบมีทั้งแบบอัตโนมัติและแบบปรนัย ลักษณะของแบบสอบถามอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของผู้ป่วย หรือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ตัวอย่างของแบบสอบถามที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่

1) แบบสอบถามการรับประทานยาลบย่อ (Brief medication questionnaire) มีข้อความเกี่ยวกับความรู้ในเรื่องยาที่ใช้ พฤติกรรมการใช้ยาและปัญหาอุปสรรคในการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีการพกยาติดตัวหรือไม่ ยาที่ใช้มีกี่ชนิด แต่ละชนิดมีวิธีการใช้อย่างไร ใน 6 เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยเคยหยุดรับประทานยาหรือไม่ ยาที่หยุดรับประทานคือยาอะไร เหตุผลในการหยุดรับประทานยา ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีการรับประทานยาแต่ละชนิดอย่างไร มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาหรือไม่ ยาที่มีวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก หรือยากต่อการจดจำหรือไม่ เป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมสำหรับการใช้ประเมินความสามารถในการบริหารยาด้วยตนเองของผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาหลายชนิด (Lam & Fresco, 2015) แต่แบบสอบถามนี้มีลักษณะข้อคำถามที่ค่อนข้างซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการตอบมีทั้งแบบให้เลือกตอบและให้เติมคำในช่องว่างจึงไม่เหมาะกับการใช้ในผู้สูงอายุ

2) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 8 คำถามของมอริสกี (Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale [MMAS-8]) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการยอมรับและได้รับความนิยมสูงสุดในการนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกและการวิจัย (Lam & Fresco, 2015) เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่ มีจำนวน 7 ข้อ ถามเกี่ยวกับการ

ลืมรับประทานยา การไม่ได้รับประทานยาในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การหยุดรับประทานยา หรือการลดปริมาณยาที่รับประทานด้วยตนเองเมื่อมีอาการที่แย่ง การลืมนำยาติดตัวไปเมื่อต้องเดินทางออกจากบ้าน การรับประทานยาใน 1 วันที่ผ่านมา การหยุดรับประทานยาเมื่อระดับความดันโลหิตปกติและความรู้สึกยุ่งยากต่อการรับประทานยาตามแผนการรักษา ส่วนอีก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากต่อการจดจำเรื่องการรับประทานยา ผู้วิจัยไม่เลือกแบบสอบถามนี้มาใช้ เนื่องจากลักษณะคำถามไม่ครอบคลุมในด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับประทานยาตรงเวลา การรับประทานยาชนิดเดิมซ้ำ การรับประทานยาอื่นที่นอกเหนือจากยาที่แพทย์ให้รับประทาน และการเพิ่มปริมาณยา หรือเพิ่มมียาที่รับประทานด้วยตนเอง

3) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 4 คำถามของมอริสกี (The Fourth Item Morisky Medication Adherence Scale [MMAS-4]) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแบบรวดเร็วเหมาะสำหรับการประเมินในผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือ แต่จะมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือน้อยกว่าและได้รับความนิยมน้อยกว่าแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา 8 คำถามของมอริสกี (MMAS-8) (Lam & Fresco, 2015) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถาม 4 ข้อ ถามเฉพาะเรื่องการลืมและการหยุดรับประทานยา

4) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรักษาของฮิลล์บอน (Hill-Bone Compliance Scale [Hill-Bone]) เป็นแบบสอบถามที่ใช้เฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Lam & Fresco, 2015) ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามถึงความบ่อยครั้งในการปฏิบัติพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ด้านการมารับยาตามนัด และด้านการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้วิจัยไม่เลือกแบบสอบถามนี้มาใช้ เนื่องจาก ผู้วิจัยต้องการประเมินเฉพาะความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาในแบบสอบถามนี้ ถามเฉพาะเรื่องการลืมรับประทานยา และการหยุดรับประทานยา

5) แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ของทัตนา และคณะ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเอดส์ ข้อคำถามมี 3 ข้อ ที่ถามถึงจำนวนครั้งของการขาดการรับประทานยา การรับประทานยาไม่ตรงเวลาและเหตุผลของการขาดการรับประทานยาและการรับประทานยาไม่ตรงเวลาในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (ทัตนา และคณะ, 2547 อ้างตาม ฐานิษฐาณ, 2553)

6) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของสาร์วีย์ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิกค์-บายส์ (Kanfer

& Gaelick-Buys) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการถามพฤติกรรมการใช้ยาในด้านการติดตามตนเอง การประเมินตนเองและการเสริมแรงตนเอง (สำรวย, 2561)

7) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทมีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ถามถึงพฤติกรรมการใช้ยาที่ครอบคลุมการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณตามแผนการรักษา

2.4 การประเมินโดยการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตรวจจับที่ภาชนะบรรจุยา เพื่อบันทึกวันและเวลาของการนำยาออกจากภาชนะบรรจุ วิธีนี้สามารถบอกรายละเอียดของจำนวนครั้งของการใช้ยาในแต่ละวันได้ เป็นวิธีที่มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการประเมินโดยวิธีสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงและผลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าวิธีการนับเม็ดยา แต่อุปกรณ์ที่ใช้มีราคาแพงไม่เหมาะกับการใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่และผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้อาจมีการบันทึกผิดพลาดได้หากผู้ป่วยใช้ไม่ถูกต้อง ประกอบกับขนาดของภาชนะบรรจุยาที่ใช้มักมีขนาดใหญ่จึงทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้งาน (Lam & Fresco, 2015)

เนื่องจากวิธีการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียและความสะดวกต่อการใช้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อความเหมาะสมต่อการใช้ในการวิจัยครั้งนี้และเพื่อให้ผลการประเมินมีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบประเมินเป็นหลัก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งการหยุดรับประทานยา การลืมรับประทานยา การเพิ่ม หรือการลดปริมาณยาที่รับประทานด้วยตนเอง เพื่อให้การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความครอบคลุมถึงการรับประทานยาอย่างครบถ้วน ต่อเนื่องและถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณ ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) โดยนำมาปรับใช้เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเลือกวิธีการประเมินโดยการนับเม็ดยาร่วมด้วยเพื่อเป็นการช่วยตรวจสอบผลการประเมินโดยใช้แบบประเมิน แต่หากผลการประเมินจากทั้ง 2 วิธี ไม่สอดคล้องกันผู้วิจัยพิจารณาความเป็นได้ร่วมกับการดูข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างและยึดผลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

หลักการรับประทานยาที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาอันจะช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าใจหลักการรับประทานยาที่ถูกต้อง ดังนี้ (พรทิพย์, 2555)

1. ต้องรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดและต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
2. อ่านวิธีการใช้ยาที่ระบุไว้บนหน้าซองยาก่อนรับประทานยาทุกครั้งและต้องรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่ระบุไว้
3. ต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาในเวลาเดิมของทุกวัน หรือไม่ควรห่างจากเวลาเดิมที่เคยรับประทานเกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง
4. ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการ ห้ามเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยาเอง
5. หากมียาที่ต้องรับประทานมากกว่า 1 ชนิด ต้องรับประทานให้ครบทุกชนิด โดยไม่เลือกรับประทานเฉพาะยาตัวใดตัวหนึ่งเท่านั้น
6. ไม่รับประทานยาของผู้อื่น หรือไม่ให้ผู้อื่นรับประทานยาของตนเอง แม้จะเป็นโรคเดียวกัน หรือมีอาการที่ใกล้เคียงกัน
7. สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา หากเกิดอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการไอ เวียนศีรษะง่าย มึนงง ปัสสาวะบ่อย ห้ามหยุดยาเองควรรีบกลับไปพบแพทย์ หรือโทรศัพท์เพื่อสอบถามแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือไม่ และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร หากเกิดอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น หรือมีอาการคันตามผิวหนัง มีอาการบวมของใบหน้า เปลือกตา หรือริมฝีปาก มีอาการแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่ออกให้หยุดยาทันทีและให้รีบไปพบแพทย์พร้อมทั้งจดบันทึกชื่อยาที่แพ้ไว้สำหรับเป็นประวัติในการรักษาครั้งต่อไป
8. ตรวจสอบวันหมดอายุของยาทุกครั้งก่อนใช้ยาและควรหมั่นสังเกตลักษณะของเม็ดยาที่รับประทาน หากพบว่าเม็ดยามีลักษณะที่ผิดปกติ หรือมีสีเปลี่ยนไปจากเดิมควรรับประทานยาดังกล่าว และให้ปรึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลทันที
9. ห้ามเก็บยาที่ไม่ใช้แล้วไว้ให้นำกลับมาคืนที่โรงพยาบาลเพื่อป้องกันการหยิบยามารับประทานผิด หรือรับประทานยาชนิดเดิมซ้ำ
10. ต้องรับประทานยาอย่างถูกวิธี ดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558)
 - 10.1 ยาที่ให้รับประทานก่อนอาหารต้องรับประทานยาขณะที่ท้องว่างก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้ยาสามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้โดยไม่ถูกรบกวนจากอาหาร น้ำย่อย หรือกรดในกระเพาะอาหาร

10.2 ยาที่ได้รับประทานหลังอาหาร หรือพร้อมอาหารให้รับประทานหลังอาหารทันที หรือให้รับประทานพร้อมการรับประทานอาหารและไม่ควรนานเกิน 15 นาทีหลังอาหารเพื่อลดการระคายเคืองของยาต่อกระเพาะอาหารและ/หรือ ต่อลำไส้

10.3 ยาที่ได้รับประทานก่อนนอนควรรับประทานก่อนเข้านอน 15-30 นาที เพราะเหตุผลของการให้รับประทานยาก่อนนอนในยาบางชนิดเป็นการป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น การทำให้ง่วงนอน หรือทำให้เวียนศีรษะมาก ซึ่งถ้ารับประทานก่อนนอนนานเกินไปจะไม่สามารถช่วยป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยาได้

10.4 ยาที่ห้ามเคี้ยวให้กลืนยาพร้อมน้ำเท่านั้นห้ามเคี้ยวยาก่อนกลืนยาเพราะยากลุ่มนี้จะเป็นยาชนิดที่มีการปล่อยยาออกมาทีละน้อยในกระเพาะอาหาร หรือในลำไส้เพื่อให้ยาค่อยๆ ออกฤทธิ์ในการลดความดันโลหิต การเคี้ยวจะทำให้ยาถูกปล่อยออกมามากในครั้งเดียวจนทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างทันทีทันใดจนเกิดอันตรายได้

11. การเก็บรักษายา ควรปฏิบัติดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558)

11.1 เก็บยาของแต่ละคนให้เป็นสัดส่วนที่ชัดเจนไม่ให้เกิดการปะปนกันกับยาของผู้อื่นเพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดคน

11.2 เก็บยาไม่ให้ถูกแสงแดด ห่างจากความชื้นและเก็บในอุณหภูมิที่กำหนด

11.3 เก็บยาในซองยา หรือในบรรจุภัณฑ์ยาเสมอไม่ควรแยกเก็บโดยไม่มีซองยาหรือฉลากยากำกับเพราะอาจทำให้รับประทานยาผิดวิธีได้และการเอายาออกจากบรรจุภัณฑ์อาจทำให้ยาหมดอายุได้เร็วกว่ากำหนด

11.4 หากมีความจำเป็นต้องแบ่งยาออกจากกระปุกยาใหญ่ หรือแบ่งยาออกจากแผงยาไปเก็บในภาชนะบรรจุใหม่ บนภาชนะบรรจุใหม่ที่แบ่งต้องมีการระบุวิธีการรับประทานยาไว้อย่างชัดเจนเพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดและให้เลือกภาชนะบรรจุที่สามารถปิดได้สนิทและสามารถป้องกันแสงได้ เช่น ซองยา กล่องยา หรือตลับยา โดยจะต้องปิดภาชนะให้สนิทเสมอและในการตัดแบ่งยาออกจากแผงต้องตัดไม่ให้ขอบแผงยาทะลุเป็นรูรั่วในกรณียาที่ต้องรับประทานครั้งละครั้งเม็ดไม่ควรแบ่งยาเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง เพราะอาจทำให้ยาเสื่อมสภาพได้

แนวทางการให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

เนื่องจากสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ การมีความเชื่อ หรือมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา และเกิดจากพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ ดังนั้นเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมรับประทานยาที่เหมาะสมเพื่อให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง สามารถสรุปแนวทางการให้คำแนะนำได้ ดังนี้

1. หากผู้ป่วยมีความเชื่อ หรือความเข้าใจว่าการรับประทานยาในปริมาณมาก หรือรับประทานยาเป็นระยะเวลานานแล้วจะทำให้มีผลต่อไต หรือตับ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือรักษาโรคร่วมอื่นเป็นยาที่มีการใช้อย่างปลอดภัยกันมาอย่างยาวนาน โอกาสที่ยาจะเกิดผลต่อไต หรือตับเป็นเพียงแค่ส่วนน้อย ซึ่งในการสั่งใช้ยาแพทย์จะช่วยเฝ้าระวังในเรื่องนี้ให้อยู่แล้ว แต่การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีโอกาสที่จะทำให้เกิดผลเสียได้มากกว่า และยิ่งไปกว่านั้นการปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย หรืออาจทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ (พรทิพย์, 2555)

2. หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพราะเชื่อในประสิทธิภาพของยาสมุนไพรมากกว่ายาที่ได้รับจากแพทย์ผู้รักษา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยระมัดระวังเรื่องการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดว่ายาอาจทำปฏิกิริยาต่อกันแล้วทำให้ต้านฤทธิ์กัน หรือเสริมฤทธิ์กัน หรืออาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือไม่ ต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์เป็นหลัก (พรทิพย์, 2555)

3. หากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหากลืมรับประทานยาให้ปฏิบัติ ดังนี้ (มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2558)

3.1 หากลืมรับประทานยาก่อนอาหารให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่ต้องเป็นตอนที่ท้องว่างเท่านั้น ถ้านึกได้ตอนที่รับประทานอาหารไปแล้วให้รับประทานยาหลังจากรับประทานอาหารไปแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง การรับประทานยาตอนที่ท้องว่างไม่ถึงครึ่งชั่วโมงจะไม่ต่างกับการรับประทานยาหลังอาหารจึงควรข้ามยามื้อที่ลืมไป แต่ถ้าเป็นเวลาใกล้เคียงกับเวลาที่ควรรับประทานยาในมื้อถัดไปให้รับประทานยาก่อนอาหารมื้อถัดไปแทนโดยไม่ต้องรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า

3.2 หากลืมรับประทานยาหลังอาหารให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่ต้องไม่เกิน 15 นาทีหลังรับประทานอาหาร หากนานเกินกว่านั้นให้รับประทานอาหารก่อนแล้วค่อยรับประทานยา

แต่ถ้าเป็นเวลาใกล้เคียงกับเวลาที่ต้องรับประทานยาในมือถัดไปให้รับประทานยาหลังอาหารมือถัดไปแทน โดยไม่ต้องรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า

3.3 หากลืมรับประทานยาก่อนนอนซึ่งผู้ป่วยมักจะนึกได้เมื่อถึงเช้าของวันรุ่งขึ้น จึงไม่ควรรับประทานยานั้นอีก ควรรอให้ถึงเวลาก่อนนอนในคืนถัดไปแล้วจึงรับประทานยา

4. หากผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตรงเวลา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบว่าการรับประทานตรงเวลาคือการรับประทานในเวลาเดิมของทุกวัน หรือไม่ควรห่างจากเวลาเดิม ที่เคยรับประทานเกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยให้ระดับยาในกระแสเลือด อยู่ในระดับคงที่ ทำให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้อย่างคงที่ตามไปด้วย (พรทิพย์, 2555)

5. หากผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการจัดการเมื่อยาหมดก่อนวันนัด ต้องอธิบายให้ผู้ป่วย ทราบว่าหากยาหมดก่อนวันนัด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ปล่อยให้ต้องขาดยา หากมีความ จำเป็น หรือไม่สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ผู้ป่วยสามารถไปซื้อยาจากร้านขายยามาใช้ชั่วคราว ได้ แต่ต้องนำตัวอย่างยา หรือซองยาที่มีชื่อยาและขนาดยาที่ใช้อย่างชัดเจนไปแสดงเพื่อให้ได้ยาที่ ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง หากไม่มีตัวอย่างยา หรือไม่มีซองยาที่มีชื่อยาและขนาดยาที่ใช้ให้โทรสอบถาม ชื่อยาและขนาดยาจากพยาบาลประจำคลินิกที่รักษา (พรทิพย์, 2555)

6. หากผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจึง รับประทานยาลดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการปวดศีรษะ หรือเข้าใจว่าการไม่ปวดศีรษะคือ การหายจากโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้หยุดการรับประทานยา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรค ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มักไม่แสดงอาการ การมีอาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูงพบได้ แค่ส่วนน้อย และการมี หรือไม่มีอาการปวดศีรษะไม่สามารถบ่งบอกถึงการมีระดับความดันโลหิตที่สูงได้ เพราะสิ่งที่บ่งบอกได้คือการตรวจวัดความดันโลหิตเท่านั้น และถึงแม้จะไม่มีอาการปวดศีรษะก็ไม่ได้ หมายความว่าจะมีระดับความดันโลหิตที่ปกติ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยต้องมีความ สม่าเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จะหยุดรับประทานยาไม่ได้แม้จะไม่มีอาการ ผิดปกติใดๆ (พรทิพย์, 2555)

7. หากผู้ป่วยเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงอยู่ในระดับปกติในระหว่างการ รับประทานยาคือการหายจากโรค ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงเป็นเพราะ ยาที่ผู้ป่วยรับประทานสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาจะทำให้ยาไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างคงที่ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (พรทิพย์, 2555) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในจอประสาทตาและการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น โดย การมีระดับความดันโลหิตที่ยังสูงขึ้นโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ยังมีมากขึ้น (WHO, 2015)

หากไม่ใช่เพราะเกิดจากการแพ้ยา การลดปริมาณยา หรือหยุดยาที่รับประทานต้องให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาเท่านั้น (พรทิพย์, 2555)

8. หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยเห็นว่าแม้จะหยุดรับประทานยาในบางครั้งก็พบว่าไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมักจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปและอาจต้องใช้ระยะเวลา การหยุดรับประทานยาในบางครั้งจึงอาจยังไม่เห็นผลที่เกิดขึ้นในทันที (พรทิพย์, 2555) แต่หากหยุดรับประทานยาแล้วทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและรวดเร็วก็อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกที่ทำให้เกิดการอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้เสียชีวิตได้ (จักรพันธ์, 2550)

9. หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการเกิดอาการข้างเคียงจากยา หรือการกลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาต้องอธิบายผู้ป่วย ดังนี้ (พรทิพย์, 2555)

9.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยเลือกใช้คำพูดอย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลัวจนไม่กล้ารับประทานยา

9.2 อธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา หากเกิดอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการไอ เวียนศีรษะง่าย มึนงง ปัสสาวะบ่อย ไม่ต้องหยุดยาแต่ให้รีบกลับมาพบแพทย์ หรือโทรศัพท์เพื่อสอบถามแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือไม่และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร แต่หากเกิดอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น หรือมีอาการคันตามผิวหนัง มีอาการบวมของใบหน้า เปลือกตา หรือริมฝีปาก มีอาการแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่ออก ให้หยุดยาทันทีและให้รีบไปมาแพทย์พร้อมทั้งจดบันทึกชื่อยาที่แพ้ไว้สำหรับเป็นประวัติในการรักษาครั้งต่อไป

9.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ายาบางชนิดอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มึนงง หรือไอแห้งๆ ได้ในช่วงแรกของการรับประทาน อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการแพ้ยาให้รับประทานยาต่อไปโดยต้องไม่หยุด หรือลดปริมาณยาเอง เพราะเมื่อร่างกายปรับตัวได้อาการดังกล่าวก็จะทุเลาลง แต่หากรับประทานแล้วยังมีอาการมากจนทนไม่ได้ ให้รีบกลับมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา

แนวความคิดสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เกิดจากโรคเรื้อรัง รวมทั้งมีความเข้าใจและยอมรับต่อสภาวะของโรคเรื้อรังโดยมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์อย่าง

เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002)

กลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ได้พัฒนาแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้โดยยึดความหมายของการจัดการตนเองตามที่บาร์โลว์ และคณะ (Barlow et al., 2002) ได้ให้ไว้และได้ให้ความหมายของการสนับสนุนการจัดการตนเองว่าหมายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพหลายระดับรวมทั้งชุมชนเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับอาการ การรักษา ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เกิดจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเชื่อว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่ใช่ทางเลือกสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง หากแต่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เนื่องจากการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการสุขภาพเป็นแค่เพียงส่วนเล็กน้อยของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเกือบทั้งหมดเกิดจากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นหลัก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการด้านการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยการจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย 2) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในหน่วยงานและ 3) การเปลี่ยนแปลงนโยบายสุขภาพและการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม (Glasgow et al., 2003)

หลักปรัชญาการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดนี้ คือ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องมีความเชื่อมั่นต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการสุขภาพเป็นเพียงผู้ร่วมรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นการรับผิดชอบโดยการทำแทนผู้ป่วย ต้องให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง

ในการพัฒนาการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะให้ใช้กลยุทธ์ห้าเอเพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าถึงบริบทปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของตัวผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ห้าเอ ประกอบด้วย

1. การประเมิน (assess) เป็นการประเมินเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติทั้งที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ประเมินคุณค่า ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจและเป้าหมายของผู้ป่วยรวมทั้งให้ข้อคิดเห็นต่อสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ต้องไม่

พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยไม่ได้มีการประเมินผู้ป่วยมาก่อนและไม่ควรสรุปความ
ว่าผู้ป่วยน่าจะมีความรู้ ความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. การแนะนำ (advise) เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลการตรวจต่างๆ ของผู้ป่วย
แนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความเสียหาย พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ รวมทั้ง
พฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ โดยในการให้คำแนะนำต้องทำภายใต้เทคนิคการรับฟัง
ผู้ป่วย การเรียนรู้จากปัญหาของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการให้คำแนะนำที่
เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยและบริบทของตัวผู้ป่วย ไม่ควรให้คำแนะนำที่มีความซับซ้อนเข้าใจยากและไม่
เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

3. การทำข้อตกลง (agree) เป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันตามลำดับความสำคัญ
ของปัญหาของผู้ป่วย ไม่ควรกำหนดเป้าหมายจำนวนมากในครั้งเดียว

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเอง
อย่างเหมาะสมโดยต้องคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ช่วยหาแนวทางการแก้ไขในสิ่งที่ยัง
เป็นปัญหาของผู้ป่วย หรือในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ

5. การจัดการ (arrange) เป็นการจัดการติดตามกำกับดูแลและประเมินผลการ
จัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล อาจจะใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์ จดหมาย หรือทางจดหมาย
อิเล็กทรอนิกส์

อย่างไรก็ตามตามแนวคิดนี้เชื่อว่าไม่มีกลยุทธ์ใดที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุก
สถานการณ์ แต่สิ่งที่จะทำได้ดีที่สุดในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้ได้อย่างเหมาะสม
และมีประสิทธิภาพคือการปรับวิธีการปฏิบัติให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยและเรียนรู้จากข้อผิดพลาดที่
เกิดขึ้นแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข

**การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับ
ความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้**

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการ
จัดการตนเองที่ดีในการดูแลสุขภาพและการควบคุมโรคและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการ
สนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ได้แก่ PubMed,
ProQuest, ThaiLIS, Google Scholar และจากฐานข้อมูลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ ผู้วิจัยคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ของสถาบัน
โจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการ

รับประทายาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทายาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 9 เรื่อง เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 1.c จำนวน 3 เรื่อง (รำไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556; Ruppap, 2010; Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) และระดับ 2.c จำนวน 6 เรื่อง (จันทร์จิรา, ปุลวิษซ์, และดวงหทัย, 2557; ชลการ, 2557; ฐาณิชญาน์, 2553; นันทิกานต์, อุมพร, และไหมไทย, 2558; สำรวย, 2561; Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทุกการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทายาที่ดีขึ้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีต่อผู้ป่วย แต่ละการศึกษาจึงมีการนำกลวิธีต่างๆ มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมและมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัยที่แตกต่างกัน สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เลือกมาศึกษาได้ ดังนี้

1. ตัวแปรต้น มีทั้งการศึกษาที่สนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน (จันทร์จิรา, ปุลวิษซ์, และดวงหทัย, 2557) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว (ชลการ, 2557) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทายาเพียงด้านเดียว (ฐาณิชญาน์, 2553; รำไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556; สำรวย, 2561) การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทายา (นันทิกานต์, อุมพร, และไหมไทย, 2558) การใช้พฤติกรรมป้องกันกลับในการควบคุมตนเองด้านการรับประทายา (Ruppap, 2010) และการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017; Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013)

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีทั้งการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ (สำรวย, 2561) และวัยสูงอายุ (จันทร์จิรา, ปุลวิษซ์, และดวงหทัย, 2557; ชลการ, 2557; นันทิกานต์, อุมพร, และไหมไทย, 2558; Ruppap, 2010) การศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ฐาณิชญาน์, 2553; รำไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556) ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

3. ระยะเวลาและผลลัพธ์ในการศึกษา การศึกษาที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองใช้ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน ส่วนใหญ่มีการประเมินผลลัพธ์เป็นพฤติกรรมที่สนับสนุนให้ปรับเปลี่ยนร่วมกับผลลัพธ์สุขภาพที่ควรจะเป็น โดยผลการศึกษาพบว่า 1) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทายาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมีความสม่ำเสมอในการรับประทายา

ยาได้มากขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (สำรวจ, 2561) 2) การสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฐานิชนญาณ, 2553) 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รำไพ, นงเยาว์, และจิตตากรณ, 2556) ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (ชลการ, 2557) และช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น และมีระดับความดันซิสโตลิก ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017) 3) การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นเวลา 13 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (จันทร์จิรา, ปุริวิช, และดวงหทัย, 2557) และ 4) การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นเวลา 6 เดือน ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีระดับการทำกิจกรรมทางกายและระดับไขมันดีในเลือดเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013)

4. กลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

นอกจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 9 เรื่อง ดังได้กล่าวไปแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบผลจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากงานวิจัยจำนวน 101 เรื่อง พบว่าการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจำเป็นต้องอาศัยกลวิธีหลายอย่างร่วมกันและต้องมีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยมีรูปแบบที่ไม่เหมือนกันและเกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกัน (Conn, Ruppap, Chase, Enriquez, & Cooper, 2015) โดยกลวิธีต่างๆ ที่นำมาใช้เป็นกิจกรรมในโปรแกรมสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของแต่ละการศึกษาจะมีการดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (นันทิกานต์, อุมพร, และไหมไทย, 2558; Ruppap, 2010) ผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

เร่งด่วน (สำรวย, 2561) และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (ฐาณิชญาน์, 2553; ราไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556) มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถสรุปกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่พบจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ ดังนี้

4.1 การให้ความรู้ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้และรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเกิดจากโรคหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักต่อการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง (อัญชลี, 2556) โดยมีผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้เรื่องยาไม่ว่าจะเป็นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว หรือการให้ความรู้ร่วมกับวิธีอื่นๆ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งวิธีการให้ความรู้สามารถทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การสอนผู้ป่วยโดยตรง การสอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ หรือการใช้เทปเสียง (Ruppar, Conn, & Russell, 2008) และการให้ความรู้เรื่องโรคร่วมกับความรู้เรื่องยาสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น (Ruppa et al., 2008) และจากผลการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis) ของคอนัน และคณะ (Conn et al., 2009) พบว่าการให้ความรู้เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสามารถทำได้ตั้งแต่ 1-12 ครั้ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้สื่อและกลวิธีการในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

4.1.1 การให้ความรู้เรื่องโรคและเรื่องยาโดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) (ฐาณิชญาน์, 2553; ราไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556)

4.1.2 การมอบคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและเรื่องยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง (ฐาณิชญาน์, 2553; ราไพ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556; สำรวย, 2561)

4.2 การใช้ระบบการกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การใช้ระบบกระตุ้นเตือนเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการลืมเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Lo, Chau, Woo, Thompson, & Choi, 2016; Yap, Thirumoorthy, & Kwan, 2016) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการนำรูปแบบของการใช้ระบบกระตุ้นเตือนการรับประทานยามาใช้อย่างหลากหลายและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น ประกอบด้วย

4.2.1 การใช้บัตรยาที่มีการเขียนระบุชื่อยา วิธีการใช้ยา สรรพคุณของยาร่วมกับการใช้ภาพเป็นสัญลักษณ์แสดงเวลาการรับประทานยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูวิธีการใช้ยาและจดจำวิธีการใช้ยาได้ง่ายขึ้นป้องกันการรับประทานยาผิด (Jacobson, Kripalani, Gazmararian,

& McMorris, 2008; Ruppap, 2009; Ruppap, 2010) และการแนะนำให้วางบัตรยาไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เพื่อช่วยป้องกันการลืมรับประทานยา (Ruppap, 2010)

4.2.2 การใช้สมุดบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตรวจสอบการรับประทานยาของตนเองได้ (ฐาณิษญาณ์, 2553; ร้าไฟ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556; ส้ารวย 2561; Ruppap, 2010)

4.2.3 การใช้เหตุการณ์ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำทุกวันเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยา ได้แก่ การกำหนดเวลาการรับประทานยาตามเวลาการออกอากาศของรายการโทรทัศน์ที่รับชมเป็นประจำทุกวัน (ฐาณิษญาณ์, 2553) การปรับเวลาการรับประทานยาให้เชื่อมโยงกับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Ruppap, 2010)

4.2.4 การทำปฏิทินการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูเวลาที่ต้องรับประทานยาตามเวลาที่บันทึกไว้ได้ (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558; Ruppap, Conn, & Russell, 2008)

4.2.5 การโทรศัพท์ติดตาม การส่งจดหมาย หรือการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) เพื่อป้องกันการลืมมาตรวจตามนัด (Hu, 2016; Ruppap, Conn, & Russell, 2008)

4.2.6 การใช้วิธีตั้งนาฬิกาปลุกเพื่อเตือนการรับประทานยา (Hu, 2016) หรือการตั้งเวลาเตือนโดยใช้โทรศัพท์มือถือ (ฐาณิษญาณ์, 2553)

4.2.7 การเตือนโดยบุคคลใกล้ชิด (ฐาณิษญาณ์, 2553) หรือบุคคลในครอบครัว (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558)

4.3 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยบริหารจัดการด้านการรับประทานยาด้วยตนเองประกอบด้วย

4.3.1 การแนะนำและฝึกให้ผู้ป่วยจัดยารับประทานด้วยตัวเอง ให้ฝึกอ่านฉลากยา และให้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นเมื่อขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558; Ruppap, Conn, & Russell, 2008)

4.3.2 การจัดทำสมุดบันทึกการรับประทานยาและสอนวิธีการบันทึกให้ผู้ป่วยบันทึกด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดตามการรับประทานยาของตนเองได้ (ฐาณิษญาณ์, 2553; ร้าไฟ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556; ส้ารวย, 2561; Ruppap, 2010)

4.3.3 การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการด้านการรับประทานยา และให้ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (ฐาณิษญาณ์, 2553; นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558)

4.4 การให้คำปรึกษาร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ (Ruppap, Conn, & Russell, 2008)

4.5 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการจัดการด้านการรับประทานยาของผู้ป่วย (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558)

4.6 การจัดทำฉลากยาอย่างเหมาะสม ได้แก่ การใช้ขนาดตัวอักษรที่ผู้ป่วยสามารถอ่านได้ง่าย และมีการเขียนรายละเอียดของยาและวิธีการใช้ยาไว้อย่างชัดเจน (Ruppar, Conn, & Russell, 2008)

4.7 การติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยแต่ละการศึกษาวิธีวิธีการติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ร่วมกับการนัดมาติดตามในสัปดาห์ที่ 3 และ 5 (ฐาณิชาญณ์, 2553) การโทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ร่วมกับนัดมาติดตามในสัปดาห์ที่ 4 (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558) การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, และ 8 (Ruppar, 2010) ผลของทุกการศึกษาพบว่า การติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมที่ร่วมช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้นำกลวิธีวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) ของกลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวานและ/หรือไตเรื้อรัง และเลือกการสนับสนุนการจัดการตนเองเฉพาะด้านการรับประทานยา เนื่องจากผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงคือการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ภาวะความดันโลหิตสูงไปทำลายอวัยวะสำคัญต่างๆ ของร่างกาย โดยพบว่าสาเหตุหลักสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คือ การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Abegaz, Shehab, Gebreyohannes, Bhagavathula, & Elnour, 2017) ประกอบกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมียาที่ต้องรับประทานเพิ่มมากขึ้น (Salive, 2013) ในขณะที่การมีโรคร่วมเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (Bertoia, Waring, Gupta, Roberts, & Eaton, 2011) ผู้วิจัยจึงต้องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเลือกประเมินผลลัพธ์ของการศึกษาเป็นความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง และเลือกระยะเวลาในการศึกษาที่ 8 สัปดาห์ เนื่องจากมีผลการศึกษาที่ช่วยยืนยันว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น (รำไพ, นางเยาว์, และจิตตาภรณ์,

2556) ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก (ชลการ, 2557)

วิธีการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) สามารถดำเนินกิจกรรมกับผู้ป่วยได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกวิธีดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เนื่องจากมีผลการศึกษาที่สนับสนุนว่าการดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลกับผู้สูงอายุสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคได้ดีขึ้น (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017; Ruppap, 2010) โดยในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือด้านการรับประทานยา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทุกกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างให้มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีขึ้น (ชลการ, 2557) และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลด้านการรับประทานยาสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558)

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาดังกลยุทธ์ห้าเอในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. การประเมิน (assess) กิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาที่กลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อและทัศนคติต่อการรับประทานยาและปัจจัยสนับสนุนที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งความสามารถและความเชื่อมั่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาและเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้เกิดขึ้นหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ในขั้นตอนนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้จะให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทุกกิจกรรมในโปรแกรม

2. การแนะนำ (advise) กิจกรรมในขั้นตอนนี้มีการให้คำแนะนำภายใต้บริบทปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายตามข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการประเมินโดยใช้ชุดข้อมูลการให้คำแนะนำที่เป็นไปในลักษณะเดียวกัน (ชุดข้อมูลการให้คำแนะนำแสดงในแผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 หน้า 178-181) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างได้มี

ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา เพื่อช่วยแก้ไขความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการรับประทานยา รวมทั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวได้รับรู้ถึงความจำเป็นของการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ได้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักต่อการรับประทานยา โดยในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมพื้นฐานที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับเหมือนกัน ประกอบด้วย การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ในการให้ความรู้ การมอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สมุดบันทึกการรับประทานยาและบัตรยา

3. การทำข้อตกลง (agree) ในขั้นตอนนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้ได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและ/หรือ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาตามความเห็นชอบของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอทางเลือกในเป้าหมายที่ควรจะเป็นแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเป้าหมายตามความสนใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเฉพาะบุคคลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกันกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสมตามบริบทปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและให้กลุ่มตัวอย่างนำแผนที่ร่วมกันกำหนดกลับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้

5. การจัดการ (arrange) เป็นการวางแผนการจัดการกำกับดูแลและติดตามประเมินผล ในระหว่างการทำกลุ่มตัวอย่างนำแผนปฏิบัติการจัดการตนเองไปปฏิบัติเพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและสามารถให้คำแนะนำและวางแผนการปฏิบัติใหม่เมื่อพบปัญหาโดยผู้วิจัยให้หมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างและ/หรือ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 และ 1 วัน ก่อนวันนัดพบเพื่อประเมินผลการวิจัยและมีการนัดพบเพื่อประเมินผลการวิจัยในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8

สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงพบมากในผู้สูงอายุ เป้าหมายสำคัญของการดูแลคือการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้

อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เนื่องจากพบว่า การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุแต่ละรายมีไม่เหมือนกันและเกิดขึ้นจากสาเหตุที่ต่างกันจึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยต้องอาศัยกลวิธีหลายอย่างร่วมกันและต้องมีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล

ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำ (advise) 3) การทำข้อตกลง (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การจัดการ (arrange) มาใช้สนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและช่วยให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ได้มีการศึกษาที่นำแนวคิดนี้มาใช้แล้วพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีระดับการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นจนส่งผลให้มีระดับไขมันดีในเลือดเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระดับความดันซิสโตลิกและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นจนส่งผลให้มีระดับความดันซิสโตลิก ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ผ่านมายังไม่มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และในผู้สูงอายุยังไม่พบการศึกษาที่มีการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียว การศึกษาที่มีการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพียงด้านเดียวมีเฉพาะในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรังเช่นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือแม้จะมีการศึกษาที่นำแนวคิดอื่นมาใช้ในการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แต่เป็นการศึกษาที่มีความแตกต่างของบริบททางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีการดำเนินชีวิต ความซับซ้อนของโรค และการรักษาจึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถอ้างอิงกลับไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปได้ทั้งหมด ประกอบกับผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่อันเกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายและสติปัญญาตามวัยจึงส่งผลให้การจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านพร้อมกันอาจทำได้ไม่เต็มศักยภาพ หรืออาจมีประสิทธิภาพที่ไม่ดีเท่ากับในวัยผู้ใหญ่ อีกทั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่แตกต่างไปจากผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้สูงอายุ

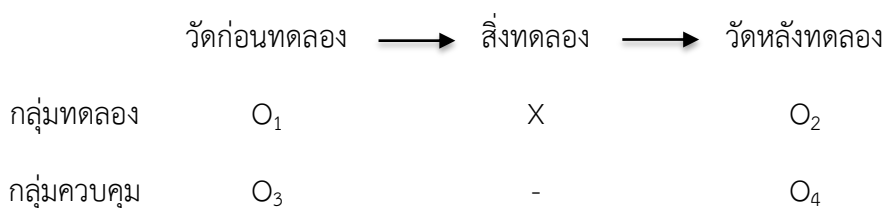
ดังนั้นเพื่อต้องการช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นจนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ที่ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่เป็นแผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ด้วยกลยุทธ์ห้าเอ ร่วมกับการใช้สื่อและกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) และคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สมุดบันทึกการรับประทานยา บัตรยาและแบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อต้องการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ แบบแผนการวิจัยสามารถแสดงได้ดังภาพ 2



ภาพ 2. แบบแผนการวิจัย

หมายเหตุ. O₁ หมายถึง คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง

O₃ หมายถึง คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

O₄ หมายถึง คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่มารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรคเบาหวานและคลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคใต้ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือการมองเห็นและสามารถพูดภาษาไทยได้
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คือ เมื่อประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยในผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออกคะแนนที่ได้ต้องมากกว่า 14 คะแนน ในผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาคะแนนที่ได้ต้องมากกว่า 17 คะแนน และในผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาคะแนนที่ได้ต้องมากกว่า 22 คะแนน (กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา, 2557) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างทุกรายอยู่ในช่วง 24-30 คะแนน
3. ไม่มีภาวะซึมเศร้าคือเมื่อประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ของกรมสุขภาพจิตคำตอบที่ได้ต้องตอบว่าไม่มีทั้ง 2 ข้อ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2557)
4. มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 2-4 เฉพาะที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน
5. ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาชนิดรับประทานทั้งชนิดและขนาดที่ได้รับในปัจจุบันมาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาจากแพทย์ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย
6. มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้คือมีระดับความดันโลหิตในวันที่มาพบแพทย์ครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ที่ไม่เกิน 12 เดือน) และในวันที่เข้าร่วมโปรแกรมเกินเกณฑ์เป้าหมายโดยในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคไตเรื้อรังมีความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท หรือในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงเพียงโรคเดียวมีความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 150 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีความดันไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท
7. ต้องไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาในทันที

8. มีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาคือเมื่อประเมินโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์ และคณะ (พรทิพย์ และคณะ, 2549 อ้างตาม ดำรงพล, 2551) คะแนนที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 47 คะแนน

9. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้หากไม่สามารถทำได้ต้องมีบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลด้านการรับประทานยาที่สามารถทำแทนได้

10. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

11. มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. มีการเปลี่ยนแปลงยาลดความดันโลหิตที่ได้รับในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย
2. ไม่สามารถโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างได้

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (นันทิกานต์, อุมารพร, และไหมไทย, 2558) ได้เท่ากับ 1.33 (ภาคผนวก ข หน้า 148) ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่มีขนาดใหญ่เมื่อนำมาเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียง 20 ราย ดังนั้นเพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัยผู้วิจัยจึงลดขนาดอิทธิพลความแตกต่างลงเหลือ 0.8 เมื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาก็จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) ซึ่งเท่ากับ 10 ราย ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองถูกคัดออกจากการศึกษาจำนวน 2 ราย เนื่องจากแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงชนิดของยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในระหว่างการวิจัย 1 ราย และเนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้

1 ราย แต่เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 กลุ่ม มีขนาดที่เท่ากันผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างรายใหม่จำนวน 2 ราย มาทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงยังคงเป็นกลุ่มละ 31 ราย คงเดิม

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 62 ราย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากแล้วใส่คืนในการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกันตั้งนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มทดลองหลังจากที่กลุ่มทดลองรับยาจากห้องยาเสร็จซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกิจกรรมการพยาบาลตามปกติก่อนกลับบ้าน นอกจากนี้เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ที่อาจรบกวนผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการทางสถิติทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา ค่าดัชนีมวลกายและพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง รวมทั้งความแตกต่างของชนิดและขนาดของยาทุกชนิดที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง รายละเอียดของเครื่องมือในแต่ละประเภทมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 1 หน้า 150-152) มีข้อความจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้และไลน์ ไลน์ (ถ้ามี) เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลด้านการรับประทานยาและหน้าที่ของผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านการรับประทานยา

1.1.2 ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกายและการมีความเครียดในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย ระยะเวลาของการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ระยะเวลาที่รับประทานยาลดความดันโลหิตชนิดและขนาดที่ได้รับในปัจจุบัน วันที่พบแพทย์ ครั้งล่าสุดและค่าความดันโลหิตที่วัดได้ วันที่เข้าร่วมการวิจัยและค่าความดันโลหิตที่วัดได้ จำนวนเม็ดยา และจำนวนม็อยยาที่รับประทานใน 1 วัน จำนวนชนิดยาทั้งหมดที่รับประทาน ชื่อยา ขนาดและวิธีการใช้ยา

1.2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 2 หน้า 153-154) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งดำรงพล (2551) ได้นำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ที่ผ่านการประเมินตามแบบประเมินสภาวะจิตชนิดสั้น (Mini Mental Status Examination) และสามารถตอบคำถามได้ด้วยตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ลักษณะคำถามเป็นการถามถึงพฤติกรรมการใช้ยาที่ครอบคลุมการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลาและปริมาณตามแผนการรักษา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 แบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามเชิงลบจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บ่อยครั้งและเป็นประจำ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้ออยู่ในช่วง 1-4 คะแนน มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน แปลผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-42 คะแนน) และระดับสูง (มากกว่า 42 คะแนน) ก่อนการนำไปใช้ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อความบางส่วนในข้อที่ 1, 7, 10, 11, 12, 13, 15, และ 16 เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าแบบประเมินขาดความไวต่อการประเมินในผู้ป่วยที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95 ได้คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ทั้งที่ในความเป็นจริงผู้ป่วยมีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยจึงดัดแปลงแบบประเมินเพิ่มเติม ดังนี้

1.2.1 ดัดแปลงข้อความในข้อคำถามบางส่วนเพื่อความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.2.2 ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อคำถามที่ถามในเรื่องเดียวกัน หรือเรื่องที่ใกล้เคียงกันมารวมไว้เป็นข้อเดียวกัน ได้แก่ ข้อคำถามที่สื่อถึงการหยุดรับประทานยาด้วยตนเองและข้อคำถามที่สื่อถึงการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการใช้ยา

1.2.3 เพิ่มข้อคำถามที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมว่าเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่พบในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การรับประทานยาชนิดอื่นที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาชนิดเดิมซ้ำในมือเดียวกันและการรวบมือยามารับประทานในมือเดียวกัน(อุไรวรรณ และนิรนาท, 2558)

1.2.4 ปรับจำนวนข้อคำถามทั้งหมดเหลือจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 2 ข้อ คือข้อที่ 1 และ 7 และส่วนที่เหลือจำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ

1.2.5 เพิ่มช่องหมายเหตุสำหรับบันทึกเหตุผลของการมีพฤติกรรมรับประทานยาในแต่ละข้อ

1.2.6 ปรับลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง เกือบทุกครั้งและทุกครั้ง กำหนดการให้คะแนนในแต่ละข้ออยู่ในช่วง 1-5 คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ	
ทุกครั้ง	5	1	คะแนน
เกือบทุกครั้ง	4	2	คะแนน
บางครั้ง	3	3	คะแนน
นานๆ ครั้ง	2	4	คะแนน
ไม่เคย	1	5	คะแนน

ค่าคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน กำหนดการแปลผลคะแนนใหม่คือถ้าคะแนนที่ได้มาก หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากและถ้าคะแนนที่ได้น้อย หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยและใช้จุดตัดคะแนนที่น้อยกว่า 48 คะแนน เป็นคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเพราะเป็นเกณฑ์คะแนนที่เทียบเท่ากับการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 95 ซึ่งเป็นเกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 95 เป็นเกณฑ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (รำไพ, นงเยาว์, และจิตตากรณ์, 2556)

1.3 แบบบันทึกจำนวนเม็ดยา (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 3 หน้า 155) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อบันทึกจำนวนเม็ดยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและนำมาคำนวณหาอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย วันที่เข้าร่วมโปรแกรม วันครบกำหนดติดตามการเข้าร่วมโปรแกรม บันทึกรายละเอียดของยาทั้งหมดที่ได้รับ ได้แก่ ชื่อยาและวิธีการใช้ จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ จำนวนเม็ดยาที่เหลือ จำนวนเม็ดยาที่ทิ้ง/หล่นหาย โดยนำผลการนับ

เม็ดยาที่ได้มาคำนวณหาอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้สูตรของฟาร์เมอร์ (Farmer, 1999) ดังนี้

อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยา = $[(\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้รับ} - \text{จำนวนยาเม็ดที่เหลือ}) \div (\text{จำนวนเม็ดยาที่ใช้ต่อวัน} \times \text{จำนวนวันระหว่างกรนัด})] \times 100$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้เกณฑ์คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 (Lee et al., 1996) แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยต้องการสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เกณฑ์คะแนนที่สูงขึ้นคือ มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 95 ตามเกณฑ์คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ ที่ใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์ (ราไฟ, นงเยาว์, และจิตตาภรณ์, 2556)

การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร่วมกับการนับเม็ดยา หากในกรณีที่ผลการประเมินจากทั้ง 2 วิธี ไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยยึดผลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยพิจารณาจากความเป็นได้ร่วมกับการดูข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

1.4 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม (ภาคผนวก ค ส่วนที่ 4 หน้า 156) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) น้ำหนักตัว ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกายในวันครบกำหนดติดตามการเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในช่วง 2 เดือนระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกาย การมีความเครียด ชนิดและขนาดของยาทุกชนิดที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต

1.5 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อไมโครไลฟ์ (Micro life) รุ่น 3AR1-3P จำนวน 1 เครื่อง (เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องใหม่ที่นำมาใช้ครั้งแรกในการวิจัยครั้งนี้)

2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพจนทำให้มีความสม่ำเสมอใน

การรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย หรือใกล้เคียงเกณฑ์เป้าหมายให้ได้มากที่สุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 หน้า 158-181) มีการดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนตามกลยุทธ์ห้าเอ ดังนี้

2.1.1 การประเมิน (assess) เป็นการประเมินข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับยาและวิธีการรับประทานยา รวมทั้งทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับยา เพื่อให้เข้าใจถึงข้อมูลพื้นฐานและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ศักยภาพในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพตามบริบทของแต่ละบุคคล ในขั้นตอนนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาของได้จะให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมกับทุกกิจกรรมในโปรแกรม

2.1.2 การแนะนำ (advise) เป็นการให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างตามบริบทปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ผิด รวมทั้งรับทราบถึงพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสม รับทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เป็นเกณฑ์เป้าหมายในการรักษาและผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ประโยชน์ของการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายและผลกระทบที่จะเกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กิจกรรมในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 1) การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ในการให้ความรู้ 2) การมอบบัตรยาทุกชนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเพื่อนำไปประกอบการใช้ยาเพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดและเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยา 4) การมอบสมุดบันทึกการรับประทานยาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและ 5) การมอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อนำไปอ่านเพิ่มเติม

2.1.3 การทำข้อตกลง (agree) เป็นการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอทางเลือกในเป้าหมายที่ควรจะเป็นและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเป้าหมายอย่างเหมาะสมตามความสามารถ ความสนใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกันกำหนด

2.1.4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้านตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้

2.1.5 การจัดการ (arrange) เป็นการจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและวางแผนการปฏิบัติใหม่หากพบปัญหา ให้คำชื่นชมในสิ่งที่ปฏิบัติได้ดี ให้กำลังใจให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการโทรศัพท์เตือน 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อประเมินผลการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีการประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยแบบประเมินร่วมกับการนับเม็ดยาและมีการวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2.2 สื่อที่ใช้ในแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.2.1 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 183) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการค้นคว้าจากวารสารและตำราวิชาการใช้สำหรับการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้) เพื่อช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง วิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง อาการของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หลักการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หลักการจัดการตนเองที่ดีในการรับประทานยา หลักการรับประทานยาที่ถูกวิธี วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา เมื่อแพ้ยาและเมื่อลืมรับประทานยาและวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง

2.2.2 คู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 184) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการค้นคว้าจากวารสารและตำราวิชาการใช้สำหรับให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้) โดยกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวสามารถนำไปอ่านเพื่อทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง เลือกใช้ตัวอักษรขนาด 20 พอยต์ ในการจัดทำเนื้อหาในคู่มือเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านได้ง่าย มีรูปภาพประกอบคำอธิบายและมีสีสันที่น่าสนใจ โดยเนื้อหาบางส่วนมีความ

สอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) และมีเนื้อหาที่เพิ่มเติมประกอบด้วยแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ ตัวอย่างบัตรยา ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรค ความดันโลหิตสูงและยาที่ใช้ในการรักษาโรคร่วมอื่น ได้แก่ ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และไตเรื้อรังและความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

2.2.3 สมุดบันทึกการรับประทานยา (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 185) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างและ/หรือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวสามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้) บันทึกข้อมูลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เลือกใช้ตัวอักษรขนาด 20 พอยต์ เช่นเดียวกับคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านได้ง่าย ในสมุดบันทึกมีเนื้อหาเกี่ยวกับคำแนะนำในการใช้สมุดบันทึก สิ่งที่ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างบันทึก ข้อควรจำในการใช้ยา หมายเลขโทรศัพท์และไลน์ ไอ ดี ของผู้วิจัย ส่วนข้อมูลที่ต้องบันทึกประกอบด้วย โรคประจำตัวที่เป็น แขนข่างที่ใช้สำหรับการวัดความดันโลหิตและยาทั้งหมดที่รับประทานซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้วิจัยจะทำการบันทึกให้กลุ่มตัวอย่างก่อนมอบสมุดบันทึกให้ ส่วนข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่าง หรือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต้องบันทึกประกอบด้วย เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา เวลา จำนวนชนิดยาและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานจริงในแต่ละมื้อ จำนวนเม็ดยาที่ทิ้ง หรือหล่นหาย ความดันโลหิตที่วัดได้รวมทั้งเวลาและสถานที่ที่วัดความดันโลหิตและบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นในการรับประทานยา สาเหตุและวิธีการแก้ไข

2.2.4 บัตรยา (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 186) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูวิธีการใช้ยาแต่ละชนิดแทนการอ่านฉลากยาเพื่อป้องกันการรับประทานยาผิดและการลืมรับประทานยา เป็นบัตรยาที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากบัตรยาที่ได้รับการพัฒนาเพื่อใช้สำหรับการใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่รู้หนังสือขององค์การวิจัยและพัฒนาคุณภาพระบบสาธารณสุข (Agency for Healthcare Research and Quality) แห่งสหรัฐอเมริกา (Jacobson, Kripalani, Gazmararian, & McMorris, 2008) โดยบัตรยา 1 ใบ ใช้สำหรับยา 1 ชนิด มีขนาดเท่ากับกระดาษเอสี่ (A4) ในบัตรยาประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง ชื่อยา สรรพคุณและวิธีการใช้ยา ซึ่งใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและใช้ตัวอักษรขนาด 20 พอยต์ มีรูปภาพยาที่ถ่ายจากยาจริงที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและมีรูปภาพที่สื่อถึงวิธีการใช้ยาและเวลาในการรับประทานยา ได้แก่ สัญลักษณ์ถ้วยข้าวที่ตามด้วยลูกศรและสัญลักษณ์เม็ดยา หมายถึง การรับประทานยาหลังอาหาร สัญลักษณ์เม็ดยาที่ตามด้วยลูกศรและสัญลักษณ์ถ้วยข้าว หมายถึง การรับประทานยาก่อนอาหารและสัญลักษณ์รูปพระอาทิตย์ขึ้น แสดงเวลาของการรับประทานยามื้อเช้า สัญลักษณ์รูปพระอาทิตย์ส่องแสงเต็มดวงแสดงเวลาของการรับประทานยามื้อกลางวัน สัญลักษณ์รูปพระอาทิตย์ตกดินแสดงเวลาของการรับประทานยามื้อเย็น และสัญลักษณ์รูปพระจันทร์แสดงเวลาของการรับประทานยามื้อก่อนนอน รวมทั้งมีการระบุเวลาใน

การรับประธานยาแต่ละชนิดที่กำหนดโดยกลุ่มตัวอย่างเองและมีหมายเหตุบอกวิธีการจัดการเมื่อลืมนับประธานยา

2.3 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 3 หน้า 187) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้สำหรับบันทึกผลการติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 และ 1 วันก่อนวันนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผล การวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 ข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย วันเวลาที่โทรศัพท์ ปัญหาอุปสรรคของการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างและการดูแลช่วยเหลือที่ต้องการ รวมทั้งข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่ให้และแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดใหม่ในแต่ละครั้งของการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบของกิจกรรมและเวลาที่ใช้ของแผนสนับสนุนการจัดการตนเองและสื่อที่ใช้ในแผน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) คู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประธานยา สมุดบันทึกการรับประธานยา บัตรยา แบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ภาษา และความเหมาะสมต่อการวัดของแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประธานยา แบบบันทึกจำนวนเม็ดยาและแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำเนินชีวิตในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง 2) อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง 4) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) และ 5) พยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สิ่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ประกอบด้วย 1) ให้ปรับแผนสนับสนุนการจัดการตนเองให้มีกิจกรรมที่สอดคล้องตามกรอบแนวคิด ปรับคำถามในขั้นตอนการประเมินให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่ายและปรับกิจกรรมในแผนสนับสนุนให้มีความกระชับไม่ใช้เวลานานเกินไป 2) ปรับคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประธานยาให้เป็นภาษาที่สามารถอ่านเข้าใจง่าย ปรับสีตารางให้เป็นโทนสีที่สบายตาไม่ควรใช้สีแดง ปรับเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC 8) และให้ปรับรูปแบบการอธิบายวิธีการใช้ยาทุกชนิดให้เป็นรูปแบบเดียวกัน 3) ปรับสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ให้มีรูปภาพประกอบเพื่อแสดงท่าทางที่ถูกต้องในวัดความดันโลหิต 4) ปรับสมุดบันทึกการรับประธานยาให้มีการบันทึกข้อมูลยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประธานยาทุกชนิด วิธีการรับประธานยาและเวลาที่รับประธานยาแต่

ละชนิด รวมทั้งจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อมื้อและให้เพิ่มหน้ากระดาษว่าง 2-3 หน้า บริเวณท้ายเล่มสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลอื่นๆ (ถ้ามี) 5) ปรับบรรยากาศให้มีชื่อภาษาไทยร่วมกับการใช้ภาพและ 6) ปรับแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยให้นำข้อคำถามที่ถามในเรื่องเดียวกัน หรือเรื่องที่ใกล้เคียงกันมารวมไว้เป็นข้อเดียวกัน ได้แก่ ข้อคำถามที่สื่อถึงการหยุดรับประทานยาด้วยตนเองและข้อคำถามที่สื่อถึงการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการช้ยาและให้เพิ่มช่องหมายเหตุสำหรับไว้บันทึกเหตุผลของการมีพฤติกรรมรับประทานยาในแต่ละข้อ ผู้วิจัยได้ปรับแก้เครื่องมือต่างๆ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจากนั้นได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2. ตรวจสอบความเที่ยงของการใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมของการวัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยก่อนการทดลองใช้แบบประเมินผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการใช้แบบประเมินแก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบประเมินกับผู้วิจัยโดยผู้วิจัยสมมติสถานการณ์คำตอบแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย หากผู้ช่วยวิจัยเลือกคำตอบที่ไม่ตรงกับผู้วิจัย ผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติมจนมีความเข้าใจที่ตรงกันหลังจากนั้นจึงนำแบบประเมินไปใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่มาเข้ารับบริการ ณ ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ศึกษา โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ในขณะที่เดียวกันผู้วิจัยก็ร่วมบันทึกคำตอบของผู้ป่วยในแบบประเมินอีกชุด จากนั้นนำผลการประเมินในแต่ละข้อที่บันทึกโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมาหาความเท่าเทียมของการใช้แบบประเมินโดยใช้สูตรจำนวนครั้งของผลการประเมินที่เหมือนกัน ÷ (จำนวนครั้งของผลการประเมินที่เหมือนกัน + จำนวนครั้งของผลการประเมินที่ต่างกัน) ได้ค่าความเท่าเทียมของการใช้แบบประเมินในทุกข้อเท่ากับ 1.0 จากนั้นนำผลการประเมินของผู้ป่วยทั้ง 20 ราย มาคำนวณหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2012)

3. ตรวจสอบความตรงของเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติยี่ห้อไมโครไลฟ์ (Micro life) รุ่น 3AR1-3P โดยทำการตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน (calibration) โดยบริษัท เค พี จี อุปกรณ์การแพทย์ จำกัด ก่อนนำมาใช้ (ภาคผนวก ข หน้า 195)

4. เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของการวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างทุกราย ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และใช้วิธีการวัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตามแนวปฏิบัติการจัดการโรคความดันโลหิตสูงของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/ AHA) คือ ก่อนการวัดความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยและให้นั่งพักก่อนการวัด 10 นาที โดยต้องไม่พูดคุยระหว่างนั่งพักและระหว่าง

การวัด ถ้ากลุ่มตัวอย่างดื่มชา กาแฟ หรือสูบบุหรี่ ต้องเว้นช่วงก่อนการวัด 30 นาที เอาเสื้อผ้าออกจากบริเวณแขนช่วงบนตำแหน่งที่จะพันสายวัดความดันโลหิต วัดความดันโลหิตในห้องที่เป็นสัดส่วนไม่มีคนพลุกพล่าน ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งเก้าอี้หลังพิงพนักและวางเท้า 2 ข้างราบกับพื้น ขาไม่ไขว้กัน วางแขนส่วนล่างบนโต๊ะที่มีพื้นราบ งอข้อศอกใช้สายพันพันบริเวณแขนช่วงบนโดยให้จุดกึ่งกลางของสายพันที่ใช้วัดอยู่ระดับเดียวกับหัวใจและไม่ต้องกำมือขณะวัด ในครั้งแรกให้วัดความดันโลหิตจากแขนทั้ง 2 ข้าง และวัดซ้ำอีก 1 ครั้ง ในแขนข้างที่สูงกว่าโดยให้ห่างจากครั้งแรก 1 นาที นำค่าที่ได้ทั้งระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกมาหาค่าเฉลี่ยพร้อมทั้งบันทึกระดับความดันโลหิตที่วัดได้และบันทึกแขนข้างที่วัดไว้เพื่อใช้วัดในครั้งต่อไป (Whelton et al., 2018)

5. ตรวจสอบความเที่ยงของการวัดความดันโลหิตโดยการหาความเท่าเทียมของการวัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยโดยให้ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย เปรียบเทียบกับผู้วิจัย นำค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยทั้ง 10 ราย ที่ได้จากการวัดโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มาคำนวณหาค่าความเท่าเทียมของการวัดโดยใช้สูตร จำนวนครั้งของการวัดที่ได้ค่าที่เท่ากัน ÷ (จำนวนครั้งของการวัดที่ได้ค่าที่เท่ากัน + จำนวนครั้งของการวัดที่ได้ค่าที่ต่างกัน) ได้ค่าความเที่ยงจากความเท่าเทียมของการวัดเท่ากับ 0.90 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2012)

6. นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปศึกษานำร่องในผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ที่มาเข้ารับบริการ ณ ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรม ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ รวมทั้งดูความเข้าใจของผู้ป่วยต่อกิจกรรมและสื่อที่ใช้ โดยทดลองใช้โปรแกรมในระยะสั้น 2 สัปดาห์ มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อประเมินผลการปฏิบัติการจัดการตนเอง 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปติดตามผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินผลหลังการทดลอง ผลจากการศึกษานำร่องพบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อกิจกรรมและสื่อที่ใช้ รวมทั้งสามารถนำแผนปฏิบัติการจัดการตนเองไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แต่พบว่าระยะเวลาของการให้ความรู้โดยการใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) 1 ชั่วโมง เป็นเวลานานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจและพบปัญหาว่าผู้ป่วยมีการนำยาเก่าที่เหลืออยู่ที่บ้านมารวมกับยาใหม่ที่ได้รับทำให้ไม่สามารถประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาได้ ในการศึกษาจริงผู้วิจัยจึงปรับเวลาในการดำเนินกิจกรรม โดยใช้เวลารวมทุกกิจกรรมให้เหลือ 1 ชั่วโมง อีกทั้งผู้วิจัยมีการเน้นย้ำและกำชับกลุ่มตัวอย่างทุกรายในเรื่องการไม่ให้นำยาเก่าที่เหลืออยู่ที่บ้านมารวมกับยาใหม่ที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลที่ศึกษาที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลา 15 ปี จำนวน 1 ท่าน เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลตามแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา นับเม็ดยาและวัดความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันความอคติที่เกิดจากการตอบคำถามเพื่อช่วยเหลือผู้วิจัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยก่อนให้เริ่มดำเนินงานผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดของการวิจัยรวมทั้งหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยและอธิบายรายละเอียดของแบบประเมินที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ให้วัดความดันโลหิตและทดลองใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเปรียบเทียบกับผู้วิจัยรวมทั้งให้ทดลองเก็บข้อมูลจริงพร้อมกับผู้วิจัยในผู้ป่วยที่ศึกษานำร่องจำนวน 2 ราย นำข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัยมาปรับก่อนการเก็บข้อมูลจริงและเพื่อลดความอคติในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยไม่ได้เปิดเผยให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่ากลุ่มตัวอย่างรายใดอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

1.3 หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยที่ออกโดยคณะพยาบาลศาสตร์ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาและทำสำเนาถึงหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิและหัวหน้าคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลที่ศึกษา

1.4 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัยผู้วิจัยขอข้อมูลสถิติรายชื่อของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทุกรายที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ประจำปี พ.ศ. 2560 จากแผนกงานเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิที่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หรือไตเรื้อรังในระยะที่ 2-4 และหลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทานที่ได้รับจากแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 2 เดือน แต่ยังมีระดับความดันโลหิตเกินเกณฑ์เป้าหมายคือมีระดับความดันซิสโตลิกในวันที่มาพบแพทย์ครั้งล่าสุดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ที่ไม่เกิน 12 เดือน) มากกว่า หรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมีระดับความดัน ไดแอสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคไตเรื้อรัง หรือมีระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า หรือเท่ากับ 150 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือมี

ระดับความดันโลหิตมากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงเพียงโรคเดียว จากนั้นจดยรายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและวันนัดที่ผู้ป่วยจะมาเข้ารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรมในครั้งต่อไป

1.5 เข้าพบหัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ศึกษาพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อรายงานตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดลองใช้เครื่องมือแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการศึกษานำร่อง นำผลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินและนำปัญหาที่พบจากการศึกษานำร่องมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

1.6 เข้าพบหัวหน้าคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ศึกษาพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยเพื่อรายงานตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไปพร้อมกัน ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มทดลองได้รับกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยใช้วิธีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มทดลองหลังจากที่กลุ่มทดลองรับยาจากห้องยาเสร็จซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกิจกรรมการพยาบาลตามปกติก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะกลับบ้านและมีการกำชับไม่ให้กลุ่มทดลองบอกกล่าวกิจกรรมที่ได้รับกับผู้ป่วยคนอื่น

2.2 การคัดกรองผู้ป่วยก่อนคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยตามรายชื่อและวันนัดที่ได้จดบันทึกไว้ในขั้นเตรียมการ หรือในกรณีที่ไม่มีรายชื่อผู้ป่วยที่นัดในวันนั้นๆ ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อของผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนเพื่อเข้ารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม ในวันนั้นๆ แทน จากนั้นจึงตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการประเมินเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิต โดยผู้ช่วยวิจัยและการประเมินภาวะสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า ความสามารถในการได้ยิน การมองเห็น การอ่านและการเขียนโดยผู้วิจัย ซึ่งการประเมินและการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยกระทำในห้องที่เป็นสัดส่วนของคลินิกอายุรกรรม หากพบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดก็ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

2.3 เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองโดยการจับฉลากและทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายดัง

รายละเอียดในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่จะกล่าวต่อไป จากนั้นจึงดำเนินการกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามลำดับขั้นตอน

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

การดำเนินการในกลุ่มควบคุมประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. กิจกรรมในวันแรก ประกอบด้วย

1.1 หลังกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิตโดยผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมโดยการซักถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปและความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลและเวลาที่ใช้อย่างละเอียดอีกครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและดูข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาบางส่วนจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการรับยาจากห้องยาโดยให้นำยาทั้งหมดที่ได้รับมาด้วย (ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที)

1.2 กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ตามการพยาบาลปกติของคลินิกอายุรกรรมและได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค จากนั้นพยาบาลแจ้งขั้นตอนการไปติดต่อรับยาจากห้องยาและแจ้งกำหนดการติดตามการรักษาตามนัด หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยาก็สามารถขอคำปรึกษาจากเภสัชกรได้ ณ ห้องให้คำปรึกษาเรื่องยา

1.3 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับยาจากห้องยาและนำยาที่ได้รับกลับมาพบผู้วิจัย ให้ผู้ช่วยนำยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไปนับพร้อมกับบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา ในขณะที่ผู้วิจัยอธิบายและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปรับประทานยาเฉพาะที่ได้รับในครั้งนี้อย่างถูกต้องและไม่นำยาเก่าที่เหลืออยู่ที่บ้านมารวมกับยาใหม่ที่ได้รับ โดยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำยาเก่าที่เหลือมาคืนห้องยาในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป

1.4 แจ้งกำหนดนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาติดตามประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างนำยาที่เหลือจากการรับประทานในครั้งนี้อย่างถูกต้องในวันนัดด้วยและขออนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบอีกครั้ง แต่หากวันนัดเพื่อประเมินผลการวิจัยไม่ตรงกับวันนัดพบแพทย์ในครั้งต่อไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หรือหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกต่อการมาพบผู้วิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตไปติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน

1.5 ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างก่อนให้กลุ่มตัวอย่างเดินทางกลับบ้าน (กิจกรรมในข้อ 1.3-1.5 ใช้เวลารวมประมาณ 5-10 นาที)

2. กิจกรรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อวัดความดันโลหิตและประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้แบบประเมินและนับเม็ดยา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและแจ้งผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตพร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ มอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาพร้อมทั้งเน้นย้ำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและปฏิบัติพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง หากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลแนะนำให้ผู้ดูแลคอยช่วยเหลือและคอยเตือนการรับประทานยาแก่กลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย โดยก่อนให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินกลุ่มตัวอย่างตามกลยุทธ์ห้าเอเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวคำขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือ (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกับกลุ่มทดลองในห้องที่เป็นสัดส่วนของคลินิกอายุรกรรม ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. กิจกรรมในวันแรกประกอบด้วย

1.1 หลังกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้รับการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิตโดยผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมโดยการซักถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ผ่านมาด้วยน้ำเสียงและท่าทางที่สุภาพนอบน้อมเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยและมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลและเวลาที่ใช้อย่างละเอียดอีกครั้ง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยอีกครั้ง หลังเสร็จสิ้นการรับยาจากห้องยาโดยขอความร่วมมือให้นำยาทั้งหมดที่ได้รับมาพร้อมกันด้วย (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

1.2 กลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ตามการพยาบาลปกติของคลินิกอายุรกรรมและได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค จากนั้นพยาบาลแจ้งขั้นตอนการไปติดต่อรับยาจากห้องยาและแจ้งกำหนดการติดตามการรักษาตามนัด

หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรับประทานยา ก็สามารถขอคำปรึกษาจากเภสัชกรได้ ณ ห้องให้คำปรึกษาเรื่องยา

1.3 ในระหว่างรอกกลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยดูข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาบางส่วนจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลและจัดบันทึกยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทั้งหมดพร้อมกับทำบัตรยาเตรียมไว้สำหรับมอบให้กลุ่มตัวอย่าง

1.4 หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับยาจากห้องยาและนำยาที่ได้รับกลับมาพบผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยนำยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับไปนับพร้อมกับบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา ในขณะที่ผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ห้าเอในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลร่วมกับครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (กรณีในกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวที่ช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้) รายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมมี ดังนี้ (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

1.4.1 การประเมิน (assess) ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้ความรู้และก่อนให้กิจกรรมอื่นๆ ตามโปรแกรมโดยใช้คำถามปลายเปิดในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย ประกอบด้วย การประเมินข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานยาที่กลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติ ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา ความสามารถและความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานยา ปัจจัยที่ทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ปัจจัยสนับสนุนในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา รวมทั้งความสามารถและทักษะในการจัดยา ผู้วิจัยรับฟังกลุ่มตัวอย่างอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่แสดงถึงความจริงใจที่อยากช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการสรุปข้อมูลทั้งหมดและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตที่วัดได้เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสมต่อไป ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลด้านการรับประทานยาได้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกกิจกรรมในโปรแกรมด้วย

1.4.2 การแนะนำ (advise) ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมตามบริบทปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ให้คำแนะนำและเน้นย้ำเพิ่มเติมในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง มีการรับรู้ หรือมีความเชื่อที่ผิด หรือมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการหยุดรับประทานยา หรือการลดปริมาณยาที่รับประทานด้วยตนเองเองเพราะกลัวว่ายาจะมีผลต่อไต หรือเพราะเกิดอาการข้างเคียงจากยาและปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ตรงเวลา (ชุดข้อมูลการให้คำแนะนำแสดงในแผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 หน้า 178-181) ให้คำแนะนำในเรื่องที่ยังเป็นข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง หรือในเรื่องที่กลุ่มตัวอย่างต้องการรับทราบเพิ่มเติมและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีป้องกันการล้มรับประทานยา ได้แก่ การเตือน

การรับประทานยาโดยใช้เหตุการณ์ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำทุกวัน การเตือนโดยการตั้งนาฬิกาปลุก การตั้งเวลาเตือนโดยใช้โทรศัพท์ การเตือนโดยผู้ดูแล หรือการเตือนโดยใช้บัตรยาพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง

กิจกรรมพื้นฐานที่ทุกคนได้รับเหมือนกันในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 1) การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ในการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง วิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง เกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากโรค ประโยชน์ที่จะได้รับจากการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย พฤติกรรมการรับประทานยาและวิธีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม ความสำคัญและประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยารวมทั้งวิธีการจัดเก็บยาที่ถูกต้อง 2) มอบบัตรยาพร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้บัตรยาและคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาทุกชนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ 3) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้บัตรยาและสถิติการจัดยาที่ได้รับทุกชนิดและทุกมือที่ต้องรับประทานในวันพร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำบัตรยาที่ได้รับวางไว้ในบริเวณบ้านที่สามารถมองเห็นได้ชัดเพื่อเป็นการช่วยเตือนการรับประทานยา 4) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการรับประทานยา ได้แก่ การสมมติสถานการณ์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคิดวิธีในการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาและเมื่อลืมรับประทานยา 5) มอบสมุดบันทึกการรับประทานยาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ชื่อยา วิธีการรับประทานยา เวลาและจำนวนยาที่รับประทานจริงในแต่ละมือ จำนวนเม็ดยาที่ทิ้งหรือตกหล่น รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไขพร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกและ 6) มอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปอ่านเพิ่มเติมพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวขอคำปรึกษาเพิ่มเติมในเรื่องที่ยังไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

1.4.3 การทำข้อตกลง (agree) ในขั้นตอนนี้เริ่มต้นด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของตนเองเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้รับในขั้นตอนการแนะนำ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของตนเอง จากนั้นผู้วิจัยร่วมทำข้อตกลงกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในการกำหนดเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เสนอทางเลือกในเป้าหมายที่ควรจะเป็นแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเป้าหมายตามความสนใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองพร้อมทั้งให้บันทึกเป้าหมายที่ต้องการลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา

1.4.4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างเหมาะสม

ตามบริบทปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้านตามแผน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการเน้นย้ำให้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนช่วยเหลือด้านการรับประทานยา ได้แก่ ช่วยตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยา ช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยา ช่วยติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ช่วยตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา ช่วยจำวันนัดและช่วยพากลุ่มตัวอย่างมาพบตามนัด

1.4.5 การจัดการ (arrange) ผู้วิจัยกำหนดแผนในการจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างโดยให้หมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในระหว่างปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านและผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 และ 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อประเมินผลการจัดการตนเองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8

1.5 ผู้วิจัยอธิบายและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยให้รับประทานยาเฉพาะที่ได้รับในครั้งนี้อย่างเต็มที่และไม่นำยาเก่าที่เหลืออยู่ที่บ้านมารวมกับยาใหม่ที่ได้รับ (แนะนำให้รับประทานยาที่เหลือมาคืนห้องยาในการมาพบแพทย์ครั้งต่อไป) ในระหว่างนี้หากกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหา ข้อสงสัย หรือมีเรื่องที่ไม่แน่ใจ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ในสมุดบันทึกการรับประทานยา พร้อมกันนี้ผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทุกสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7 และ 1 วันก่อนวันนัดประเมินผลการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 8

1.6 ผู้วิจัยแจ้งกำหนดนัดเพื่อติดตามประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 โดยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างนำยาที่เหลือจากการรับประทานในครั้งนี้อย่างเต็มที่ในวันนัดด้วยและขออนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบอีกครั้ง แต่หากวันนัดเพื่อประเมินผลการวิจัยไม่ตรงกับวันนัดพบแพทย์ในครั้งต่อไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้แก่กลุ่มตัวอย่าง หรือหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกต่อการมาพบผู้วิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตไปติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน

1.7 ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างก่อนให้กลุ่มตัวอย่างเดินทางกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์

2. กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-8 ประกอบด้วย

2.1 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน ได้แก่ 1) การให้กลุ่มตัวอย่างบริหารยาด้วยตนเอง หรือในกลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมด้วยให้ครอบครัวช่วยตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยา ช่วยเตือนการรับประทานยา ช่วยติดตาม

อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ช่วยตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา ช่วยจำวันนัด และการช่วยพากลุ่มตัวอย่างมาพบตามนัด 2) การใช้บัตรยาเพื่อให้รับประทานยาอย่างถูกต้องและไม่ลืมรับประทานยา 3) การใช้สมุดบันทึกการรับประทานยา 4) การใช้วิธีเตือนการรับประทานยาตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้และการกระตุ้นเตือนโดยการโทรศัพท์ติดตามจากผู้วิจัย 5) การใช้คู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและ 6) การโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยเมื่อเกิดปัญหา หรือมีข้อสงสัย

2.2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้านทุกสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 เพื่อสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการจัดการตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้และให้ร่วมวิเคราะห์ถึงปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพูดถึงข้อจำกัด อุปสรรคและความยุ่งยากในการปฏิบัติการจัดการตนเอง บอกให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขใหม่และให้ความเชื่อมั่นแก่กลุ่มตัวอย่างต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมาย ให้คำปรึกษาร่วมกับสร้างแรงจูงใจโดยกล่าวแสดงความชื่นชมและร่วมยินดีหากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและพูดคุยให้กำลังใจหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ช่วยพูดกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการรับประทานยาและการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งภายใน 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อติดตามประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 พร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างนำยาที่เหลือและสมุดบันทึกการรับประทานยามาพร้อมกันด้วย (ใช้เวลาในการโทรศัพท์แต่ละครั้งประมาณ 5-10 นาที)

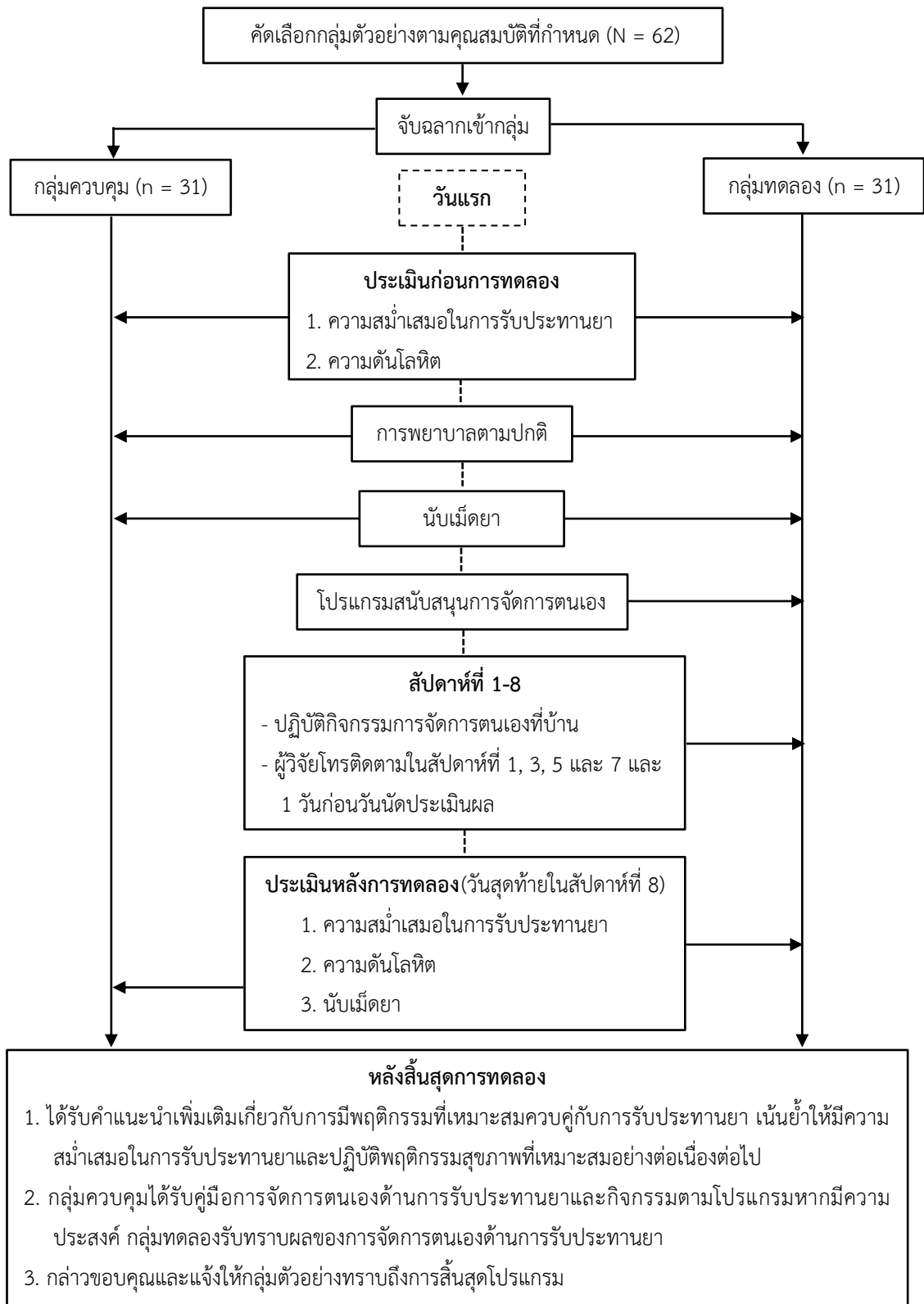
3. กิจกรรมในวันนัดติดตามประเมินผลการจัดการตนเองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วย (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที)

3.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพากลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตและประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและนับเม็ดยาพร้อมกับบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา

3.2 ผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมวิจัย สรุปลข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทานยาและสรุปลผลการจัดการตนเอง พร้อมทั้งแจ้งผลลัพธ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ กล่าวคำชื่นชมต่อความสามารถในการปฏิบัติการจัดการตนเองจนมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและช่วยให้ความดันโลหิตลดลง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อการทำให้ความดันโลหิตลดลง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดถึงปัจจัยความสำเร็จของการจัดการตนเอง จากนั้นให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาควบคู่กับการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากนั้นแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวคำขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

สามารถสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลองได้ดังภาพ 3



ภาพ 3. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติก่อนนำมาใช้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ 61-019-19-6 (ภาคผนวก จ หน้า 189-190) ก่อนเริ่มโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าด้วยกรณีใดๆ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่เกิดความเสียหาย หรือผลกระทบใดๆ และจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือการได้รับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ตัดสินใจได้โดยอิสระโดยให้เวลาอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก จ หน้า 191-193) โดยไม่มีการบังคับ ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการ หรืออาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่า หรืออาการผิดปกติอื่นๆ ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัยและให้การพยาบาลเบื้องต้นทันทีหากอาการไม่ดีขึ้นจะส่งกลุ่มตัวอย่างไปพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและให้การรักษาตามสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างและหากกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะยุติการเข้าร่วมวิจัยก็สามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันทีและเพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้แก่กลุ่มควบคุมและหากมีความประสงค์จะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองผู้วิจัยจะให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา มอบบัตรยาและสมุดบันทึกการรับประทานยาให้แก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการมีพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เหมาะสมพร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและปฏิบัติตามพฤติกรรมที่เหมาะสมควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษาเพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ 1) สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นแบบนามบัญญัติ หรือแบบเรียงลำดับ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลการรับประทานยา บทบาทของผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านการรับประทานยา พฤติกรรมการดำเนินชีวิต โรคร่วมที่เป็น จำนวนมียาต่อวัน จำนวนกลุ่มยาและกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ 2) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นแบบอันตรภาคชั้น หรืออัตราส่วน ที่มีการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาการรักษาโดยการใช้ยาและ 3) สถิติแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test) แทนการใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีเพียงตัวแปรเดียวคือจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ค่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยาและระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

โดยก่อนใช้สถิติที (T-test) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้านการกระจายข้อมูลแบบปกติด้วยวิธีการตรวจสอบค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Z-score) ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย ค่าที่ได้ต้องมีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 (Kim, 2013) (ภาคผนวก ก ตาราง ก1 หน้า 131-133) และในการใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความแปรปรวนของข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Levene's test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นระดับความดันซิสโตลิกหลังการทดลองและอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยาที่มีค่าความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ภาคผนวก ก ตาราง ก2 หน้า 134) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลดังกล่าวโดยใช้ค่าสถิติ Equal variances not assumed

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากแล้วใส่คืนจำนวนกลุ่มละ 31 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 31 ราย จากผลการศึกษา พบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.7) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71.32 ± 7.86 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.2) มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาต่ำสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.4) และสูงสุด คือ ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 1.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 38.7) และรองลงมาคืออาชีพเป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 29) ทุกคนมีรายได้เพียงพอและมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.3) มีเงินเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.5) ไม่มีผู้ช่วยดูแลด้านการรับประทานยา ส่วนที่เหลือมีบุตรช่วยดูแลบางส่วน (ร้อยละ 40.3) และมีคู่สมรสช่วยดูแลบางส่วน (ร้อยละ 3.2) โดยบทบาทที่ผู้ดูแลช่วยดูแลมากที่สุด คือ การพามาพบแพทย์ (ร้อยละ 43.5) มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 4.8) ที่ผู้ดูแลช่วยจัดยาให้รับประทานทุกมื้อ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N = 62$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
เพศ ^a				0.07 ^{ns}
หญิง	19 (61.3)	18 (58.1)	37 (59.7)	
ชาย	12 (38.7)	13 (41.9)	25 (40.3)	

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
อายุ (ปี) ^b (range = 60-90, M = 71.32, SD = 7.86)				0.55 ^{ns}
60-69	13 (41.9)	15 (48.4)	28 (45.2)	
70-79	13 (41.9)	12 (38.7)	25 (40.3)	
≥ 80	5 (16.1)	4 (12.9)	9 (14.5)	
สถานภาพสมรส ^a				1.54 ^{ns}
คู่	22 (71)	24 (77.4)	46 (74.2)	
หม้าย/หย่า/แยก	8 (25.8)	7 (22.6)	15 (24.2)	
โสด	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	
ศาสนา ^a				0.00 ^{ns}
พุทธ	31 (100)	31 (100)	62 (100)	
ระดับการศึกษา ^a				8.51 ^{ns}
ประถมศึกษา	17 (54.8)	13 (41.9)	30 (48.4)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	1 (3.2)	7 (22.6)	8 (12.9)	
อนุปริญญา/ปวส.	1 (3.2)	3 (9.7)	4 (6.5)	
ปริญญาตรี	11 (35.5)	8 (25.8)	19 (30.6)	
ปริญญาโท	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	
อาชีพ ^a				8.43 ^{ns}
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (35.5)	13 (41.9)	24 (38.7)	
ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	12 (38.7)	6 (19.4)	18 (29)	
เกษตรกรกรรม	2 (6.5)	4 (12.9)	6 (9.7)	
รับจ้าง	3 (9.7)	1 (3.2)	4 (6.5)	

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square, ^b Independent t-test

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
อาชีพ ^a (ต่อ)				8.43 ^{ns}
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2 (6.5)	2 (6.5)	4 (6.5)	
ค้าขาย	0	3 (9.7)	3 (4.8)	
ธุรกิจส่วนตัว	1 (3.2)	2 (6.5)	3 (4.8)	
ความเพียงพอของรายได้ ^a				0.27 ^{ns}
มีเงินเหลือเก็บ	20 (64.5)	18 (58.1)	38 (61.3)	
เพียงพอ	11 (35.5)	13 (41.9)	24 (38.7)	
ผู้ดูแลการรับประทานยา ^a				0.07 ^{ns}
ไม่มี	17 (54.8)	18 (58.1)	35 (56.5)	
มี	14 (45.2)	13 (41.9)	27 (43.5)	
บุตร	13 (41.9)	12 (38.7)	25 (40.3)	
คู่สมรส	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (3.2)	
บทบาทของผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านการรับประทานยา				
พามาพบแพทย์ ^a	14 (45.2)	13 (41.9)	27 (43.5)	0.07 ^{ns}
จำวันนัด ^a	4 (12.9)	6 (19.4)	10 (16.1)	0.48 ^{ns}
สังเกตอาการข้างเคียง ^a	2 (6.5)	3 (9.7)	5 (8.1)	0.22 ^{ns}
เตือนการรับประทานยา ^a	2 (6.5)	2 (6.5)	4 (6.5)	0.00 ^{ns}
จัดยาให้ทุกมื้อ ^a	2 (6.5)	1 (3.2)	3 (4.8)	0.36 ^{ns}

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.78 ± 5.84 ปี โดยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.9) เป็นมานานมากกว่า 10 ปี ทุกคนมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หรือไตเรื้อรัง โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ การมีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูงคู่กับเบาหวาน (ร้อยละ 25.8) รองลงมา คือ การมีโรคร่วมทั้ง 3 โรค (ร้อยละ 22.6)

2. ข้อมูลการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต 9.78 ± 5.58 ปี เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.9) ได้รับการรักษานานมากกว่า 10 ปี ใช้ยาลดความดันโลหิตในการรักษาเพียง 1 กลุ่ม ไปจนถึง 4 กลุ่ม และมีจำนวนเม็ดยาเฉลี่ยที่ต้องรับประทานต่อวัน ทั้งยาลดความดันโลหิตและยารักษาโรคร่วมอื่นๆ 7.01 ± 3.95 เม็ด ในจำนวนนี้ มียาที่ต้องรับประทาน เพียงวันละ 1 มื้อ ไปจนถึงวันละ 4 มื้อ โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.8) มียาที่ต้องรับประทาน วันละ 2 มื้อ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test) พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test) ($N = 62$)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการรักษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี) ^b (range = 0.5-30, M = 9.78, SD = 5.84)				1.00 ^{ns}
< 5	8 (25.8)	7 (22.6)	15 (24.2)	
5 – 10	7 (22.6)	14 (45.2)	21 (33.9)	
> 10	16 (51.6)	10 (32.3)	26 (41.9)	

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^b Independent t-test

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ และการรักษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
โรคร่วมที่เป็น				
DLD & DM ^a	7 (22.6)	9 (29.0)	16 (25.8)	0.34 ^{ns}
DLD & DM & CRF ^a	7 (22.6)	7 (22.6)	14 (22.6)	0.00 ^{ns}
DLD ^a	5 (16.1)	8 (25.8)	13 (21.0)	0.88 ^{ns}
DLD & CRF ^a	8 (25.8)	3 (9.7)	11 (17.7)	2.76 ^{ns}
DM ^a	2 (6.5)	3 (9.7)	5 (8.1)	0.22 ^{ns}
CRF ^a	2 (6.5)	0 (0)	2 (3.2)	2.84 ^{ns}
DM & CRF ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
ระยะเวลาการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (ปี) ^b (range = 0.5-30, M = 9.78, SD = 5.58)				1.01 ^{ns}
< 5	8 (25.8)	7 (22.6)	15 (24.2)	
5 – 10	7 (22.6)	14 (45.2)	21 (33.9)	
> 10	16 (51.6)	10 (32.3)	26 (41.9)	
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน (เม็ด) ^c (range = 1.5-21, M = 7.01, SD = 3.95)				-0.48 ^{ns}
< 5	9 (29.0)	11 (35.5)	20 (32.3)	
5 – 10	17 (54.8)	14 (45.2)	31 (50.0)	
> 10	5 (16.1)	6 (19.4)	11 (17.7)	
จำนวนมียาที่รับประทานต่อวัน (มีย) ^a (range = 1-4)				4.92 ^{ns}
1	2 (6.5)	1 (3.2)	3 (4.8)	
2	18 (58.1)	16 (51.6)	34 (54.8)	
3	9 (29.0)	6 (19.4)	15 (24.2)	
4	2 (6.5)	8 (25.8)	10 (16.1)	

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square, ^b Independent t-test,

^c Mann-Whitney test, DLD = โรคไขมันในเลือดสูง, DM = โรคเบาหวาน, CRF = โรคไตเรื้อรัง

3. ข้อมูลภาวะสุขภาพอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

3.1 ค่าดัชนีมวลกาย เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) และทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง ก3 และตาราง ก4 ภาคผนวก ก ตามลำดับ (หน้า 135)

3.2 พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เมื่อทดสอบความแตกต่างของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง ก5 ภาคผนวก ก (หน้า 136) และเมื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาอื่นที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและชนิดและขนาดของยาอื่นที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ดังแสดงในตาราง ก6 ภาคผนวก ก (หน้า 137)

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

เมื่อนำชุดข้อมูลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยมีดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลอง ($M = 49.10, SD = 1.19$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 39.94, SD = 2.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.54, p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ($M = 38.90, SD = 2.10$) ต่ำกว่าก่อน

การทดลอง ($M = 40.03$, $SD = 1.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.43$, $p < .05$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t -test) ($N = 62$)

ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง ($n = 31$)	39.94	2.10	49.10	1.19	-21.54	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 31$)	40.03	1.94	38.90	2.10	2.43	.02

เมื่อนำข้อมูลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านการรับประทานยาไม่ตรงเวลามากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.31 ± 0.76 คะแนน) รองลงมาคือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกรในเรื่องการใช้ยาลดความดันโลหิต (คะแนนเฉลี่ย 3.13 ± 0.59 คะแนน) การรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง (คะแนนเฉลี่ย 3.18 ± 0.78 คะแนน) และการหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งด้วยตนเอง (คะแนนเฉลี่ย 3.19 ± 0.74 คะแนน) ดังแสดงในตาราง 7 ภาคผนวก ก (หน้า 138)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลอง ($M = 134.48$, $SD = 6.85$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 164.35$, $SD = 10.08$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.80$, $p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลอง ($M = 74.16$, $SD = 7.94$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 83.74$, $SD = 9.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.82$, $p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ($M = 167.87$,

SD = 11.59) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 164.03, SD = 10.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.02$, $p = .05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลอง (M = 86.10, SD = 9.52) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 81.06, SD = 10.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.72$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) (N = 62)

ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความดันซิสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n = 31)	164.35	10.08	134.48	6.85	18.80	.000
กลุ่มควบคุม (n = 31)	164.03	10.21	167.87	11.59	-2.02	.05
ความดันไดแอสโตลิก						
กลุ่มทดลอง (n = 31)	83.74	9.92	74.16	7.94	8.82	.000
กลุ่มควบคุม (n = 31)	81.06	10.09	86.10	9.52	-5.72	.000

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยนำคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก่อนการทดลองมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (M = 40.03, SD = 1.94) ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง (M = 39.94, SD = 2.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.19$, $p = .85$) จากนั้นเมื่อนำข้อมูลหลังการทดลองมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (M = 49.10, SD = 1.19) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 38.90, SD = 2.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -23.47$, $p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยา (M = 100.00, SD = 0.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 82.77, SD = 8.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.96$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการใช้แบบประเมิน ค่าเฉลี่ยอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N = 62)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	(n = 31)		(n = 31)			
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ใช้แบบประเมิน)	40.03	1.94	39.94	2.10	0.19	.85
หลังการทดลอง						
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (ใช้แบบประเมิน)	38.90	2.10	49.10	1.19	-23.47	.000
อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (นับเม็ดยา)	82.77	8.76	100.00	0.00	-10.96	.000

แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการตรวจสอบความสอดคล้องของผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองโดยการนับเม็ดยาและโดยการใช้แบบประเมินพบว่า ในกลุ่มทดลองจำนวน 12 ราย และในกลุ่มควบคุมทั้ง 31 ราย มีอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากการใช้แบบประเมิน และเมื่อตรวจสอบข้อมูลพบว่า กลุ่มควบคุมทั้ง 31 ราย มีการรับประทานยาไม่ตรงเวลา และมี 1 ราย ที่รับประทานยามากกว่าที่แพทย์สั่ง ซึ่งเมื่อใช้แบบประเมินคะแนนที่ได้ในเรื่องนี้ลดลง ในขณะที่ผลการประเมินในกลุ่มทดลองพบว่า ทุกรายมีอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยาเป็นร้อยละ 100 นั่นคือกลุ่มทดลองทุกรายไม่มีเม็ดยาเหลือจากการรับประทาน แต่ผลจากการใช้แบบประเมินพบว่า กลุ่มทดลองจำนวน 12 ราย มีการรับประทานยาไม่ตรงเวลาในบางครั้ง จึงทำให้อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยการนับเม็ดยาสูงกว่าการใช้แบบประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้แบบประเมินเป็นหลัก ซึ่งในกลุ่มทดลองได้ตรวจสอบแล้วว่าข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบตรงกับข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองมาวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ($M = 164.03, SD = 10.21$) ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง ($M = 164.35, SD = 10.08$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.13, p = .90$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ($M = 81.06, SD = 10.09$) ไม่แตกต่างกับกลุ่มทดลอง ($M = 83.74, SD = 9.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.05, p = .30$) จากนั้นเมื่อนำข้อมูลหลังการทดลองมาวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ($M = 134.48, SD = 6.85$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 167.87, SD = 11.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.81, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ($M = 74.16, SD = 7.94$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 86.10, SD = 9.52$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.36, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N = 62$)

ความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความดันซิสโตลิก	164.03	10.21	164.35	10.08	-0.13	.90
ความดันไดแอสโตลิก	81.06	10.09	83.74	9.92	-1.05	.30
หลังการทดลอง						
ความดันซิสโตลิก	167.87	11.59	134.48	6.85	13.81	.000
ความดันไดแอสโตลิก	86.10	9.52	74.16	7.94	5.36	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น สามารถอภิปรายประเด็นสำคัญที่เป็นผลจากการวิจัยแยกตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยของทั้ง 2 ข้อ โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 5 (หน้า 101) และตาราง 7 (หน้า 103)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ห้าเอร่วมกับการใช้กลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้มีพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ (5 As' model of self-management support) ของกลาสโกว, เดวิส, ฟันเนลล์, และเบค (Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003) ที่เชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีภาวะสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลยุทธ์ห้าเอในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถเข้าถึงสภาพปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเอง หรือหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมมาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคได้ ทั้งนี้ด้วยรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบโดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์ห้าเอตามลำดับขั้นตอน ในการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ จนทำให้กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น อธิบายได้ ดังนี้

การใช้กลยุทธ์ห้าเอในขั้นตอนการประเมิน (assess) ทำให้ผู้วิจัยประเมินได้ว่าสาเหตุหลักที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเกิดจากการขาดความรู้ การมีความเชื่อและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา รวมทั้งการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ดังแสดงในตาราง ก9 ภาคผนวก ก (หน้า 140-141) ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำปัญหาที่พบมาให้คำแนะนำ (advise) หรือนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือ (assist) ได้อย่างตรงประเด็น ได้แก่ การแก้ไขความเชื่อและความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามชุดข้อมูลการให้คำแนะนำที่เตรียมไว้ (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 1 แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ หน้า 158-181) และผู้วิจัยสามารถตั้งศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่มีมาช่วยเหลือสนับสนุนได้ เช่น การให้บุตรของกลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อช่วยดูแลด้านการรับประทานยาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ก หน้า 142)

อีกทั้งในขั้นตอนการทำข้อตกลง (agree) และการช่วยเหลือสนับสนุน (assist) การที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาด้วยตนเองและให้ร่วมกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติให้ได้ตามเป้าหมายที่ตนเองได้กำหนดไว้และสามารถนำแผนที่ร่วมกันกำหนดไปปฏิบัติได้จริง ดังเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลา เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเวลาที่แน่นอนในการรับประทานยาแต่ละมื้อ รวมทั้งให้ตั้งเป้าหมายของการมีเวลาที่แน่นอนในการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาตรงเวลามากขึ้น และการให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีการป้องกันการลืมรับประทานยาตามความถนัดและความต้องการของตนเองทำให้มีปัญหาระงับการลืมรับประทานยาลดลง ซึ่งเห็นได้จากคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองในด้านการรับประทานยาตรงเวลาและด้านการลืมรับประทานที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ดังแสดงในตาราง ก7 ภาคผนวก ก (หน้า 138)

นอกจากนี้ในระหว่างที่ให้กลุ่มตัวอย่างนำแผนการจัดการตนเองไปปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการจัดการ (arrange) กำกับดูแลและติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้หมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5, และ 7 เพื่อประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเป็นปัญหา หรือข้อสงสัย (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 3 หน้า 187) รวมทั้งการให้คำชื่นชมและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างโทรศัพท์มาหาผู้วิจัยหรือเมื่อผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัยและมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ (ตั้งคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง E3 ในภาคผนวก ก หน้า 143)

ด้วยรูปแบบของกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ได้ประยุกต์ใช้กลยุทธ์ห้าเอดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษานำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอมาใช้ ซึ่งพบว่าสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น โดยช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมมีระดับการทำกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นจนส่งผลให้ระดับไขมันดีในเลือดเพิ่มขึ้นและช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, & Boonchuang, 2013) และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีขึ้นจนส่งผลให้ระดับความดันซิสโตลิก ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hisni, Chinnawong, & Thaniwattananon, 2017)

อีกทั้งการที่ผู้วิจัยได้นำกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกลยุทธ์ห้าเอในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้แก่ การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ร่วมกับการมีคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การใช้วิธีเตือนการรับประทานยาและป้องกันการรับประทานยาผิดโดยใช้บัตรยาและการมีสมุดบันทึกการรับประทานยา เป็นกลวิธีที่ร่วมทำให้กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงสามารถอธิบายได้ ดังนี้

การที่ผู้วิจัยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 183) ประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง จากลักษณะของสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ที่มีรูปภาพประกอบร่วมกับการบรรยายจากผู้วิจัยทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจความรู้ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น (ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง E18 ในภาคผนวก ก หน้า 143) ประกอบกับการที่ผู้วิจัยมีคู่มือในการให้ความรู้มอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 184) ซึ่งลักษณะของคู่มือใช้ตัวอักษรที่มีขนาด 20 พอยต์ ใช้ภาษาที่สามารถอ่านเข้าใจได้ง่าย มีรูปภาพประกอบและใช้สีสันทันที่ช่วยทำให้น่าสนใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่าง หรือครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปอ่านเพื่อศึกษาเพิ่มเติมได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง หรือครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเห็นความสำคัญของการรับประทานยามากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นเพราะการรับรู้ประโยชน์ของยาและการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ใช้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (อัญชลี, 2556) (สนับสนุนด้วยคำพูดของบุตรสาวของกลุ่มตัวอย่าง E1 ในภาคผนวก ก หน้า 143) และสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของฐาณิชญาณ์ (2553) และรำไพ, นงเยาว์, และจิตตากรณ์ (2556) ที่พบว่าการใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งร่วมกับการมอบคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการตนเองด้านการ

รับประทานยาแก่กลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีสมุดบันทึกการรับประทานยา (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 185) สำหรับบันทึกเป้าหมายและข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจสอบการรับประทานยาของตนเองได้ รวมทั้งการจัดทำบัตรยา (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 186) ทุกชนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูวิธีการรับประทานยาได้ง่ายขึ้น ช่วยให้รับประทานยาได้อย่างถูกต้องและตรงเวลามากขึ้น และการแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างวางบัตรยาไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ง่ายทำให้กลุ่มตัวอย่างลืมการรับประทานยาน้อยลง เห็นได้จากคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองในด้านการรับประทานยาตรงเวลาและด้านการลืมรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง (ตาราง ก7 ภาคผนวก ก หน้า 138)

การที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาบางอย่างที่เหมาะสมอยู่แล้วให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เช่น การสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยา เป็นอีกกลวิธีที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้ดีขึ้นจนมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น (ตัวอย่างการให้กลุ่มตัวอย่าง E24 ใช้การฟังรายการเสียงตามสายเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยา ในภาคผนวก ก หน้า 142) สอดคล้องกับผลการศึกษาของฐาณิชญาน์ (2553) ที่พบว่าการใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับชมรายการโทรทัศน์ที่ทำเป็นประจำทุกวันเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยาสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ลืมรับประทานยาและช่วยให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตและประเมินการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างใกล้ชิด สามารถเน้นย้ำประเด็นสำคัญต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่รู้ หรือยังรับรู้ไม่ถูกต้อง หรือประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างอยากรู้เพิ่มเติม อีกทั้งยังช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับประเด็นที่สงสัยได้มากขึ้น (ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง E5 ในภาคผนวก ก หน้า 143) สนับสนุนด้วยผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย, 2558; Ruppap, 2010)

ด้วยกลวิธีการสนับสนุนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกลยุทธ์ห้าเอ็ดดังได้กล่าวไปข้างต้นทำให้ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 5 (หน้า 101) และตาราง 7 (หน้า 103) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (systematic review and meta-analysis)

จากงานวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจำเป็นต้องอาศัยกลวิธีหลายอย่างร่วมกันและต้องมีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล เนื่องจากรูปแบบและสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน (Conn, Ruppap, Chase, Enriquez, & Cooper, 2015) สนับสนุนด้วยผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทุกการศึกษาที่สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นต้องอาศัยการใช้กลวิธีหลายอย่างร่วมกัน (นันทิกานต์, อุมพร, และไหมไทย, 2558; สำรวย, 2561; Ruppap, 2010)

ในขณะที่เดียวกันผลการวิจัยในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เมื่อเวลาผ่านไป 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตาราง 5 (หน้า 101) และเมื่อดูจากผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยารายข้อ พบว่ากลุ่มควบคุมมีรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เปลี่ยนแปลงไปมา ซึ่งเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาระหว่างก่อนและหลังการทดลองที่แตกต่างกันในแต่ละข้อ เช่น ในข้อที่ 5 ที่ถามเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนเม็ดยา หรือจำนวนมียาลดความดันโลหิตให้มากกว่าที่แพทย์สั่ง และข้อที่ 8 ที่ถามเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตชนิดเดิมซ้ำในมือเดียว พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองในทั้ง 2 ข้อ เพิ่มขึ้น ในขณะที่ข้อที่ 9 ที่ถามเกี่ยวกับการรวบยาลดความดันโลหิต 2 มื้อมารับประทานในมือเดียวกัน มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่าเดิม ส่วนที่เหลืออีก 7 ข้อ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองลดลง โดยเฉพาะข้อที่ 1 ที่ถามเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง และข้อที่ 7 ที่ถามเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตตรงเวลา (ตาราง ก7 ภาคผนวก ก หน้า 138) ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ทั้งจากความตั้งใจและไม่ตั้งใจ (Gardner, 2015) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างลืมรับประทานยาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความไม่ตั้งใจ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างหยุดรับประทานยามื้อที่ลืมไป หรือหยุดรับประทานยาเพราะเห็นว่าไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยความตั้งใจที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขจึงทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองลดลง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ที่ว่าผู้สูงอายุโรคความ

ต้นโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีระดับความดันซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยของทั้ง 2 ข้อ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 6 (หน้า 102) และตาราง 8 (หน้า 104)

ทั้งนี้เนื่องจากการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกับกลุ่มทดลองสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น นั่นคือมีการรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน ถูกต้องทั้งชนิด ขนาด เวลา และปริมาณได้มากขึ้น ดังเห็นได้จากคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้งแบบรายข้อและคะแนนรวม ดังแสดงในตาราง ก7 ภาคผนวก ก (หน้า 138) จึงทำให้ยาสามารถออกฤทธิ์เพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ในทางกลับกันผลการวิจัยในกลุ่มควบคุมก็สามารถช่วยยืนยันผลของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นต่อการช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งเห็นได้จากความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าเมื่อก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ก็พบว่ามีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 5 (หน้า 101) และตาราง 6 (หน้า 102)

นอกจากนี้ตามแนวทางการจัดการโรคความดันโลหิตสูงมีหลักในการเลือกจ่ายลดความดันโลหิตและการปรับขนาดยาตามระดับความดันโลหิตและตามชนิดของโรคร่วม แต่เพื่อเป้าหมายเดียวกันคือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (James et al., 2014) โดยการวิจัยครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มได้รับยาในกลุ่มที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ยกเว้นการได้รับยาในกลุ่มออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับสารแองจิโอเทนซินทู (ARB) คู่กับยากลับปิดกั้นแคลเซียม (CCB) ที่พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 12.9 ได้รับยากลับนี้คู่กัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับ อย่างไรก็ตาม จำนวนกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ทั้ง 2 กลุ่มได้รับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง ก12 ภาคผนวก ก (หน้า 145-147) ดังนั้นเมื่อยาลดความดันโลหิตที่ได้รับไม่แตกต่างกันจึงสามารถช่วยยืนยันได้ว่าระดับความดันโลหิตที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเกิดจากความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่

แตกต่างกัน ซึ่งจากข้อมูลในตาราง 7 (หน้า 103) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) จึงทำให้สามารถสรุปได้ว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นสามารถช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Elperin, Pelter, Deamer, & Burchette, 2014) และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย (2558) ที่พบว่า การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก

จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น และช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ให้บริการสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายอันจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทั้งนี้เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากแล้วใส่คืนจำนวนกลุ่มละ 31 ราย ใช้เวลาในการศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ดำเนินการวิจัยโดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองของการวิจัยครั้งนี้คือโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาด้วยกลยุทธ์ห้าเอเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และมีสื่อที่ใช้ในแผน ได้แก่ สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) และคู่มือสำหรับให้ความรู้ สมุดบันทึกการรับประทานยา บัตรยาและแบบติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยทุกเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาในผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังและการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมต่อการวัดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังกล่าว มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 (Cronbach's alpha coefficient) และมีค่าความเที่ยงของการวัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่ากับ 1.0 3) แบบบันทึกจำนวนเม็ดยาที่ใช้สำหรับหาอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและ 4) เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ซึ่งเป็นเครื่องใหม่ที่นำมาใช้ครั้งแรกในการวิจัยครั้งนี้และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบเครื่องมือกับค่ามาตรฐาน (calibration) โดยบริษัท เค พี จี อุปกรณ์การแพทย์จำกัด ก่อนการนำมาใช้ มีค่าความเที่ยงของการวัดระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเท่ากับ 0.90

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) สถิติทีอิสระ (Independent t-test) และสถิติแมนท์วิทนี (Mann-Whitney test) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) และสถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ประเมินผลลัพธ์โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นจนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนเกิดจากสาเหตุที่ต่างกัน ได้แก่ สาเหตุที่เกิดจากการขาดความรู้ การมีความเชื่อ หรือการมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา รวมทั้งสาเหตุที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ใช้โปรแกรมนี้จึงต้องเลือกวิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามสาเหตุและบริบทปัญหาของแต่ละบุคคล

2. การวิจัยครั้งนี้มีการติดตามการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุในระยะสั้น 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยจึงไม่สามารถสรุปในด้านความยั่งยืนของพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการมาจากหลายจังหวัดทั่วประเทศ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการติดตามกำกับดูแลผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ ซึ่งอาจทำให้ไม่เห็นบริบทการจัดการตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ใช้โปรแกรมนี้จึงอาจต้องปรับวิธีการติดตามกำกับดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของในแต่ละโรงพยาบาล

4. เนื่องจากเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายมักมีการเปลี่ยนแปลงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีข้อค้นพบใหม่ๆ เพราะฉะนั้นผู้ใช้โปรแกรมอาจต้องปรับเปลี่ยนเกณฑ์ความดันโลหิตเป้าหมายตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุให้ทันสมัยอยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้และในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สาเหตุการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของแต่ละคนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน หรือศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ได้ทั้งในผู้สูงอายุที่มีปัญหา หรือยังไม่มีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยในผู้ที่ยังไม่มีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การใช้โปรแกรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการรับประทานยามากขึ้น ช่วยให้มีสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนในผู้ที่มีปัญหาขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ก็จะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นจนสามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การขาดความรู้ความเข้าใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานยาหลายประการเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ควรนำปัญหาที่พบมาทำสื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อช่วยให้มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยรายใหม่

3. ผู้นำโปรแกรมนี้อาจควรให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนของกลยุทธ์ห้าเอ โดยเฉพาะขั้นตอนการประเมินซึ่งจะช่วยให้เห็นภาพรวมทั้งหมดของพฤติกรรมและรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้สูงอายุปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อีกทั้งได้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ หากสามารถประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมก็จะช่วยให้การแนะนำ หรือการช่วยเหลือผู้สูงอายุสามารถทำได้ตรงตามบริบทของแต่ละคนได้มากขึ้น

4. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นคือการจัดกิจกรรมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

โดยเฉพาะในขั้นตอนการกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองสำหรับแต่ละบุคคล ควรยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การจัดการกับปัญหาเรื่องการลืมรับประทานยาที่พบว่าเป็นปัญหาหลักพยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยในการกำหนดวิธีการจัดการอย่างเหมาะสมและต้องมั่นใจว่าเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติได้จริง โดยควรเสนอแนะวิธีการช่วยเตือนการรับประทานยาหลายๆ วิธี พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เลือกวิธีการของตนเอง อาจแนะนำให้ใช้บัตรยา ใช้เหตุการณ์ หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นประจำทุกวัน หรือให้ครอบครัวช่วยเตือน หรือใช้วิธีการเตือนโดยการตั้งนาฬิกาปลุก หรือตั้งเวลาเตือนในโทรศัพท์ เป็นต้น

5. พยาบาลควรรหาแหล่งสนับสนุนสำหรับช่วยดูแลด้านการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยควรเป็นบุคคลในครอบครัวที่สามารถช่วยดูแลได้อย่างใกล้ชิด และผู้ใช้โปรแกรมควรให้ครอบครัวได้เข้าร่วมกับทุกกิจกรรมในโปรแกรมร่วมกับผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวช่วยดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาบ่อยครั้ง พยาบาลควรติดต่อประสานกับชุมชนเพื่อหาแหล่งสนับสนุน เช่น การให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านช่วยดูแลและติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ เป็นต้น

6. ในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาพยาบาลควรใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบประเมินร่วมกับการนับเม็ดยาเสมอ เพราะการใช้แบบประเมินเพียงอย่างเดียวผลการประเมินอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งการประเมินโดยการนับเม็ดยาจะสามารถช่วยตรวจสอบผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินได้ แต่การนับเม็ดยาเพียงอย่างเดียวก็ไม่สามารถบ่งบอกถึงการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยากรณีที่มีการรับประทานยามากกว่าจำนวนที่แพทย์สั่งและไม่สามารถประเมินเรื่องการรับประทานยาไม่ตรงเวลาได้ จึงควรใช้วิธีการประเมินทั้ง 2 วิธี ควบคู่กัน

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายให้ทุกหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลได้นำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ เพราะจากผลการวิจัยสามารถพิสูจน์ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้นและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากิจกรรมการพยาบาลในรูปแบบเดิม

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการพัฒนาทักษะการใช้กลยุทธ์ห้าเอในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเทคนิคการเข้าถึงผู้ป่วยและเทคนิคการให้คำปรึกษาที่สร้างแรงจูงใจผู้ป่วยได้ เพราะการจะใช้กลยุทธ์ห้าเอสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้เทคนิคเหล่านี้เพื่อให้พยาบาลสามารถเข้าถึง

บริบทที่แท้จริงของผู้ป่วยทั้งคุณค่า ความเชื่อ ทักษะคิด สังคมและสิ่งแวดล้อมและสามารถโน้มน้าวให้ผู้ป่วยยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเป็นความเคยชินได้

3. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จคือ การที่ผู้วิจัยมีเวลาเพียงพอในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ มีเวลาเพียงพอในการประเมินทักษะการปฏิบัติ ความรู้ ความเชื่อ ปัญหาอุปสรรคและสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุและแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุ ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยควรจัดให้มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงช่วยดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการจัดการด้านการรับประทานยาและขาดผู้ดูแล

ด้านการศึกษา

ควรมีการจัดการเรียนการสอนเทคนิคการใช้กลยุทธ์ห้าเอในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ นักศึกษาสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมรับประทานยาและความดันโลหิตของผู้สูงอายุ ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามประเมินผลในระยะยาวร่วมด้วย เช่น อาจแบ่งการประเมินผลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม 2 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นต้น

2. เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันที่มีจำนวนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นและในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตัวเองและผู้สูงอายุที่จัดยารับประทานเองได้แต่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาผิดบ่อยครั้ง ซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลและเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีครอบครัวช่วยดูแลด้านการรับประทานยา ก็ยังมีปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ในการทำวิจัยครั้งต่อไปจึงควรพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถในการช่วยจัดการด้านการรับประทานยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

3. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดจากการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อการควบคุมโรคร่วมเพิ่มเติม ได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ สถาบันประสาทวิทยา. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*.
นนทบุรี: อาร์ตควอลิไฟท์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555).
แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง.
กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*
(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557). ค้นจาก
<http://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
- กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอรสา พันธักกดี. (2557). ผลของโปรแกรมการ
สัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 28*(3), 129-144.
- เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งประเทศไทย. (2558). การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขและ สถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปี 2558. ค้นจาก
<http://www.searo.who.int/thailand/news/overview-of-hypertension-services-in-thailand.pdf>
- จักรพันธ์ ชัยพรหมสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำรา
อายุรศาสตร์ 4: โรคทางเดินอาหารและตับ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคติดเชื้อ*
(หน้า 175-201). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิชช ทองแดง, และดวงหทัย ยอดทอง. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการ
จัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *รามาริบัติพยาบาลสาร, 20*(2), 179-192.
- ชลการ ชายกุล. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชื่นจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). *รายงานวิจัยฉบับ
สมบูรณ์ การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย*. ค้นจาก
<http://hdl.handle.net/11228/4306>

ฐาณิชนาถ หาญณรงค์. (2553). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ดำรงพล จันทร์สด. (2551). *การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด*. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ทิพมาศ ชินวงศ์. (2560). *การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 148-157.

ธมนพรพรช บุญเจริญ, วนิดา ตุงรงค์ฤทธิชัย, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(3), 50-64.

ธนัชฐา ศิริรักษ์, และธเนศ แก่นสาร. (2554). *ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง*. ใน ธนัชฐา ศิริรักษ์, และปิยะดา กองกมล (บรรณาธิการ), *การใช้ยาในการบริการปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 201-245). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ธีรรัตน์ เหลืองมั่นคง. (2556). *ยาเบาหวานกินอย่างไรให้ถูกต้อง*. ค้นจาก

<http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/article/119/ยาเบาหวานกินอย่างไรให้ถูกต้อง/>

นันทิกานต์ หวังจิ. (2558). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

นันทิกานต์ หวังจิ, อูมาพร ปุณญโสพรรณ, และไหมไทย ศรีแก้ว. (มีนาคม 2558). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. เอกสารนำเสนอในที่ประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น. ค้นจาก

<https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO11.pdf>

เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย, และวิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(6), 749-758.

- บุศรา หมื่นศรี. (2559). กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ. ใน กิตติกร นิลมานัต, และรัตใจ เวชประสิทธิ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1* (หน้า 51-66). สงขลา: สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุษบา จินดาวิจักษณ์. (2554). *บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงใช้อย่างไร*. ค้นจาก <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/31/> / ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง-ใช้อย่างไร/
- ปรัชญาวัชร ปราบกมล, เยาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์, และสำราญ จันทร์พงษ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. ค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6588>
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย. (2553). *ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ: กรณีศึกษาในชุมชน*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ปูลวิชช ทองแดง, และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 41 (ฉบับพิเศษ), 1-10.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- พรทิพย์ ชูจ่อหอ. (2555). การดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ใน ไยวรรณ ณะมัย, สมเกียรติ โพธิสัตย์, สิทธิชัย อาชายินดี, และสุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (หน้า 142-152). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

พรทิพย์ วชิรติลก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช, และบุญช่วย เทพยศ. (2549). รายงานการวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวความคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

พิสนธิ์ จงตระกูล. (2557). *การใช้ยาอย่างสมเหตุผลผลเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2558). *การเก็บรักษา*

<https://med.mahidol.ac.th/ramapharmacy/th/knowledge/general/11102015-0010-th>

ราม รังสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, และคณะทำงานเจ้าหน้าที่เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). *การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555*. ค้นจาก

<http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/download/24>

ราไฟ ชาญมนต์, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และจิตตากรณี จิตรีเชื้อ. (2556). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *พยาบาลสาร*, 40(3), 40-49.

วิศา จันทรังสีวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัด นครสวรรค์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 12-20.

วศินี สมศิริ, และจรรุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยา. ใน กิตติกร นิลมานันต์, และจรรุวรรณ กฤตย์ประชา (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มิติที่ท้าทายสำหรับการพยาบาล* (หน้า 32-51). สงขลา: จอยปรีนท์.

วิชัย เทียนถาวร. (2560). *ความดันโลหิตสูง*. ค้นจาก

<https://www.matichon.co.th/news/557604>

วิชัย เอกพลากร. (2559). บทที่ 5 สถานะสุขภาพ ใน วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ), *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557* (หน้า 133-195). นนทบุรี: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.

วิภาภรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, และกนกพร หมู่พยัคฆ์. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 131-139.

วิภากรักษ์ บุญมาก. (2557). *ยาลดไขมันในเลือด*. ค้นจาก

[ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์. \(2553\). *Rational use of medicines: การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล*. ค้นจาก](https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/242/ยาลดไขมันในเลือด/วิไลวรรณ ทองเจริญ, จันทนา รณฤทธิชัย, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, ณ์ัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และ วรวรรณ วาณิชย์เจริญชัย. (2554). ประสิทธิภาพของกระบวนการจัดการความรู้ต่อความรู้และการจัดการปัญหาความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ. <i>วารสารพยาบาลศาสตร์</i>, 29(2), 103-112.</p>
</div>
<div data-bbox=)

<http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km/57/rational.html>

สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 16, หน้า 129-163). กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558*. ค้นจาก

<http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. ค้นจาก http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_คมอ_CKD_2015.pdf

สิทธิชัย อาชาอินดี. (2555). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง. ใน ไวยวรรณ ณะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชาอินดี, และสุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง* (หน้า 15-28). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สินธุ์วิสุทธิ์ สุธีชัย, และพัชราภรณ์ สุดชาภา. (2555). ความผิดปกติของสมดุลงแร่ธาตุ และกระดูกในโรคไตเรื้อรัง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27, 415-423.

สุขฤดี รัชตฤงคารสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 113-130.

สุมาพร สุจำนง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 20-30.

- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง, และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2557). *โครงการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ.2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. ค้นจาก <http://www.ucbp.net/wp-content/uploads/2014/09/การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย.pdf>
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2556). สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 13, หน้า 1-82). นนทบุรี: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- สำรวย อาญาเมือง. (2561). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูงหลังเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อรทัย ชูเมือง, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ. (2556). ผลของการออกกำลังกายแบบโนราแขกต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 40(1), 11-22.
- อัญชลี ชูติธร. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(2), 25-34.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(1), 32-46.
- Abegaz, T. M., Shehab, A., Gebreyohannes, E. A., Bhagavathula, A. S., & Elnour, A. A. (2017). Nonadherence to antihypertensive drugs a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96, 4(e5641).
- Agency for healthcare research and quality. (2014). *Self-management support*. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/self-mgmt/self/index.html>
- AlGhurair, S. A., Hughes, C. A., Simpson, S. H., & Guirguis, L. M. (2012). A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(12), 877-886. doi: 10.1111/j.1751-7176.2012.00699.x

- Arias, M. F., Villaorduna, A. A., Miranda, J. J., Canseco, F. D., & Malaga, G. (2014). Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLoS ONE*, *9*(12), e112875. doi:10.1371/journal.pone.0112875
- Bertoia, M. L., Waring, M. E., Gupta, P. S., Roberts, M. B., & Eaton, C. B. (2011). Implications of new hypertension guidelines in the United States. *Hypertension*, *58*(3), 361-366. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.175463
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: review. *Patient Education and Counseling*, *48*, 177-187.
- Carey, R. M., & Whelton, P. K. (2018). Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American college of cardiology/American heart association hypertension guideline. *Annals of Internal Medicine*, *168*, 351-358. doi: 10.7326/M17-3203
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Ruppap, T. M., Mehr, D. R., & Russell, C. L. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *The Gerontologist*, *49*(4), 447-462. doi:10.1093/geront/gnp037
- Conn, V. S., Ruppap, T. M., Chase, J. D., Enriquez, M., & Cooper, P. S. (2015). Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, *17*(12), 94. doi: 10.1007/s11906-015-0606-5
- Elperin, D. T., Pelter, M. A., Deamer, R. L., & Burchette, R. J. (2014). A large cohort study evaluating risk factors associated with uncontrolled hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, *16*(2), 149-154.
- Everyday health. (2017). *What is ferrous fumarate?*. Retrieved from <https://www.everydayhealth.com/drugs/ferrous-fumarate>

- Eze-Nliam, C. M., Thombs, B. D., Lima, B. B., Smith, C. G., & Ziegelstein, R. C. (2010). The association of depression with adherence to antihypertensive medications: a systemic review. *Journal of Hypertension, 28*(9), 1785-1795. doi:10.1097/HJH.0b013e32833b4a6f
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics, 21*(6), 1074–1090.
- Gardner, C. L., (2015). Adherence: a concept analysis. *International journal of nursing Knowledge, 26*(2), 96-101.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety, 29*(11), 563-574.
- Glasgow, R. E., Funnell, M. M., Bonomi, A. E., Beckham, V., & Wagner, E. H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(2), 80-87. Retrieved from https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2402_04
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). Sampling. In Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (Eds.), *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. (7th ed., pp. 351-381). St. Louis: Saunders.
- Hill, M. N., Miller, N. H., & DeGeest, S. (2010). ASH position paper: adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich), 12*(10), 757-764. doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00356.x
- Hisni, D., Chinnawong, T., & Thaniwattananon, P. (2017). The effect of cardiovascular self-management support program on preventing cardiovascular complication behaviors in elderly with poorly controlled type 2 DM in Indonesia. *Walailak Journal of Science and Technology, 14*(12), 1-16.
- Hochadel, M. (2014). *Mosby's drug reference for health professions* (4th ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Hugtenburg, J. G., Timmers, L., Elders, P. J., Vervloet, M., & van Dijk, L. (2013). Definitions, variants, and causes of non-adherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Preference and Adherence, 13*(7), 675-682.

- Hu, Y. (2016). Steps to improve antihypertensive medication adherence. *Primary Health Care, 26*(8), 28-33. doi:<http://dx.doi.org/10.7748/phc.2016.e1113>
- Insel, K., Morrow, D. Brewer, B., & Figueredo, A. (2006). Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *PSYCHOLOGICAL SCIENCES, 61B*(2), 102-107.
- Jacobson, K. L., Kripalani, S., Gazmararian, J. A., & McMorris, K. J. (2008). *How to create a pill card*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/patients-consumers/diagnosis-treatment/treatments/pillcard/pillcard.pdf>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association, 311*(5), 507-520. doi: 10.1001/jama.2013.284427
- Jiang, S. Z., Lu, W., Zong, X. F., Ruan, H. Y., & Liu, Y. (2016). Obesity and hypertension (Review). *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE, 12*, 2395-2399. doi: 10.3892/etm.2016.3667
- Kim, H. Y., (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics, 38*(1), 52-54. Retrieved from <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Krousel-Wood, M., Islam, T., Muntner, P., Holt, E., Joyce, C., Morisky, D. E., ... Frohlich, E. D. (2010). Association of depression with antihypertensive medication adherence in older adults: cross-sectional and longitudinal findings from *Annals of Behavioral Medicine, 40*(3), 248–257. doi:10.1007/s12160-010-9217-1
- Lalic, J., Radovanovic, R. V., Mitic, B., Nikolic, V., Spasic, A, & Koracevic, G. (2013). Medication adherence in outpatients with arterial hypertension. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Nis, 30*(4), 209-218. doi: 10.2478/afmnai-2013-0013
- Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Review article medication adherence measures: An overview. *BioMed Research International, 2015*, 1-12.
- Lee, G. K. Y., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Cheung, Y., Morisky, D. E., & Wong, M. C. S. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky medication adherence scale. *PLoS One, 8*(4), e62775. doi: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0062775>

- Lee, J. Y., Greene, P. G., Douglas, M., Grim, C., Kirk, K. A., Kusek, J. w., ... Whelton, P. K. (1996). Appointment attendance, pill counts, and achievement of goal blood pressure in the African American study of kidney disease and hypertension pilot study. *Controlled Clinical Trials*, 16, 34S-39S.
- Lim, K. K., Sivasampu, S., & Khoo, E. M. (2015). Antihypertensive drugs for elderly patients: a cross-sectional study. *Singapore medical journal*, 56(5), 291-297. doi: 10.11622/smedj.2015019
- Liu, T., Tyndale, R. F., David, S. P., Wang, H., Yu, X. Q., Chen, W., ... Chen, W. Q. (2013). Association between daily cigarette consumption and hypertension moderated by CYP2A6 genotypes in Chinese male current smokers. *Journal of Human Hypertension*, 27(1), 24-30. doi:10.1038/jhh.2011.111
- Lo, S. H. S., Chau, J. P. C., Woo, J., Thompson, D. R., & Choi, K. (2016). Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 196-303.
- Long, A. N., & Dagogo-Jack, S. (2011). Comorbidities of diabetes and hypertension: mechanisms and approach to target organ protection. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 13(4), 244-251. doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00434.x.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., ... Wood, D. A. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34(28), 2159-2219. doi.org/10.1093/eurheartj/eh151
- Mayo clinic. (2017). *Vitamin D*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements-vitamin-d/art-20363792>
- MedlinePlus. (2017). *Drugs, herbs and supplements*. Retrieved from <https://medlineplus.gov/druginformation.html>
- MedThai. (2560). *ความดันโลหิตสูง (hypertension) อาการ, สาเหตุ, การรักษา, วิธีป้องกัน ฯลฯ*. ค้นจาก <https://medthai.com/โรคความดันโลหิตสูง/>

- Nair, K.V., Belletti, D.A., Doyle, J.J., Allen, R.R., McQueen, R.B., Saseen, J.J., ... , Jan, S. (2011). Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. *Patient Prefer Adherence*, 29(5), 195–206. doi: 10.2147/PPA.S18481
- National council on patient information and education. (2013). *Accelerating progress in prescription medicine adherence: the adherence action agenda a national action plan to address America's "other drug problem"*. Retrieved from http://www.bemedicinesmart.org/A3_Report.pdf
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.) Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65.
- Rubio-Guerra, A. F., Rodriguez-Lopez, L., Vargas-Ayala, G., Huerta-Ramirez, S., Serna, D. C., & Lozano-Nuevo, J. J. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, 18(1), 10-12.
- Rueda, B., & Perez-Garcia, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: mediational and prospective relations. *Psychol Health*, 28(10), 1152-1170. doi: 10.1080/08870446.2013.795223
- Ruppar, T. M., Conn, V. S., & Russell, C. L. (2008). Medication adherence interventions for older adults: Literature review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(2), 114-147. doi: 10.1891/0889-7182.22.2.114
- Ruppar, T. M. (2010). Randomized pilot study of a behavioral feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(6), 470-479.
- Salive, M. E. (2013). Multimorbidity in older adults. *Epidemiologic Reviews*, 35, 75-83. doi: 10.1093/epirev/mxs009
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 371-383.

- The Joanna briggs institute. (2014). New JBI levels of evidence. Retrieved from http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Toh, M. R., Teo, V., Kwan, Y. H., Raaj, S., Tan, S. D., & Tan, , J. Z. Y. (2014). Association between number of doses per day, number of medications and patient's noncompliance, and frequency of readmissions in a multi-ethnic Asian population. *Preventive Medicine Reports*, 1, 43-47.
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *British Medical Journal*, 336, 1114-1117.
- WebMD. (2017). *Drugs & medication*. Retrieved from <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-8681-3010/nifedipine-oral/nifedipine-sustained-release-oral/details>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, Jr, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., ... Wright, Jr, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71 (19), e127-248. doi: 10.1016/j.jacc.2018.03.016 Retrieved from <http://www.onlinejacc.org/content/early/2017/11/04/j.jacc.2017.11.006>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- World Health Organization. (2015). *Global Health Observatory data: raised blood pressure*. Retrieved from http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/#content
- World Health Organization. (2014). *World health statistics 2014*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf
- Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 16, 1093–1101. doi: 10.1111/ggi.12616

- Yue, Z., Bin, W., Weilin, Q., & Aifang, Y. (2015). Effect of medication adherence on blood pressure control and risk factors for antihypertensive medication adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *21*(1), 166-172. doi: 10.1111/jep.12268
- Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Morisky, D. E. (2013). Relationship of treatment satisfaction to medication adherence: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*, 191. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-11-191>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยเพิ่มเติม

ผลการทดสอบการกระจายข้อมูลแบบปกติ (test of normality) ของชุดข้อมูลก่อนการใช้สถิติที (T-test) โดยดูจากค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Z-score) ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) ซึ่งคำนวณได้จากสูตร

$$Z\text{-score} = \text{Skewness} \div SE_{\text{Skewness}}, \text{Kurtosis} \div SE_{\text{Kurtosis}}$$

ตาราง ก1

ค่าความเบ้ (Skewness) ค่าความโด่ง (Kurtosis) และค่าคะแนนมาตรฐานการกระจายข้อมูลแบบปกติ (Z-score) ของชุดข้อมูลผลการวิจัยจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 62)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 31)						กลุ่มทดลอง (n = 31)					
	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score
อายุ	.289	.421	0.69	-.707	.821	-0.86	.453	.421	1.08	-.463	.821	-0.56
ดัชนีมวลกายก่อนทดลอง	.393	.421	0.93	-.767	.821	-0.93	.069	.421	0.16	-.939	.821	-1.14
ดัชนีมวลกายหลังทดลอง	.393	.421	0.93	-.768	.821	-0.94	.076	.421	0.18	-.982	.821	-1.20

ตาราง ก1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 31)						กลุ่มทดลอง (n = 31)					
	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score
ระยะเวลาที่เป็นโรค	.611	.421	1.45	1.291	.821	1.57	.271	.421	0.64	-.874	.821	-1.06
ความดันโลหิตสูง												
ระยะเวลาที่รักษาด้วย	.611	.421	1.45	1.291	.821	1.57	.252	.421	0.60	-.858	.821	-1.05
ยาลดความดันโลหิต												
จำนวนเม็ดยาที่	1.199	0.421	2.85	2.007	0.821	2.44	0.972	0.421	2.31	1.99	0.821	2.42
รับประทานต่อวัน												
ความดันซิสโตลิกก่อน	.436	.421	1.04	-.929	.821	-1.13	.803	.421	1.91	-.447	.821	-0.54
ทดลอง												
ความดันซิสโตลิก	.055	.421	0.13	-.653	.821	-0.80	.000	.421	0.00	-.334	.821	-0.41
หลังทดลอง												
ความดันไดแอสโตลิก	.140	.421	0.33	-.463	.821	-0.56	-.446	.421	-1.06	-.813	.821	-0.99
ก่อนทดลอง												
ความดันไดแอสโตลิก	-.200	.421	-0.48	.188	.821	0.23	-.002	.421	0.00	-.860	.821	-1.05
หลังทดลอง												

ตาราง ก1 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 31)						กลุ่มทดลอง (n = 31)					
	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score	Skewness	SE	Z-score	Kurtosis	SE	Z-score
คะแนนความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา ก่อนทดลอง	.010	.421	0.02	-1.073	.821	-1.31	-.048	.421	-0.11	-1.037	.821	-1.26
คะแนนความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยา หลังทดลอง	-.323	.421	-0.77	.214	.821	0.26	-.701	.421	-1.67	-1.285	.821	-1.57
อัตราความสม่ำเสมอใน การรับประทานยาจาก การนับเม็ดยา	-.417	.421	-0.99	.093	.821	0.11	0	0	0	0	0	0

ตาราง ก2

ผลการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูล (homogeneity of variance) ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Levene's test

ตัวแปร	Levene's test		T-test		T-test	
			Equal variances assumed		Equal variances not assumed	
	F	p	t	p	t	p
อายุ	.01	.93	.55	.59	.55	.59
ค่า BMI ก่อนทดลอง	1.07	.31	-.82	.42	-.82	.42
ค่า BMI หลังทดลอง	1.10	.30	-.84	.41	-.84	.41
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	.47	.50	1.00	.32	1.00	.32
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต	.44	.51	1.01	.32	1.01	.32
ความดันซิสโตลิกก่อนทดลอง	.04	.84	-.13	.90	-.13	.90
ความดันซิสโตลิกหลังทดลอง	8.54	.00	13.81	.000	13.81	.000
ความดันไดแอสโตลิกก่อนทดลอง	.064	.80	-1.05	.30	-1.05	.30
ความดันไดแอสโตลิกหลังทดลอง	.604	.44	5.36	.000	5.36	.000
คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนทดลอง	.334	.57	.19	.85	.19	.85
คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังทดลอง	2.80	.10	-23.47	.000	-23.47	.000
อัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจากการนับเม็ดยา	54.74	.000	-10.96	.000	-10.96	.000

ตาราง ก3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) (N = 62)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ค่าดัชนีมวลกาย				t	p
		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
		M	SD	M	SD		
กลุ่มควบคุม	31	25.61	3.15	25.59	3.14	1.54	.14
กลุ่มทดลอง	31	26.32	3.73	26.32	3.71	.32	.75

ตาราง ก4

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) (N = 62)

การทดลอง	ค่าดัชนีมวลกาย				t	p
	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)			
	M	SD	M	SD		
ก่อน	25.61	3.15	26.32	3.73	-.82	.42
หลัง	25.59	3.14	26.32	3.71	-.84	.41

ตาราง ก5

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) (N = 62)

พฤติกรรมการดำเนินชีวิต	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
การสูบบุหรี่			.08 ^{ns}
ไม่เคยสูบ	21 (67.7)	22 (71)	
เคยสูบและเลิกสูบแล้ว	10 (32.3)	9 (29)	
การดื่มแอลกอฮอล์			3.10 ^{ns}
ไม่เคยดื่ม	19 (61.3)	23 (74.2)	
เคยดื่มและเลิกดื่มแล้ว	12 (38.7)	7 (22.6)	
ยังคงดื่มนานๆ ครั้ง	0 (0)	1 (3.2)	
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม			1.04 ^{ns}
รับประทานบางครั้ง	15 (48.4)	19 (61.3)	
รับประทานประจำ	16 (51.6)	12 (38.7)	
การออกกำลังกาย			2.59 ^{ns}
ไม่ออกกำลังกายเลย	23 (74.2)	18 (58.1)	
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	4 (12.9)	4 (12.9)	
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	4 (12.9)	9 (29)	
การมีความเครียด			.10 ^{ns}
ไม่มี	24 (77.4)	25 (80.6)	
มีน้อย	7 (22.6)	6 (19.4)	

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$

ตาราง ก6

ความถี่และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ชนิดและขนาดของยาที่รับประทาน นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 62)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)	
	ความถี่ (ร้อยละ)		ความถี่ (ร้อยละ)	
	เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลง	ไม่เปลี่ยนแปลง
การสูบบุหรี่	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)
การดื่มแอลกอฮอล์	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)
การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)
การออกกำลังกาย	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)
การมีความเครียด	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)
ชนิดและขนาดของยาอื่นที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต	0 (0)	31 (100)	0 (0)	31 (100)

ตาราง ก7

คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 62)

ข้อความ	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		รวม (N = 62)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
1. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง	3.13 (0.89)	2.97 (0.80)	3.23 (0.67)	5.00 (0.00)	3.18 (0.78)	3.98 (1.17)
2. ท่านลืมนับรับประทานยาลดความดันโลหิต	3.97 (0.75)	3.68 (0.75)	3.58 (0.72)	4.87 (0.34)	3.77 (0.46)	4.27 (0.83)
3. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งด้วยตนเอง	3.19 (0.83)	3.00 (0.73)	3.19 (0.65)	5.00 (0.00)	3.19 (0.74)	4.00 (1.13)
4. ท่านลดจำนวนเม็ดยาลดความดันโลหิตให้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.81 (0.54)	4.71 (1.00)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	4.90 (0.39)	4.85 (0.72)
5. ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยา หรือจำนวนมียาลดความดันโลหิตให้มากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.90 (0.40)	4.94 (0.36)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	4.95 (0.28)	4.97 (0.25)
6. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตชนิดอื่นที่นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง	4.52 (1.51)	4.23 (1.43)	4.71 (0.86)	5.00 (0.00)	4.61 (1.01)	4.61 (1.08)
7. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตตรงเวลา	2.48 (0.77)	2.42 (0.72)	2.13 (0.72)	4.61 (0.50)	2.31 (0.76)	3.52 (1.26)
8. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตชนิดเดิมซ้ำในมือเดียวกัน	4.90 (0.30)	4.94 (0.25)	4.97 (0.18)	5.00 (0.00)	4.94 (0.25)	4.97 (0.18)
9. ท่านรวบยาลดความดันโลหิต 2 มื้อ มารับประทานในมือเดียวกัน	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)	5.00 (0.00)
10. ท่านปฏิบัติในเรื่องการใช้จ่ายลดความดันโลหิต ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร อย่างเคร่งครัด	3.13 (0.62)	3.03 (0.71)	3.13 (0.56)	4.61 (0.50)	3.13 (0.59)	3.82 (1.00)
คะแนนรวม	40.03 (1.94)	38.90 (2.10)	39.94 (2.10)	49.10 (1.19)	39.98 (2.00)	44.00 (5.41)

หมายเหตุ. แต่ละข้อมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน ซึ่งเป็นค่าคะแนนที่แปลงแล้ว คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยามาก

จากตาราง ก7 จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนรายข้อเพิ่มขึ้นในบางข้อและลดลงในบางข้อ ในขณะที่คะแนนรวมในทุกข้อลดลง เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นพบว่า กลุ่มควบคุมมีรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่เปลี่ยนแปลงไปมา เช่น การที่กลุ่มตัวอย่างบางรายเคยมีปัญหาเรื่องการลืมแล้วทำให้รับประทานยาซ้ำในมือเดิมก่อนการทดลอง แต่หลังการทดลองกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างรายเดิมไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาซ้ำ แต่มีปัญหาเรื่องการลืมแล้วหยุดรับประทานยามือที่ลืม และกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ก่อนการทดลองเคยเพิ่มจำนวนมียาที่รับประทานเนื่องจากจำผิดและรับประทานยาโดยไม่ได้อ่านฉลากยา แต่หลังการทดลองพบว่าไม่มีการเพิ่มจำนวนมียา แต่มีการหยุดรับประทานยาบางมื่อด้วยตนเองเพราะเห็นว่าเมื่อหยุดรับประทานยาบางมื่อก็ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จึงทำให้คะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ออกมามีการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

ผลการวิจัยที่เป็นข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยใช้กลยุทธ์ห้าเอ

มีข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยใช้กลยุทธ์ห้าเอกับกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมหลังสิ้นสุดการวิจัย) ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม การที่ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว สอบถามถึงความเป็นอยู่ทั่วไป สอบถามถึงปัญหาภาวะสุขภาพที่ผ่านมา การแสดงสีหน้าและท่าทางที่บ่งบอกถึงความตั้งใจและความจริงใจต่อการอยากช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัยส่งผลให้มีการเปิดเผยพฤติกรรมรับประทานยาที่เคยปฏิบัติมากขึ้น ดังเห็นได้จากเมื่อผู้วิจัยเริ่มพูดคุยและประเมินพฤติกรรมรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ในช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะปฏิเสธว่าตนเองขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแต่เมื่อสอบถามถึงปริมาณยาเก่าที่เหลืออยู่ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 29) บอกว่ามียาเหลือปริมาณมากและเมื่อได้พูดคุยและสอบถามต่อไปกลุ่มตัวอย่างเริ่มเล่าพฤติกรรมรับประทานยาที่ปฏิบัติจริงขณะอยู่ที่บ้านมากขึ้น

2. การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในห้องที่เป็นสัดส่วน ใช้เทคนิคการรับฟังกลุ่มตัวอย่างอย่างตั้งใจ มีการยกหน้ารับคำ พูดถามกลับ ทำให้ผู้วิจัยมีเวลาในการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเต็มที่ และการรับฟังปัญหาของกลุ่มตัวอย่างอย่างตั้งใจทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับการได้สังเกตปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งที่พูด

อารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดและความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา รวมทั้งความต้องการของกลุ่มตัวอย่างได้มากขึ้น

3. จากขั้นตอนการประเมิน (asses) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง ก8

ตาราง ก8

ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาก่อนการทดลองของ (N = 62)

รูปแบบของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
การหยุดรับประทานยาบางชนิด/ บางมื้อ	62	100
การรับประทานยาไม่ตรงเวลา	62	100
การรับประทานยาชนิดอื่น/ ยาสมุนไพร/ ยาบำรุงแทนยาลดความดันโลหิตที่ได้รับจากแพทย์	11	17.7
การรับประทานยาชนิดเดิมซ้ำในมือเดียวกัน	6	9.7
การลดจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน	4	6.5
การเพิ่มจำนวนเม็ด/ จำนวนมื่อยาที่รับประทาน	2	3.2

4. จากขั้นตอนการประเมิน (asses) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและพฤติกรรม ดังแสดงในตาราง ก9

ตาราง ก9

ความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและพฤติกรรมก่อนการทดลอง (N = 62)

สาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ		
การไม่ทราบวิธีการรับประทานตรงเวลา	51	82.3
การไม่ทราบวิธีจัดการที่ถูกต้องเมื่อลืมรับประทานยา	32	51.6
การไม่ทราบวิธีจัดการที่ถูกต้องเมื่อขาดยา	11	17.7

ตาราง ก9 (ต่อ)

สาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ความถี่	ร้อยละ
ด้านความรู้ความเข้าใจ (ต่อ)		
การเข้าใจว่าการไม่มีอาการคือการหายจากโรค	9	14.5
การไม่ทราบวิธีจัดการที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา	8	12.9
การเข้าใจว่าไม่ต้องรับประทานยาในวันที่มาเจาะเลือดเพราะต้องงดน้ำและอาหาร	2	3.2
การเข้าใจว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจึงรับประทานยาลดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการปวดศีรษะ	1	1.6
การหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตชั่วคราวในระหว่างที่เป็นไข้เพราะที่บรรจุภัณฑ์ยาที่ซื้อมาเขียนว่ายาลดความดันโลหิต	1	1.6
การเข้าใจว่าอาหารที่รับประทานต้องเป็นข้าวเท่านั้น	1	1.6
ด้านความเชื่อ		
การเชื่อในประสิทธิภาพของยาชนิดอื่น/ ยาสมุนไพร/ ยาบำรุงมากกว่ายาลดความดันโลหิตที่ได้รับจากแพทย์	11	17.7
การเชื่อว่ายาที่รับประทานจะมีผลต่อไต	8	12.9
การเชื่อว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตเมื่อเป็นไข้จะทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น	1	1.6
การเชื่อว่ายาเป็นอันตรายเพราะจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงดังคำอธิบายของแพทย์	1	1.6
พฤติกรรม		
ลืม	55	88.7
ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการรับประทานยา	54	87.1
ไม่นำยาติดตัวเมื่อออกนอกบ้าน	11	17.7
เบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา	10	16.1
จัดเก็บยาไว้หลายที่	2	3.2
รับประทานยาไม่ตรงเวลาจนทำให้มียาชนกัน	1	1.6
ไม่ได้วางแผนเรื่องการรับประทานยาเมื่อต้องเดินทาง	1	1.6

5. ในการวิจัยครั้งนี้มีบุตรของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่สามารถเข้าร่วมกับทุกกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 7 ราย (E1, E2, E7, E9, E12, E15 และ E31) ซึ่งบุตรของกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีการช่วยดูแลกลุ่มตัวอย่างในด้านการช่วยจัดยาให้รับประทาน หรือช่วยตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ช่วยสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ช่วยบันทึกข้อมูลการรับประทานยาในสมุดบันทึก ช่วยเตือนการรับประทานยาและช่วยพากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัด

6. ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ในกลุ่มทดลอง (E24) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาเรื่องการลิ้มรับประทานยา จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีการเปิดรายการเสียงตามสายเป็นประจำทุกวัน ซึ่งจะมีการเปิดเพลงชาติเวลา 8.00 น. และ 18.00 น. กลุ่มตัวอย่างจึงใช้เวลาการเปิดเพลงชาติเป็นตัวช่วยเตือนการรับประทานยาในมือเช้าและมือเย็นของทุกวัน จึงทำให้ไม่ลิ้มรับประทานยา ผู้วิจัยจึงสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรายนี้ใช้การเตือนการรับประทานยาดังวิธีนี้ต่อไปอย่างต่อเนื่อง

7. มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 1 ราย (E11) ที่ไม่รับประทานยาที่แพทย์ให้และไปซื้อยาชนิดอื่นตามคำแนะนำของเพื่อนบ้านมารับประทานแทน เนื่องจากได้รับคำอธิบายจากแพทย์ว่ายาที่ให้อาจทำให้ชาบวม หรือเกิดอาการวิงเวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่าทางได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการที่แพทย์อธิบายเช่นนั้นแสดงว่ายาที่ได้รับต้องเป็นยาอันตราย กลุ่มตัวอย่างกลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียงจากยาดังที่แพทย์อธิบายจึงไปซื้อยาชนิดอื่นมารับประทานแทน ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “ลุงไม่กินหอรอกยานั้น (ยาแอมโลดิพีน [amlodipine]) มันอันตรายกินไปก็ตายซิขนาดหมออย่างบอกเลยว่ากินแล้วจะทำให้ชาบวมและทำให้เวียนหัวได้ หมอไม่ได้กินเองหมอก็ไม่กลัวซิลุงไม่เอาด้วยหอรอกกินแล้วเกิดชาบวมเวียนหัวขึ้นมาก็ตายซิ” ผู้วิจัยสามารถอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรายนี้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้ไม่หยุดรับประทานยาดด้วยตนเองอีก

8. ในขั้นตอนการจัดการ (arrange) กำกับดูแลและติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 3 ราย (E3, E5 และ E19) โทรศัพท์มาติดต่อสอบถามผู้วิจัย ดังนี้

8.1 E3 โทรศัพท์มาสอบถามเรื่องการเลื่อนเวลารับประทานยาหลังอาหาร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องเลื่อนเวลารับประทานอาหาร

8.2 E5 โทรศัพท์มาสอบถามเรื่องวิธีการจัดการเนื่องจากลิ้มรับประทานยา

8.3 E19 โทรศัพท์มาสอบถามเรื่องการรับประทานยาสมุนไพร

ในการติดตามผู้วิจัยให้หมายเลขโทรศัพท์และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถโทรศัพท์มาปรึกษา หรือสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการรับประทานยา รวมทั้งให้คำชื่นชมและให้กำลังใจ

กลุ่มตัวอย่างทุกครั้งในกลุ่มตัวอย่างโทรศัพท์มาหาผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้วิจัยและมีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังคำพูดของ E3 ที่ว่า “ดิฉันที่ลูกให้เบอร์โทรศัพท์ป่าไว้ ป่าไม่แน่ใจเพราะต้องออกไปธุระแต่เช้า ป่าจึงกินข้าวเช้าเร็วขึ้นก็เลยไม่รู้ว่าจะถ้ากินยาเลยมันจะทำให้กินยาไม่ตรงเวลามั้ย”

9. การใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) (ภาคผนวก ง ส่วนที่ 2 หน้า 183) ที่มีรูปภาพประกอบร่วมกับการบรรยายจากผู้วิจัยเพื่อให้ความรู้เรื่องแก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจความรู้ต่างๆ ได้ง่ายขึ้น ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง (E18) ที่ว่า “อยู่ที่บ้านป่าก็วัดความดันเองอยู่นะแต่ป่าไม่เคยรู้เลยว่าต้องทำท่าเหมือนที่ลูกบอก อืม พอเห็นรูปว่าเวลาวัดความดันต้องนั่งแบบนี้ ต้องวางแขนแบบนี้ วันหลังเอาใหม่ ป่าค่อยไปวัดแบบที่ลูกว่าดู”

10. คำพูดของกลุ่มตัวอย่าง/ ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนถึงประโยชน์ของกิจกรรมกิจกรรมที่จัดให้ มีดังนี้

10.1 E5 “ดิฉันที่ลูกมาสอนป่าแบบนี้ ชอบใจมากนะลูกนี้ดิฉันที่ป่าได้ถามลูกป่าไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่าการกินยาให้ตรงเวลาคือป่าต้องกินเวลาเดิมทุกวัน ป่านีก็กว่าถ้าหมอให้กินหลังอาหารเช้าป่าก็กินหลังอาหารเช้าทุกวันก็แล้วแต่ว่ากินข้าวเช้าก็โหมง ก็นี้กว่ากินแบบนี้ก็ได้แล้ว”

10.2 บุตรสาวของ E1 “พีได้อ่านคู่มือที่น้องให้แล้ว ดิฉันทำให้ได้รู้ว่าเวลาจะกินยาก่อนอาหาร หรือกินยาหลังอาหารต้องกินยังไง นอกจากจะช่วยดูยาให้กินยาถูกแล้วยังเอามาใช้กับตัวเองได้ด้วย”

ผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมาย

1. เมื่อนำข้อมูลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 95 (≥ 48 คะแนน ตามแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) พบว่าร้อยละ 12.9 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 100 ของกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจัดอยู่ในกลุ่มที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดังแสดงในตาราง ก10

2. เมื่อนำข้อมูลความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ความความดันโลหิตเป้าหมายของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC 8) พบว่าร้อยละ 6.5 ของกลุ่มทดลองและร้อยละ 100 ของกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ดังแสดงในตาราง ก11

ตาราง ก10

ความถี่และร้อยละของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้เกณฑ์ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ \geq ร้อยละ 95 (N = 62)

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	กลุ่มควบคุม (n = 31)	กลุ่มทดลอง (n = 31)
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
หลังการทดลอง	Min = 34, Max = 43 M = 38.9, SD = 2.1	Min = 47, Max = 50 M = 49.1, SD = 1.2
มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0 (0)	27 (87.1)
ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	31 (100)	4 (12.9)

หมายเหตุ. มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง มีคะแนนประเมินโดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยตัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของพรทิพย์, สมพร, วิโรจน์, และบุญช่วย (2549) คะแนนที่ได้ \geq 48 คะแนน

ตาราง ก11

ความถี่และร้อยละของระดับความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามการผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายตามเกณฑ์ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติว่าด้วยความดันโลหิตสูงครั้งที่ 8 แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC 8) (N = 62)

ระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 31)	กลุ่มทดลอง (n = 31)
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	0 (0)	29 (93.5)
ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	31 (100)	2 (6.5)

หมายเหตุ. เกณฑ์ความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคเบาหวานและ/หรือ ไตเรื้อรัง คือ ความดันซิสโตลิก < 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมด้วยโรคไขมันในเลือดสูง คือ ความดันซิสโตลิก < 150 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันไดแอสโตลิก < 90 มิลลิเมตรปรอท

ผลการเปรียบเทียบยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างได้รับระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง ก12

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) (N = 62)

ยาลดความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31)	(n = 31)	(N = 62)	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
จำนวนกลุ่มยาลดความดันโลหิตที่ได้รับ (กลุ่ม) ^a (range = 1-4)				3.28 ^{ns}
1	13 (41.9)	11 (35.5)	24 (38.7)	
2	11 (35.5)	13 (41.9)	24 (38.7)	
3	3 (9.7)	6 (19.4)	9 (14.5)	
4	4 (12.9)	1 (3.2)	5 (8.1)	
การได้รับยาลดความดันโลหิตแบบ 1 กลุ่ม				
CCB ^a	10 (32.3)	5 (16.1)	15 (24.2)	2.20 ^{ns}
Beta-blocker ^a	4 (12.9)	2 (6.5)	6 (9.7)	0.75 ^{ns}
ARB ^a	3 (9.7)	1 (3.2)	4 (6.5)	1.12 ^{ns}
ACEI ^a	1 (3.2)	3 (9.7)	4 (6.5)	1.12 ^{ns}
Diuretic ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
Alpha-blocker ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
Vasodilator ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
การได้รับยาลดความดันโลหิตแบบ 2 กลุ่ม				
CCB & Beta-blocker ^a	3 (9.7)	4 (12.9)	7 (11.3)	0.16 ^{ns}
CCB & ARB ^a	0 (0)	4 (12.9)	4 (6.5)	5.82*
CCB & ACEI ^a	3 (9.7)	3 (9.7)	6 (9.7)	0.00 ^{ns}
CCB & Vasodilator ^a	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (3.2)	0.00 ^{ns}
CCB & Alpha-blocker ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square

ตาราง ก12 (ต่อ)

ยาลดความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31) ความถี่ (ร้อยละ)	(n = 31) ความถี่ (ร้อยละ)	(N = 62) ความถี่ (ร้อยละ)	
การได้รับยาลดความดันโลหิตแบบ 2 กลุ่ม (ต่อ)				
ARB & Diuretic ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
ACEI & Beta-blocker ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
Beta-blocker & Diuretic ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
Beta-blocker & Vasodilator ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
การได้รับยาลดความดันโลหิตแบบ 3 กลุ่ม				
CCB & ACEI & Beta-blocker ^a	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (3.2)	0.00 ^{ns}
CCB & ARB & Diuretic ^a	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (3.2)	0.00 ^{ns}
CCB & ARB & Beta-blocker ^a	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (3.2)	0.00 ^{ns}
CCB & ACEI & Diuretic ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & ACEI & Vasodilator ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & Beta-blocker & Vasodilator ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & Beta-blocker & Vasodilator ^a	0 (0)	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square

ตาราง ก12 (ต่อ)

ยาลดความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	รวม	statistics value
	(n = 31) ความถี่ (ร้อยละ)	(n = 31) ความถี่ (ร้อยละ)	(N = 62) ความถี่ (ร้อยละ)	
การได้รับยาลดความดันโลหิตแบบ 4 กลุ่ม				
CCB & ARB & Beta-blocker & Vasodilator ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & ARB & Beta-blocker & Diuretic ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & ACEI & Diuretic & Alpha-blocker ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & Beta-blocker & Alpha-blocker & Vasodilator ^a	1 (3.2)	0 (0)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}
CCB & Beta-blocker & Diuretic & Vasodilator ^a	0	1 (3.2)	1 (1.6)	1.40 ^{ns}

หมายเหตุ. ns = not statistically significant: $p > .05$, ^a Chi-square

ภาคผนวก ข

การคำนวณหาขนาดอิทธิพลความแตกต่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = (M1 - M2) \div \text{pooled SD}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{(SD1^2 + SD2^2)/2}$$

เมื่อ	ES	คือ	ขนาดอิทธิพล
	M1	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	M2	คือ	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	SD1	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลอง
	SD2	คือ	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม

หาขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คืองานวิจัยของนันทิกานต์, อุมาพร, และไหมไทย (2558) เรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนี้

$$M1 = 7.98, M2 = 5.38, SD1 = 0.06, SD2 = 2.76$$

$$\text{แทนค่าในสูตรได้ดังนี้} \quad ES = (7.98 - 5.38) \div \sqrt{(0.06^2 + 2.76^2)/2} = 1.33$$

ค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างที่คำนวณได้มีขนาดใหญ่เมื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบของของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแค่เพียง 20 ราย ดังนั้นเพื่อให้งานวิจัยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงลดขนาดอิทธิพลความแตกต่างลงเหลือ 0.8 และเมื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบของของโคเฮน (Cohen, 1988) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 52 รายและเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาก็กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 (Grove, Burns, & Gray, 2013) ซึ่งเท่ากับ 10 ราย ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 ราย

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ
- 2) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกจำนวนเม็ดยา

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

เลขที่.....

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถาม ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน จากนั้นผู้วิจัยจะบันทึกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องที่กำหนด

I. ข้อมูลทั่วไป

1. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
2. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... โលน์ ៃ តី (ถ้ามี).....
3. เพศ ชาย หญิง
4. อายุ..... ปี
5. สถานภาพสมรส
 - โสด คู่ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
6. ศาสนา
 - พุทธ คริสต์
 - อิสลาม อื่นๆ (ระบุ)
7. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.
 - ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
8. อาชีพ
 - ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
 - ค้าขาย รับจ้าง
 - ธุรกิจส่วนตัว ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ
 - อื่นๆ (ระบุ).....
9. ความเพียงพอของรายได้
 - ไม่เพียงพอ เพียงพอ มีเงินเหลือเก็บ

10. บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลด้านการรับประทานยา
- ตนเอง คู่สมรส บุตร/หลาน
- ตนเองและคู่สมรส ตนเองและ บุตร/หลาน อื่นๆ (ระบุ).....
11. หน้าที่ของผู้ดูแลในการช่วยเหลือด้านการรับประทานยา
- จัดยาให้ทุกมื้อ เตือนการรับประทานยา จำวันนัด
- พามาพบแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา

II. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพและการรักษา

12. น้ำหนักตัว.....Kg ส่วนสูง.....cm BMI.....Kg/m²
13. ประวัติการสูบบุหรี่
- ไม่เคยสูบบุหรี่
- เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว
- สูบ และปัจจุบันยังคงสูบอยู่
14. ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ไม่ดื่ม
- เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว
- ดื่ม และปัจจุบันยังคงดื่มอยู่
15. ประวัติการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม
- ไม่รับประทานเลย
- รับประทานเป็นบางครั้ง
- รับประทานเป็นประจำ
16. การออกกำลังกายในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา
- ไม่เคยออกกำลังกายเลย
- ออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์
- ออกกำลังกาย ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์
17. การมีความเครียดในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา
- ไม่มี
- มี (โปรดระบุระดับความเครียด ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย)
18. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี.....เดือน

เลขที่.....

 Pre-test Post-test**ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา**

คำชี้แจง เมื่อผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถาม ขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงตามความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

- ทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง
- เกือบทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง โดยมีแค่ 1-3 ครั้ง ที่ไม่ปฏิบัติ
- บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง โดยมีที่ไม่ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้ง ในรอบ 2 เดือน
- นานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติแค่ 1-3 ครั้ง ในรอบ 2 เดือน
- ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ในรอบ 2 เดือน

ข้อความ	ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย	หมายเหตุ
1. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิตครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่ง						
2. ท่านลืมนับรับประทานยาลดความดันโลหิต						
3. ท่านหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตที่แพทย์สั่งด้วยตนเอง						
4. ท่านลดจำนวนเม็ดยาลดความดันโลหิตให้น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง						
5. ท่านเพิ่มจำนวนเม็ดยาหรือจำนวนมื้อยาลดความดันโลหิตให้มากกว่าที่แพทย์สั่ง						

ข้อความ	ทุก ครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ เคย	หมายเหตุ
6. ท่านรับประทานยา ลดความดันโลหิตชนิดอื่นที่ นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง						
7. ท่านรับประทานยาลด ความดันโลหิตตรงเวลา						
8. ท่านรับประทานยา ลดความดันโลหิตชนิดเดิมซ้ำ ในมือเดียวกัน						
9. ท่านรวบยาลดความดัน โลหิต 2 มือ มารับประทาน ในมือเดียวกัน						
10. ท่านปฏิบัติตาม คำแนะนำในเรื่องการใช้ยา ลดความดันโลหิตของแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกรอย่าง เคร่งครัด						

เลขที่.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

คำชี้แจง เมื่อผู้วิจัยอ่านคำถามขอให้ท่านตอบคำถามที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

1. น้ำหนักตัว ส่วนสูง และค่า BMI ในวันครบกำหนดติดตามการเข้าร่วมโปรแกรม
 น้ำหนักตัว.....Kg ส่วนสูง.....cm BMI.....Kg/m²
2. ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดังต่อไปนี้หรือไม่
 - 2.1 การสูบบุหรี่
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....
 - 2.2 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....
 - 2.3 การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....
 - 2.4 การออกกำลังกาย
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....
 - 2.5 การมีความเครียด
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....
 - 2.6 ชนิดและขนาดของยาทุกชนิดที่รับประทาน นอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต
 - ไม่เปลี่ยนแปลง
 - เปลี่ยนแปลง (โปรดระบุลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น).....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยด้วยกลยุทธ์ห้าเอ

ส่วนที่ 2 สื่อที่ใช้ในแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1. สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint)
2. คู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
3. สมุดบันทึกการรับประทานยา
4. บัตรยา

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ภาคผนวก ง: ส่วนที่ 1 แผนสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยกลยุทธ์ห้าเอ

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
วันแรก (ก่อนเริ่มกิจกรรมตามแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง)	- เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตก่อนคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง	- ประเมินกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการสอบถามตามแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ	- 10 นาที	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการประเมินเพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง - ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างถูกต้องตามแนวปฏิบัติของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของวิทยาลัยแพทยโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (ACC/ AHA) ดังนี้ 1. วัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างจากแขนทั้ง 2 ข้าง 2. ใช้แขนข้างที่สูงกว่าวัดในครั้งต่อไป ทำการวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในแขนข้างที่มีค่าความดันโลหิตที่สูงกว่า 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที และนำค่าที่ได้	- ตอบแบบประเมิน - ให้ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต โดยก่อนวัดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างถ่ายปัสสาวะเรียบร้อย และนั่งพักโดยไม่มีกรพูดคุย 10 นาที ไม่ดื่มชา กาแฟ ไม่ออกกำลังกาย และไม่สูบบุหรี่อย่างน้อย 30 นาที ขณะวัดความดันโลหิต เอาเสื้อผ้าออกจากบริเวณแขนช่วงบน ตำแหน่งที่จะพันสายวัดความดันโลหิต นั่งเก้าอี้ หลังพิงพนัก และวางเท้า 2 ข้างราบกับพื้น ขาไม่ไขว้กัน และไม่พูดคุยขณะวัด วางแขนส่วนล่างบนโต๊ะที่มีพื้นราบ งอข้อศอก และไม่กำมือ	- ร่วมรับฟังการประเมินกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				จากการวัดทั้ง 2 ครั้ง มาหาค่าเฉลี่ย พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างใช้แขนข้างเดียวกันในการวัดในครั้งต่อไป - ผู้ช่วยวิจัยประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		
วันแรก (ก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ตามการพยาบาลปกติ)	- เพื่อแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล - แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย - ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย	- พูดอธิบาย	- 5 นาที	- ผู้วิจัยกล่าวทักทายและแนะนำตัวด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมวิจัยและกิจกรรมต่างๆ ที่จะได้รับตามโปรแกรม และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย - ขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีกครั้งหลังรับยา โดยให้นำยาทั้งหมดที่ได้รับมาด้วย	- ชักถามข้อสงสัย - เช่นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย	- ชักถามข้อสงสัย - เช่นเป็นพยานการเข้าร่วมการวิจัย
วันแรก (หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามการพยาบาลปกติ และรับยาจากห้อง)	- เพื่อประเมินปัญหาและสาเหตุที่แท้จริง ของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอน: 1. การประเมิน(Assess) วิธีการ: - ประเมินกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการ	- 1 ชั่วโมง (รวมขั้นตอนที่ 1-5)	- ผู้วิจัยประเมินข้อมูลส่วนบุคคล - ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดสะท้อนถึงพฤติกรรมมารับประทานยาที่เคยปฏิบัติ ความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการ	- ตอบข้อซักถามและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น - สาธิตการเปิดซองยาและอ่านฉลากยา - ชักถามข้อสงสัย	- ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น - ชักถามข้อสงสัย - รับทราบผลการประเมินความสม่ำเสมอในการ

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
ยาเสรีจ)	- เพื่อประเมินความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา - เพื่อประเมินแหล่งสนับสนุนในการช่วยเหลือเรื่องการจัดตนเองด้านมารับประทานยา	พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น		รักษา ข้อจำกัดและอุปสรรคที่ทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา รวมทั้งความตั้งใจและความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยา โดยใช้คำถามดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ▪ คุณลุง/คุณป้า คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงคืออะไร? มีอาการอย่างไรบ้าง? เกิดจากสาเหตุอะไร? ต้องทำอะไรในการควบคุมโรค? สามารถรักษาได้อย่างไร? ▪ คุณลุง/คุณป้า มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างไรบ้าง? ▪ คุณลุง/คุณป้า รู้สึกอย่างไรบ้างต่อการรับประทานยา? ▪ คุณลุง/คุณป้า มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างไรบ้าง? ▪ คุณลุง/คุณป้า คิดว่าการรับประทานยามีผลดี ผลเสียหรือไม่ อย่างไรบ้าง? ▪ คุณลุง/คุณป้า คิดว่าในการรับประทาน 	- รับทราบผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต	รับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>ยาต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง? และที่ผ่าน มา คุณลุง/คุณป้า มีการปฏิบัติในเรื่อง การรับประทานยาอย่างไรบ้าง?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ที่ผ่านมา คุณลุง/คุณป้า มีปัญหาในเรื่อง การรับประทานยาอย่างไรบ้าง? อะไร คือสาเหตุของปัญหา? มีวิธีการจัดการ กับปัญหาเหล่านั้นอย่างไรบ้าง? สามารถ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่? มีความ ต้องการความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร? มีใคร หรืออะไร ที่คิดว่าสามารถให้การช่วยเหลือใน ปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ้าง? ▪ คุณลุง/คุณป้า คิดว่า การที่ คุณลุง/คุณ ป้ารับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะส่งผล ต่อคุณลุงคุณ/คุณป้า อย่างไรบ้าง? ▪ คุณลุง/คุณป้า พร้อมที่จะแก้ไขปัญหา เรื่องการรับประทานของตนเองมาก น้อยแค่ไหน? 		

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความสามารถและทักษะในการจัดยา - รับฟังสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างพูดอย่างตั้งใจ - สรุปประเด็นปัญหาการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายแยกตามสาเหตุด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและพฤติกรรม รวมทั้งแจ้งผลการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตที่วัดได้ เพื่อเตรียมการสำหรับการให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป 		
วันแรก (หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามการพยาบาลปกติ และรับยาจากห้องยาเสร็จ)	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเรื่องยา - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล เกิดความ 	ขั้นตอน: 2. การแนะนำ (advise) วิธีการ: - ให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ร่วมกับผู้ดูแล (กรณีมีบุคคลใน	- 1 ชั่วโมง (รวมขั้นตอนที่ 1-5)	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้องตามสาเหตุของการขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อและพฤติกรรม (ใช้ชุดข้อมูลการให้คำแนะนำที่แสดงไว้ท้ายตาราง) - กิจกรรมที่ทุกคนได้รับเหมือนกัน ได้แก่ 1. ใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) 	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ อย่างตั้งใจ - ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย - ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมในเรื่องที่สงสัย หรือเรื่องที่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม 	<ul style="list-style-type: none"> - รับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ อย่างตั้งใจ - ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และซักถามข้อสงสัย - ขอคำปรึกษาเพิ่มเติมในเรื่องที่สงสัย หรือต้องการ

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
	ตระหนัก และรับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยา - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการจัดยาได้อย่างถูกต้อง และมีวิธีการป้องกันการลืมรับประทานยาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล	ครอบครัวเป็นผู้ดูแลด้านการรับประทานยา) - สอน สาธิต ให้ฝึกปฏิบัติ		ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของ ความดันโลหิต ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง วิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง อาการของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หลักการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หลักการจัดการตนเองที่ดีในการรับประทานยา หลักการรับประทานยาที่ถูกวิธี วิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา เมื่อแพ้ยา และเมื่อลืมรับประทานยา และวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง 2. มอบบัตรยา (ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ในระหว่างกลุ่มตัวอย่างไปรับยา) พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้บัตรยาและคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาทุก	- ตอบข้อซักถามและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ผู้วิจัยซักถาม - รับฟังการตอบข้อซักถามของผู้วิจัย - รับมอบบัตรยา - ฝึกการใช้บัตรยาและสาธิตการจัดยาที่ได้รับทุกชนิดและทุกมื้อที่ต้องรับประทานในวัน - รับมอบสมุดบันทึกการรับประทานยา - รับฟังคำแนะนำวิธีการบันทึกในสมุดบันทึกการรับประทานยา - รับมอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา - เปรียบเทียบความถูกต้องเหมาะสมของพฤติกรรมมารับประทานยา การเก็บรักษา ยา วิธีการแก้ไข เมื่อเกิดผลข้างเคียง	คำแนะนำเพิ่มเติม - ตอบข้อซักถามและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่ผู้วิจัยซักถาม - รับฟังการตอบข้อซักถามของผู้วิจัย - ดูการฝึกการใช้บัตรยาและสาธิตการจัดยาของกลุ่มตัวอย่าง - รับฟังคำแนะนำวิธีการบันทึกในสมุดบันทึกการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>ชนิดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ</p> <p>3. เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการใช้บัตรยาและสาริตการจดยาที่ได้รับทุกชนิดและทุกมือที่ต้องรับประทานในหนึ่งวัน พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำบัตรยาที่ได้รับวางไว้ในบริเวณบ้านที่สามารถมองเห็นได้ชัด เพื่อเป็นการช่วยเตือนการรับประทานยา</p> <p>4. มอบสมุดบันทึกการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา ได้แก่ เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา ชื่อยา วิธีการรับประทานยา เวลาและจำนวนยาที่รับประทานจริงในแต่ละมือ จำนวนเม็ดยาที่ทิ้ง หรือตกหล่น รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึก</p> <p>5. มอบคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแลนำไปอ่านเพิ่มเติม</p>	จากยา หรือเมื่อลืมรับประทานยาที่ตนเองเคยปฏิบัติกับสิ่งที่ได้เรียนรู้	

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>-แนะนำวิธีการติดตามอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา พร้อมทั้งแนะนำวิธีการบันทึกอาการที่เกิดขึ้นและการแก้ไขลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา</p> <p>- สมมติสถานการณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคิดวิธีในการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา และเมื่อลืมนรับประทานยา โดยยกตัวอย่างยาลดความดันโลหิตที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมา 1 ชนิด และใช้คำถามดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ที่ผ่านมา คุณลุง/คุณป้า รับประทานยาอย่างไร? ยานี้มีผลข้างเคียงอย่างไรได้บ้าง? ถ้าเกิดผลข้างเคียงจากยานี้ คุณลุง/คุณป้า จะทำอย่างไร? ถ้า คุณลุง/คุณป้า ลืมรับประทานยานี้ จะต้องทำอย่างไร? <p>- กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบความถูกต้องเหมาะสมของพฤติกรรมการรับประทานยาและการเก็บรักษายาที่ตนเองเคยปฏิบัติ การเกิดผลข้างเคียงจากยาและวิธีการแก้ไข กับสิ่งที่</p>		

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>ได้เรียนรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนช่วยเหลือด้านการรับประทานยา ได้แก่ การช่วยตรวจสอบความถูกต้องในการรับประทานยา การช่วยกระตุ้นเตือนการรับประทานยา การช่วยติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยา การช่วยตรวจสอบการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา การช่วยจำวันนัด และการช่วยพากลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัด - สอบถามกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเพื่อประเมินความเข้าใจและความรู้ที่ได้รับ - กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ 		
<p>วันแรก</p> <p>(หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามการพยาบาลปกติ)</p>	<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองและเกิด</p>	<p>ขั้นตอน:</p> <p>3. การทำข้อตกลง (agree)</p> <p>วิธีการ:</p>	<p>- 1 ชั่วโมง (รวมขั้นตอนที่ 1-5)</p>	<p>- ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมกรรับประทานยาของตนเองเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้รับและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างร่วมคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมกร</p>	<p>- ประเมินพฤติกรรมกรรับประทานยาของตนเองเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้รับและร่วมคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมกร</p>	<p>-ร่วมคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมกรรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง</p>

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
และรับยาจากห้องยาเสร็จ)	ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้	- ให้คำแนะนำและร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น		<p>รับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของตนเอง</p> <p>- เสนอทางเลือกต่อเป้าหมายที่ควรจะเป็นในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาให้กับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเลือกเป้าหมายของตนเองและให้บันทึกเป้าหมายที่ต้องการลงในสมุดบันทึก</p>	<p>รับประทานยาที่ไม่เหมาะสมของตนเอง</p> <p>- เลือกเป้าหมายตามความสนใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง</p> <p>- บันทึกเป้าหมายที่ต้องการลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา</p>	<p>- ร่วมรับรู้เป้าหมายของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- ช่วยบันทึกเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างเลือกลงในสมุดบันทึกการรับประทานยา</p>
วันแรก (หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลปกติและรับยาจากห้องยาเสร็จ)	<p>- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล เข้าใจถึงวิธีการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติจริง</p> <p>- เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีแผนปฏิบัติการ</p>	<p>ขั้นตอน:</p> <p>4. การช่วยเหลือสนับสนุน (assist)</p> <p>วิธีการ: - พูดอธิบาย ให้คำแนะนำและร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p>	<p>- 1 ชั่วโมง (รวมขั้นตอนที่ 1-5)</p>	<p>- ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งค้นหาทริคที่เฉพาะและเหมาะสมที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา</p> <p>- ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลกำหนดแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลร่วมคิดวิเคราะห์</p>	<p>- ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุทำให้ขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา</p> <p>- รับฟังคำแนะนำและตอบข้อซักถาม</p> <p>- ร่วมกำหนดแผนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง</p> <p>- แสดงแสดงท่าทีที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการ</p>	<p>- ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา</p> <p>- รับฟังคำแนะนำและตอบข้อซักถาม</p> <p>- ร่วมกำหนดแผนการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง</p>

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
	จัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย			- ผู้วิจัยอธิบายและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยให้รับประทานยาเฉพาะที่ได้รับในครั้งนี้อย่างสม่ำเสมอและไม่รับประทานยาใหม่ที่ได้รับ	รับประทานยาที่บ้านตามแผนที่วางไว้	
วันแรก (หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมตามการพยาบาลปกติและรับยาจากห้องยาเสร็จ)	- เพื่อกำหนดแผนในการจัดการกำกับดูแลและติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	ขั้นตอน: 5. การจัดการ (arrange) วิธีการ: - พูดอธิบาย	- 1 ชั่วโมง (รวมขั้นตอนที่ 1-5)	- ผู้วิจัยกำหนดแผนในการจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้หมายเลขโทรศัพท์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และมีการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7 และ 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อประเมินผลการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 8	- รับทราบแผนในการจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเอง และยินดีให้ผู้วิจัยติดตามกำกับดูแล - รับทราบหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัย เมื่อเกิดปัญหา หรือข้อสงสัย	- รับทราบแผนในการจัดการกำกับดูแลและติดตามผลการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และยินดีให้ผู้วิจัยติดตามกำกับดูแลกลุ่มตัวอย่าง - รับทราบหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
วันแรก (หลังกลุ่มตัวอย่างรับยาจากห้องยาเสร็จ)	- เพื่อนับเม็ดยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ	- นับเม็ดยาและบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา	- 5 นาที	- ผู้ช่วยวิจัยนับจำนวนเม็ดยาทั้งหมดที่กลุ่มตัวอย่างได้รับและบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา	- นำยาที่ได้รับจากห้องยามาให้ผู้ช่วยวิจัย	- ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างนำยาที่ได้รับจากห้องยามาให้ผู้ช่วยวิจัย
สัปดาห์ที่ 1-8	- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	- ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านด้วยตนเอง/ มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือสนับสนุน โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษา	ตลอดเวลา	- ให้คำปรึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแลโทรศัพท์มาขอคำปรึกษา - โทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างตามแผนที่วางไว้	- กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่บ้านตามแผนที่วางไว้ประกอบด้วย - การใช้บัตรยา - การใช้ระบบกระตุ้นเตือนการรับประทานยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ เช่น การตั้งเวลาเตือนจากนาฬิกาปลุก การตั้งเวลาเตือนจากโทรศัพท์ หรือการใช้กิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นตัวช่วยเตือน - สังเกตผลข้างเคียงจากยา - ทบทวนความรู้เรื่องโรคและเรื่อง	- ช่วยตรวจสอบความถูกต้องทั้งชนิด เวลา และปริมาณของยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน หรือช่วยจัดยาให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดยารับประทานเองเองได้ - ช่วยเตือนการรับประทานยา - ช่วยบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา - ช่วยสังเกตผลข้างเคียง

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
					<p>ยาจากคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปรียบเทียบผลการปฏิบัติการจัดการตนเองกับเป้าหมายที่วางไว้ - หากการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมคิดวิเคราะห์กับผู้ดูแลเพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข - โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยเมื่อเกิดปัญหาในการจัดการตนเอง 	<p>จากยาที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างให้รับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง - ทบทวนความรู้เรื่องโรคและเรื่องยาจากคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา - ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไข กรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ - โทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยเมื่อ

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
						กลุ่มตัวอย่างเกิดปัญหาในการจัดการตนเอง - ช่วยจำวันนัดและช่วยพา กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ ตามนัด
สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 7	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อติดตามประเมินผล การจัดการตนเองด้าน การรับประทานยาของ กลุ่มตัวอย่าง - เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นใน การจัดการตนเองด้าน การรับประทานยาของ กลุ่มตัวอย่าง - เพื่อปรับแผนปฏิบัติการจัดการตนเองด้าน การรับประทานยาใหม่ อย่างเหมาะสม หาก แผนปฏิบัติเดิมไม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - โทรศัพท์ติดตามกลุ่ม ตัวอย่าง - ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นทาง โทรศัพท์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ครึ่งละ ประมาณ 5-10 นาที 	<p>กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - โทรศัพท์กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล - สอบถามถึงกิจกรรมการจัดการตนเองที่ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติ ให้เปรียบเทียบกับ แผนการปฏิบัติที่เคยร่วมกันกำหนดกับ ผู้วิจัยและผู้ดูแล กล่าวคำชมเชยต่อ กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำได้สำเร็จตาม แผน - สอบถามความสม่ำเสมอในการ รับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาส ให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบผลการปฏิบัติ กับเป้าหมายที่วางไว้ กล่าวคำชมเชยต่อผล การปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างทำได้สำเร็จตาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ตอบข้อซักถามทางโทรศัพท์ - บอกข้อจำกัด อุปสรรคและความ ยุ่งยากที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ กิจกรรมการจัดการตนเอง - เปรียบเทียบการปฏิบัติกับ เป้าหมายที่วางไว้ - รับทราบถึงสิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไขในการจัดการตนเอง - ร่วมคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาและ สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ ตามเป้าหมาย และร่วมกำหนด แนวทางการจัดการตนเองใหม่ - แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างใน การตอบข้อซักถาม - ร่วมคิดวิเคราะห์ถึง ข้อจำกัด อุปสรรคและ ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นใน การปฏิบัติกิจกรรมการ จัดการตนเองของกลุ่ม ตัวอย่าง - รับทราบถึงสิ่งที่ต้องช่วย ให้กลุ่มตัวอย่างปรับปรุง แก้ไขในการจัดการตนเอง - ร่วมคิดวิเคราะห์ถึง ปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถ

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
	สามารถช่วยให้การจัดการตนเองบรรลุตามเป้าหมาย - เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง			เป้าหมาย - สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และปัญหาของผู้ดูแลในการช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง - ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น - สอบถามข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในเรื่องที่สงสัย รวมทั้งเน้นย้ำเรื่องในกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อมีเรื่องที่สงสัย หรือไม่แน่ใจในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง - สรุปเรื่องที่ได้ร่วมกันพูดคุยทั้งหมด ชื่นชมกับสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สรุปสิ่งที่ต้องปรับปรุง และ	ให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้	ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและร่วมกำหนดแนวทางการจัดการตนเองใหม่ - แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>วิธีการแก้ไข พุดให้กำลังใจและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้</p> <ul style="list-style-type: none"> - นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 3 ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสะดวก - กล่าวขอบคุณและกล่าวลากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล <p>กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 - เพิ่มการสอบถามถึงการรับรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และความเชื่อที่เคยเป็นสาเหตุทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่เหมาะสมหรือยังไม่ถูกต้อง - นัดหมายการการโทรศัพท์ติดตามกลุ่ม 		

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>ตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 ตามเวลาที่กลุ่ม</p> <p>กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเช่นเดียวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 - เพิ่มการทบทวนความรู้เรื่องโรคและเรื่องการรับประทานยา กล่าวคำชื่นชมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสามารถอธิบายได้ถูกต้อง และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง - นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 7 ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสะดวก <p>กิจกรรมในสัปดาห์ที่ 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติเช่นเดียวกับกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1, 3 และ 5 - นัดหมายการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่าง 1 วัน ก่อนวันนัดเพื่อติดตามประเมินผลการจัดการตนเองในสัปดาห์ที่ 8 ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสะดวก 		

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
- 1 วันก่อนวันนัดติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8	- เพื่อช่วยเตือนกลุ่มตัวอย่างให้มาตามนัด	- โทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่าง	- 5 นาที	- แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้มาตามนัด รวมทั้งให้นำยาที่เหลือทั้งหมดจากการรับประทานพร้อมกับสมุดบันทึกการรับประทายามาด้วย - หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาพบผู้วิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตไปติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน พร้อมนัดเวลา	- รับทราบการไปตามนัด พร้อมกับนำยาที่เหลือจากการรับประทานและสมุดบันทึกการรับประทายา/ อนุญาตให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมาติดตามประเมินผลที่บ้าน พร้อมบอกเวลาที่ตนเองพร้อม	- รับทราบการให้กลุ่มตัวอย่างไปตามนัด พร้อมกับนำยาและสมุดบันทึกการรับประทายา
- วันสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 8	- เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการจัดการตนเองด้านรับประทายาของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรม - เพื่อแจ้งผลลัพธ์การจัดการตนเองด้านการรับประทายาและแจ้งการสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล	- ประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยการสอบถามตามแบบประเมิน และวัดความดันโลหิต - ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายาโดยการนับเม็ดยา - ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	- 30 นาที	- หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาพบผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปติดตามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน - ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ประเมินกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทายา และนับเม็ดยา พร้อมบันทึกในแบบบันทึกจำนวนเม็ดยา - ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม - ผู้วิจัยสรุปข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับประทายาของกลุ่มตัวอย่าง	- มาติดตามการประเมินผลการจัดการตนเองตามนัด พร้อมกับนำยาที่เหลือทั้งหมดจากการรับประทานและสมุดบันทึกการรับประทายามาด้วย - ให้ผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต - ตอบข้อซักถามตามแบบประเมิน - ร่วมสรุปผลการจัดการตนเองด้านการรับประทายา - ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทายาที่ได้ปฏิบัติ ข้อจำกัดและ	- หากกลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาตามนัด พร้อมกับนำยาที่เหลือทั้งหมดจากการรับประทาน และสมุดบันทึกการรับประทายามาด้วย - ร่วมสรุปผลการจัดการตนเองด้านการรับประทายาของกลุ่มตัวอย่าง - ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรม

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยสรุปผลการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง - ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการ รวมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง - แจ้งผลลัพธ์จากการจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรับทราบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต - กล่าวแสดงความยินดีและชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองจนช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลง - เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์จากการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่อผลลัพธ์ที่สามารถทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้ - ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการมี 	<ul style="list-style-type: none"> อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการตนเอง - ซักถามข้อสงสัยต่างๆ - รับทราบผลลัพธ์ของการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา - รับทราบถึงการสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยและรับการขอบคุณจากผู้วิจัย - รับทราบถึงการต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่กับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และแสดงท่าทีที่แสดงถึงความตั้งใจในการรับประทานยาและปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> การรับประทานยา ข้อจำกัดและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง - ซักถามข้อสงสัยต่างๆ - รับทราบผลลัพธ์ของการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง - รับทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัยและรับการขอบคุณจากผู้วิจัย - รับทราบถึงการต้องช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาอย่าง

ช่วงเวลาของการดำเนินการ	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ วิธีการ	ระยะเวลาที่ใช้	กิจกรรม		
				ผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ดูแล
				<p>พฤติกรรมที่เหมาะสม ควบคู่กับการรับประทานยา เพื่อช่วยควบคุมความดันโลหิต พร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร่วมกับปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรับทราบถึงการสิ้นสุดการวิจัย - กล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสำหรับการให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย 		<p>สม่ำเสมอควบคู่กับการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง</p>

ชุดข้อมูลการให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง

1. คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา

1.1 การขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อลืมนับรับประทานยา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหากลืมนับรับประทานยาให้ปฏิบัติ ดังนี้

1.1.1 หากลืมนับรับประทานยาก่อนอาหารให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่ต้องเป็นตอนที่ท้องว่างเท่านั้น ถ้านึกได้ตอนที่รับประทานอาหารไปแล้วให้รับประทานยาหลังจากรับประทานอาหารไปแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง การรับประทานยาตอนที่ท้องว่างไม่ถึงครึ่งชั่วโมงจะไม่ต่างกับการรับประทานยาหลังอาหารจึงควรข้ามยามื้อที่ลืมนับไป แต่ถ้าเป็นเวลาที่ใกล้กับเวลาที่ต้องรับประทานยาในมื้อถัดไปให้รับประทานยาก่อนอาหารมื้อถัดไปแทนโดยไม่ต้องรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า

1.1.2 หากลืมนับรับประทานยาหลังอาหารให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่ต้องไม่เกิน 15 นาทีหลังรับประทานอาหาร หากนานเกินกว่านั้นให้รับประทานอาหารก่อนแล้วค่อยรับประทานยา แต่ถ้าเป็นเวลาที่ใกล้กับเวลาที่ต้องรับประทานยาในมื้อถัดไปให้รับประทานยาหลังอาหารมื้อถัดไปแทนโดยไม่ต้องรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า

1.1.3 หากลืมนับรับประทานยาก่อนนอนซึ่งผู้ป่วยมักจะนึกได้เมื่อถึงเช้าของวันรุ่งขึ้น จึงไม่ควรรับประทานยานั้นอีก ควรรอให้ถึงเวลาก่อนนอนในคืนถัดไปแล้วจึงรับประทานยา

1.2 การขาดความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาตรงเวลา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าการรับประทานตรงเวลาคือการรับประทานในเวลาเดิมของทุกวัน หรือไม่ควรห่างจากเวลาเดิมที่เคยรับประทานเกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยให้ระดับยาในกระแสเลือดอยู่ในระดับคงที่ ทำให้สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงได้อย่างคงที่ตามไปด้วย

1.3 การขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการเมื่อขาดก่อนวันนัด ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าหากขาดก่อนวันนัด ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ทันทีโดยไม่ปล่อยให้ต้องขาดยา หากมีความจำเป็น หรือไม่สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ผู้ป่วยสามารถไปซื้อยาจากร้านขายยามาใช้ชั่วคราวได้ แต่ต้องนำตัวอย่างยา หรือซองยาที่มีชื่อยาและขนาดยาที่ใช้อย่างชัดเจนไปแสดงเพื่อให้ได้ยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง หากไม่มีตัวอย่างยา หรือไม่มีซองยาที่มีชื่อยาและขนาดยาที่ใช้ให้โทรสอบถามชื่อยาและขนาดยาจากพยาบาลประจำคลินิกที่รักษา

1.4 การเข้าใจว่าอาการปวดศีรษะเป็นอาการที่เกิดจากความดันโลหิตสูงจึงรับประทานยาลดความดันโลหิตเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการปวดศีรษะ หรือเข้าใจว่าการไม่ปวดศีรษะคือการหายจากโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้หยุดการรับประทานยา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มักไม่แสดงอาการ การมีอาการปวดศีรษะจากโรคความดันโลหิตสูงพบได้แค่ส่วนน้อย และการมี หรือไม่มีอาการปวดศีรษะไม่สามารถบ่งบอกถึงการมีระดับความดันโลหิตที่สูงได้ เพราะสิ่งที่จะบอกได้คือการตรวจวัดความดันโลหิตเท่านั้น และถึงแม้จะไม่มีอาการปวดศีรษะก็ไม่ได้หมายความว่าระดับความดันโลหิตที่ปกติ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยต้องมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จะหยุดรับประทานยาไม่ได้แม้จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

1.5 การเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงอยู่ในระดับปกติในระหว่างการรับประทานยาคือการหายจากโรค ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตที่ลดลงเป็นเพราะยาที่ผู้ป่วยรับประทานสามารถ

ควบคุมความดันโลหิตได้ดี หากผู้ป่วยขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาจะทำให้ยาไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างคงที่ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ไตเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในจอประสาทตาและการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น โดยการมีระดับความดันโลหิตที่ยังสูงขึ้นโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก็ยังมีมากขึ้น การลดปริมาณยา หรือหยุดยาที่รับประทานต้องให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณาเท่านั้น

1.6 การเข้าใจว่าการไม่มีอาการ คือ การหายจากโรค หรือการเห็นว่าแม้จะหยุดรับประทานยาในบางครั้งก็พบว่าไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าโดยปกติโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นแม้จะมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ การแสดงอาการมักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงมากจนอยู่ในระดับวิกฤต โดยอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะ อาการเวียนวิงเวียนศีรษะ ขณะเปลี่ยนท่าทาง หรือการมีเลือดกำเดาออกมากผิดปกติ ซึ่งหากปล่อยให้มึระดับความดันโลหิตสูงมากเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิตได้อย่างทันทีทันใด เช่น การเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนบางอย่างจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น การเกิดภาวะไตวาย เส้นเลือดในสมองตีบ หรือการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น มักจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปและอาจต้องใช้ระยะเวลา การหยุดรับประทานยาในบางครั้งจึงอาจยังไม่เห็นผลที่เกิดขึ้นในทันที แต่หากหยุดรับประทานยาแล้วทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและรวดเร็วก็อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกที่ทำให้เกิดการอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือทำให้เสียชีวิตได้

1.7 การเข้าใจว่าไม่ต้องรับประทานยาในวันที่มาเจาะเลือดเพราะต้องงดน้ำและอาหาร ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการต้องงดน้ำและอาหารเพื่อมาเจาะเลือดสามารถรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร หรืออาจเลื่อนเวลาการรับประทานยาในมื้อเช้าได้ และเมื่อเจาะเลือดเสร็จผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและรับประทานยาได้ทันที

1.8 การเข้าใจว่าอาหารที่รับประทานต้องเป็นข้าวเท่านั้น ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการรับประทานหลังอาหารคือการไม่รับประทานยาขณะที่ท้องว่าง ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอย่างอื่นได้โดยไม่ต้องเป็นข้าว

2. คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา

2.1 ความเชื่อว่าการรับประทานยาในปริมาณมาก หรือรับประทานยาเป็นระยะเวลาแล้วจะทำให้มีผลต่อไต หรือตับ ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่ายาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือรักษาโรคร่วมอื่นเป็นยาที่มีการใช้อย่างปลอดภัยกันมาอย่างยาวนาน โอกาสที่ยาจะเกิดผลต่อไต หรือตับเป็นเพียงแค่ส่วนน้อย ซึ่งในการสั่งใช้ยาแพทย์จะช่วยเฝ้าระวังในเรื่องนี้ให้อยู่แล้ว แต่การขาดความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีโอกาสที่จะทำให้เกิดผลเสียได้มากกว่า และยิ่งไปกว่านั้นการปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย หรืออาจทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้

2.2 ความเชื่อต่อประสิทธิภาพของยาอื่นๆ ยาสมุนไพร หรือยาบำรุงมากกว่ายาที่ได้รับจากแพทย์ผู้รักษา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยระมัดระวังเรื่องการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาที่ได้รับจากแพทย์เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดว่ายาอาจทำปฏิกิริยาต่อกันแล้วทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต หรือเสริมฤทธิ์กัน หรืออาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือไม่ ต้องเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ได้รับจากแพทย์เป็นหลัก

2.3 ความเชื่อว่ายาที่ได้รับเป็นยาอันตรายเพราะรับประทานแล้วเกิดอาการข้างเคียง หรือกลัวว่าจะเกิดอาการข้างเคียง ต้องอธิบายผู้ป่วย ดังนี้

2.3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นพบได้เพียงส่วนน้อย แต่ประโยชน์ที่ได้รับจากยามีมาก และอาการข้างเคียงจากยาไม่ได้เกิดกับทุกคน

2.3.2 อธิบายให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา หากเกิดอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการไอ เวียนศีรษะง่าย มึนงง ปัสสาวะบ่อย ไม่ต้องหยุดยาแต่ให้รีบกลับมาพบแพทย์ หรือโทรศัพท์เพื่อสอบถามแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือไม่และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร แต่หากเกิดอาการแพ้ยา เช่น มีผื่น หรือมีอาการคันตามผิวหนัง มีอาการบวมของใบหน้า เปลือกตา หรือริมฝีปาก มีอาการแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่ออก ให้หยุดยาทันทีและให้รีบไปมาแพทย์พร้อมทั้งจดบันทึกชื่อยาที่แพ้ไว้สำหรับเป็นประวัติในการรักษาครั้งต่อไป

2.3.3 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ายาบางชนิดอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ มึนงง หรือไอแห้งๆ ได้ในช่วงแรกของการรับประทาน อาการดังกล่าวไม่ใช่อาการแพ้ยาให้รับประทานยาต่อไปโดยไม่ต้องไม่หยุด หรือลดปริมาณยาเอง เพราะเมื่อร่างกายปรับได้อาการดังกล่าวก็จะทุเลาลง แต่หากรับประทานแล้วยังมีอาการมากจนทนไม่ได้ ให้รีบกลับมาพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนยา

2.4 ความเชื่อว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตเมื่อเป็นไข้จะทำให้อ่อนเพลียมากขึ้น ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การรับประทานยาลดความดันโลหิตเมื่อเป็นไข้ไม่ได้ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย หากจำเป็นต้องรับประทานยาลดไข้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาลดไข้พาราเซตามอล (paracetamol) ได้ หากไม่มีข้อห้ามอื่นๆ โดยยาจะไม่ทำปฏิกิริยากับยาลดความดันโลหิต ผู้ป่วยห้ามหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิต แต่หากอาการไข้ไม่ดีขึ้นควรมาพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

3. คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมรับประทานยา หรือพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

3.1 การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ผู้ป่วยมีปัญหาการรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เพราะไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนในการรับประทานยา หรือไม่ได้วางแผนเรื่องการรับประทานยาเมื่อต้องเดินทาง กรณีที่เกิดจากสาเหตุที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ายาลดความดันโลหิตส่วนใหญ่เป็นยาที่ไม่ระคายเคืองกระเพาะอาหารผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้โดยไม่ต้องสัมพันธ์กับมื้ออาหาร แต่ที่มีการระบุไว้ในฉลากยาว่าให้รับประทานยาหลังอาหารเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจำได้ง่ายขึ้น เพราะฉะนั้นผู้ป่วยสามารถกำหนดเวลาที่รับประทานในแต่ละมื้อได้โดยไม่ต้องรอเวลารับประทานอาหาร การรับประทานยาตรงเวลาจะช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นและช่วยให้มีอายุที่รับประทานไม่ชนกันจนต้องรับประทานยาบางมื้อ ในผู้ป่วยที่มียาต้องรับประทานหลายมื้อ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยควรมีการกำหนดเวลาการรับประทานยาที่แน่นอนในแต่ละมื้อและต้องพยายามรับประทานยาในเวลาเดียวกันทุกวัน หรือคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องมีการเดินทาง ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยวางแผนเรื่องการรับประทานยาร่วมด้วยและต้องแนะนำให้ผู้ป่วยมีการนัดนัดตัวไปด้วยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน เพราะบางครั้งหากผู้ป่วยไม่สามารถกลับบ้านได้ทันตรงเวลาการรับประทานยาผู้ป่วยก็สามารถรับประทานยาได้อย่างตรงเวลาและไม่ต้องขาดการรับประทานยา

3.2 การรับประทานยาผิดเนื่องจากอ่านฉลากยาได้ไม่ชัด หรือไม่อ่านฉลากยา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการอ่านฉลากยา ไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยความเคยชิน หรือโดยการจำโดยไม่อ่านฉลากยา เพราะบางครั้งแพทย์อาจมีการปรับเปลี่ยนยาตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่อ่านฉลากยาที่ได้รับก็อาจทำให้ใช้ยาผิดได้ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้บัตริยาทุกครั้งที่ได้รับประทานยา เพื่อให้สามารถอ่านวิธีการใช้ยาได้ชัดเจน หรือสามารถดูวิธีการใช้โดยใช้รูปภาพในบัตริยาประกอบ

3.3 การรับประทานยาไม่ครบ หรือหยุดรับประทานยาเพราะความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแม้จะต้องรับประทานยาเป็นเวลานานแต่หากผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้ บางครั้งถ้าสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง แพทย์อาจพิจารณาลดปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทาน แต่ในทางกลับกันหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ยาไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ บางครั้งแพทย์อาจต้องมีการปรับปริมาณยาเพิ่ม หรือหากมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นๆ ที่ทำให้ต้องรับประทานยารักษาโรคอื่นเพิ่ม

3.4 จัดเก็บยาไว้หลายที่จึงทำให้ยาหมดก่อนวันนัดและไม่ได้รับประทานยา ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยจัดเก็บยาไว้ที่ใดที่หนึ่ง เมื่อต้องเดินทาง หรือต้องออกนอกบ้านก็ให้นำยาที่เก็บไว้พกติดตัวไปด้วยทุกครั้ง

ภาคผนวก ง

ส่วนที่ 2 สื่อที่ใช้ในแผนสนับสนุนการจัดการตนเอง

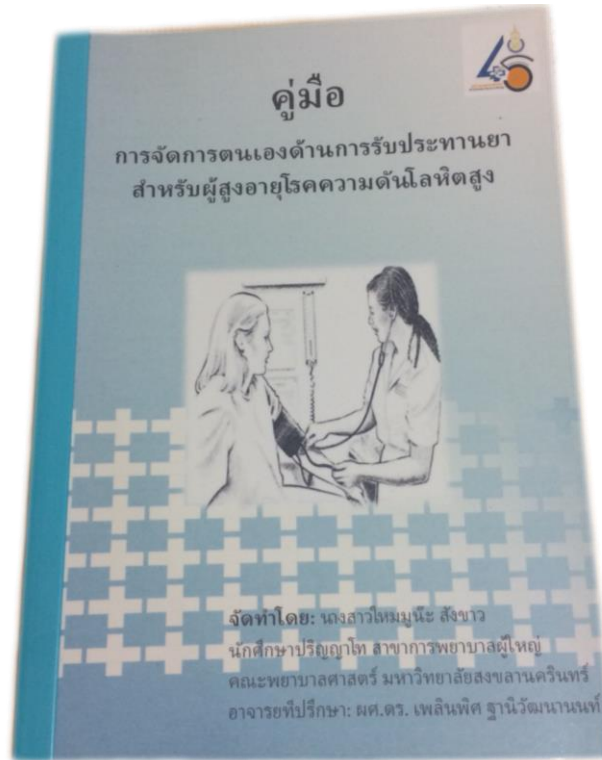
สื่อที่ใช้ในแผนการสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1. ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint)
2. ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา
3. ตัวอย่างสมุดบันทึกการรับประทานยาและการบันทึกเป้าหมายในการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างบัตรยา
4. ตัวอย่างบัตรยา

1. ตัวอย่างสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint)



2. ตัวอย่างคู่มือการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา



2
โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องในสถานพยาบาล มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท²



การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

วิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ต้องปฏิบัติตามนี้³

1. การเตรียมตัวก่อนการวัดความดันโลหิต⁴

☞ ถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย และให้นั่งพักโดยไม่มีกิจกรรมก่อนการวัดมากกว่า 5 นาที

☞ ไม่ดื่มชา กาแฟ ไม่ออกกำลังกาย และไม่สูบบุหรี่ก่อนการวัดอย่างน้อย 30 นาที

3
2. การเลือกเครื่องวัดความดันโลหิต⁵

☞ ในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ควรเลือกใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เพื่อความสะดวกต่อการใช้งาน ควรเป็นเครื่องวัดที่มีหน่วยความจำสำหรับบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้ และต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพและการสอบเทียบเครื่องมือกับมาตรฐานอย่างน้อยปีละครั้ง

☞ เลือกขนาดสายพันที่ใช้วัดความดันโลหิตให้เหมาะสมกับขนาดแขนของผู้สูงอายุ คือ ขนาดของถุงลมที่สายพันต้องสามารถคลุมรอบแขนได้ประมาณร้อยละ 80 หรือเลือกขนาดความยาวของถุงลมที่สายพัน ดังนี้

- ผู้สูงอายุโดยทั่วไป ใช้ขนาด 27-34 เซนติเมตร
- ผู้สูงอายุที่มีรูปร่างผอม ใช้ขนาด 22-26 เซนติเมตร
- ผู้สูงอายุที่มีรูปร่างอ้วน ใช้ขนาด 35-44 เซนติเมตร



ภาพแสดงท่าที่ถูกต้องในการวัดความดันโลหิต

4. ตัวอย่างบัตรยา

กินยาถูกวิธี ชีวิตเป็นสุข		เวลารับประทานยา มือเช้า เวลา 9.00 น. มือเย็นเวลา 17.00 น.				
ชื่อ-สกุล.....		ชื่อยา เมโทโพรลอล		สรรพคุณของยา ช่วยลดความดันโลหิต		
วิธีการใช้ยา รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เช้า และเย็น						
ภาพยา	วิธีการใช้	เวลากินยา				หมายเหตุ
		เช้า	เที่ยง	เย็น	ก่อนนอน	
		 		 		<p>หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้เมื่อใกล้กับเวลาในมือถัดไป ให้รับประทานยาในเวลาของมือถัดไปแทน โดยไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า</p>

ส่วนที่ 3 ตัวอย่างการบันทึกในแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

เลขที่ 6

กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 1 วันที่โทรศัพท์ 19/7/61 เวลา 18.30 น.

ปัญหาอุปสรรคของการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการดูแลช่วยเหลือที่ต้องการ

• ผู้รับประทานยาไม่ครบเวลาตามแผนที่ได้รับ แพทย์แนะนำให้
แต่ไม่สะดวกในรับประทานยา

ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่ให้ และแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดใหม่

- ให้นำยาไปรับประทานในช่วงเวลาที่สะดวกขึ้น เพื่อรับประทานยา
รับประทานตามเวลาที่กำหนดเดิม คือ อาหารเช้า เวลา 9.00 น. ว่างเวลา 18.00 น.
*** นัดหมายครั้งต่อไป วันที่ 2/8/61 เวลา 15.00 น. ***

สัปดาห์ที่ 3 วันที่โทรศัพท์ 2/8/61 เวลา 15.00 น.

ปัญหาอุปสรรคของการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการดูแลช่วยเหลือที่ต้องการ

- ไม่รับประทานยา ซึ่งเดิมเวลารับประทานยาว่าง แต่ครบเวลาทุกวัน
รับประทานยาไม่เกิน 30 นาที

ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่ให้ และแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันกำหนดใหม่

- ให้นำยาไปรับประทานตามแผนที่ได้รับ

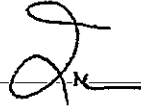
*** นัดโทรครั้งต่อไป 16/8/61 เวลา 14.00 น. ***

ภาคผนวก จ

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย



190


(รศ.นพ.บุญสิน ตั้งตระกูลวิช)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับรอง : 28 มีนาคม พ.ศ. 2561

หมดอายุ : 27 มีนาคม พ.ศ. 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถนนกาญจนวนิชย์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
90110
โทรศัพท์ 074451149, 074451157
โทรสาร 074212900

Ref no. TPzo3-1Quhn-qA6tA-Z42cX-3lseX
มอ 351.7.2/ec.2018032829

	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	AP-027 191
	รหัสโครงการวิจัย: 61-019-19-6	วันที่ประกาศใช้: 19/12/2016
	Version 1.0, 09/Jan/2018	หน้า 1 จาก 3 หน้า

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย /นาง /นางสาว).....นามสกุล.....
 อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 ในโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการรับประทาน
 ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โดยข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัย และ/หรือ ได้รับฟังคำอธิบายจาก นางสาว
 ไหมมูนิะ สังขาน และได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่
 ทำการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ หรือการ
 จัดการหากข้าพเจ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ


และข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า ที่ได้รับจากการวิจัย โดยให้นำเสนอ
 เป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้น แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล ทั้งนี้ข้าพเจ้า สามารถ
 ถอนตัว หรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรับการ
 บริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จาก
 การวิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวไหมมูนิะ สังขาน ได้ที่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง
 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110 หมายเลขโทรศัพท์ 08-1897-5526 หรือ
 074-451475-6 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถ
 ขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะ
 แพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 0-7445-1157 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
 medpsu.ec@gmail.com



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	AP-027 192
	รหัสโครงการวิจัย: 61-019-19-6	วันที่ประกาศใช้: 19/12/2016
	Version 1.0, 09/Jan/2018	หน้า 2 จาก 3 หน้า

ข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อผู้อธิบาย/ ผู้ขอความยินยอม


.....

(นางสาวไหมมูนิะ สังขาว)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

	หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	AP-027 193
	รหัสโครงการวิจัย: 61-019-19-6	วันที่ประกาศใช้: 19/12/2016
	Version 1.0, 09/Jan/2018	หน้า 3 จาก 3 หน้า

กรณีอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้

ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย คือ

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ในฐานะพยาน ว่าอาสาสมัครเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ

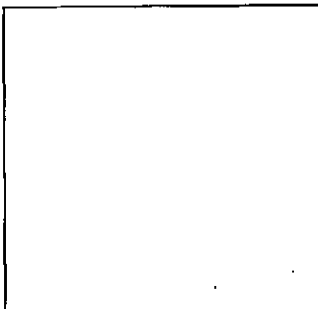
ลงชื่อ วันที่.....

(.....)

(ว/ตด/ปปปป)

พยาน (ผู้อ่านข้อความให้อาสาสมัครฟัง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้ แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา ของ (นาย/นาง/นางสาว).....

(อาสาสมัครผู้ร่วมวิจัย)

ลงชื่อ

วันที่.....

(.....)

(ว/ตด/ปปปป)

พยานคนที่ 1

ลงชื่อ

วันที่.....

(.....)

(ว/ตด/ปปปป)

พยานคนที่ 2



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

28 ส.ค. 2561

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องวัดความดันโลหิต

PM Number ครั้งก่อน PM Number

KPG
MEDICAL EQUIPMENT

Service Dept.
บริษัท เค ที ซี อุปกรณ์การแพทย์ จำกัด
เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ แบบดิจิตอล
KPG Code : ๕๙1๗๐๐๗๕๗

Status

ผ่าน

ไม่ผ่าน

Service Required

ยกเลิกการใช้งาน

หน่วยงาน		วันที่	๔๖ ก.พ. ๖1
ผู้ปฏิบัติงาน	นาย พิชัย พิมพ์กุลกิจโกวิท	เดือนที่ต้องทำครั้งต่อไป	
เครื่องมือที่ใช้	: NIBP Monitor Analyzer Model :		

ขั้นตอนการตรวจสอบ

1. ตรวจสอบเบื้องต้นด้วยสายตา (Visual Inspection)

1.1 การตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์และการทำงานเบื้องต้น

ลำดับ	Pass	Fail	อุปกรณ์ที่ตรวจสอบ	หมายเหตุ	ลำดับ	Pass	Fail	อุปกรณ์ที่ตรวจสอบ	หมายเหตุ
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	โครงสร้างตัวเครื่อง		7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ตัววัดชีพ / จมูกไม่แน่น	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สายไฟ / ปลั๊ก		8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	เบรคเกอร์ / ฟิวส์	
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สายลม / Cuff		9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไซริงค์	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สวิตช์ / Key panel		10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	จอเคลือบมัน	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	แบตเตอรี่ / Charger		11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Start up Self Test	
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	สัญญาณแสง / เสียง		12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	जूวี่ล่ฮาดก่าง ๆ	

ผลการตรวจสอบเบื้องต้น : Result for Service Mode test ผ่าน ไม่ผ่าน (.....)

2. ทำความสะอาดเครื่องและอุปกรณ์ประกอบ ทำ ไม่ได้ทำ

หมายเหตุ

3. การทดสอบหน้าที่ (Function Testing)

3.1 NIBP Monitor Tests

ครั้งที่	Range	บันทึกผล			ผลการทดสอบ
		Systolic	Diastolic	Pulse	
	80/50 (60) , 80 bpm	๔1	50	๔0	<input checked="" type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
	80/50 (60) , 80 bpm	๔0	5๒	๔๐	
	80/50 (60) , 80 bpm	๔๐	53	๔๐	
	120/80 (93) , 80bpm	120	๗9	๔๐	<input checked="" type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
	120/80 (93) , 80bpm	121	๔๐	๔๐	
	120/80 (93) , 80bpm	120	๔๐	๔๐	
	150/100(116),80bpm	150	101	๔๐	<input checked="" type="checkbox"/> ผ่าน <input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน
	150/100(116),80bpm	150	100	๔๐	
	150/100(116),80bpm	151	100	๔๐	

ผลการทดสอบหน้าที่ : Result Function Test ผ่าน ไม่ผ่าน (.....)

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่ง/ความเชี่ยวชาญ
1. ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง
2. ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงศ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
3. พว. สุมาลี วัจนากร	พยาบาลชำนาญการพิเศษ หัวหน้าศูนย์บริการสุขภาพ ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. นพ.ศรัณยู สุวรรณอักษร	อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง
5. ดร.ภญ. อรวรรณ แซ่ลิ้ม	อาจารย์ประจำสาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน และความดันโลหิตสูง)

