

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลนาหม่อม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 200 คน ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา
- ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา
- ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 ราย พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 69 มีอายุระหว่าง 70 ปีขึ้นไป (mean = 71.85) ร้อยละ 55 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.5 และไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 43 อ่านหนังสือออกร้อยละ 51.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50.5 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.5 มีรายได้จากบุตร-หลานร้อยละ 55.5 และมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมี 1-5 คน ร้อยละ 83.5 อาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ร้อยละ 57 เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยบุตร-หลานเป็นผู้พามา ร้อยละ 59.5 และผู้สูงอายุเดินทางมาด้วยตนเอง ร้อยละ 25.5 ดังตาราง 1

ตาราง 1

ความถี่และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 200)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	31.00
หญิง	138	69.00
อายุ (ปี) (mean = 71.58, SD = 7.19, Min = 60, Max = 88)		
60 - 69 ปี	90	45.00
70 - 79 ปี	72	36.00
80 ปีขึ้นไป	38	19.00
สถานภาพสมรส		
คู่	125	62.50
หม้าย / หย่า / แยก	75	37.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	86	43.00
ประถมศึกษา	101	50.50
มัธยมศึกษา	12	6.00
ปริญญาตรี	1	0.50
ความสามารถในการอ่าน		
อ่านหนังสือออก	103	51.50
อ่านหนังสือไม่ออก	97	48.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	101	50.50
เกษตรกร	89	44.50
ค้าขาย	9	4.50
รับจ้าง	1	0.50

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่	ร้อยละ
แหล่งรายได้		
จากบุตร-หลาน	111	55.50
จากเงินบำนาญ	4	2.00
จากมรดก	2	1.00
อื่นๆ จากสวนยาง	83	41.50
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	129	64.50
ไม่เพียงพอ	71	35.50
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (mean = 3.48, SD = 1.93, Min = 1, Max = 10)		
1-5 คน	167	83.50
6-10 คน	33	16.50
บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย		
บุตร-หลาน	114	57.00
ภรรยา /สามี	71	35.50
อื่นๆ คนเดียว	15	7.50
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
มาด้วยตนเอง	51	25.50
บุตร-หลาน พามา	119	59.50
สามี / ภรรยา พามา	13	6.50
อื่นๆ เพื่อน	17	8.50

1.2 ข้อมูลความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีระยะเวลาความเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 2 ปีและมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ปี 7 เดือน ร้อยละ 83.5 ทราบระดับความดันโลหิตของตนเองขณะมาตรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 มีระดับความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและร้อยละ 79.5 มีความดันไดแอสโตลิกมากกว่า

หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท และพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 มีโรคเบาหวานที่พบร่วมด้วย
ดังตาราง 2

ตาราง 2

ความถี่และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย ($N = 200$)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	ความถี่	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (mean = 4 ปี 11 เดือน, SD = 3 ปี 7 เดือน, Min = 4 เดือน, Max = 16 ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี	33	16.50
มากกว่า 2 ปี	167	83.50
การรับรู้ระดับความดันโลหิตของตนเอง		
ทราบ	129	64.50
ไม่ทราบ	71	35.50
ระดับความดันซิสโตลิก (mean = 159.85 , SD = 18.15 , Min = 130, Max = 240)		
มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท	60	30.00
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท	140	70.00
ระดับความดันไดแอสโตลิก (mean = 91.14 , SD = 5.89, Min = 70, Max = 110)		
มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	41	20.50
เท่ากับหรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท	159	79.50
โรคและอาการอื่นๆที่พบ		
โรคเบาหวาน	102	51.00
โรคเส้นเลือดในสมองแตก	31	15.50
โรคหอบและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8	4.00
โรคหัวใจ	8	4.00
อาการปวดเมื่อย	15	7.50
อุบัติเหตุ	4	2.00
ตาบอด	2	1.00

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง การจัดยา และการสังเกตอาการผิดปกติ ดังตาราง 3

ตาราง 3

ความถี่และร้อยละ ของการมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง (N=200)

การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีผู้ดูแล	140	70.00
มีผู้ดูแล	60	30.00

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-9 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.45 (SD = 1.26) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.50 ได้คะแนนเต็ม ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น และร้อยละ 17.50 ได้คะแนนน้อยกว่า 9 ซึ่งหมายถึง มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และพบว่าความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องที่บกพร่องมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถใช้บริการรถขนส่งสาธารณะด้วยตนเอง ร้อยละ 17 ดังตาราง 4

ตาราง 4

ความถี่และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (N=200)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	ความถี่	ร้อยละ
เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน (mean = 2.91, SD = 0.30, Min = 1, Max = 3)		
ใช้รถเข็นและช่วยตนเอง หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง	1	0.50
ต้องการคนช่วยพยุง	16	8.00
เดินได้เอง	183	91.50
ทำหรือเตรียมอาหาร (mean = 1.84, SD = 0.38, Min = 0, Max = 2)		
ทำไม่ได้ / ไม่ได้ทำ	1	0.50
ต้องการคนช่วยทำ	30	15.00
ทำได้เอง	169	84.50

ตาราง 4 (ต่อ)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	ความถี่	ร้อยละ
ทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า (mean = 0.88, SD = 0.32, Min = 0, Max = 1)		
ทำไม่ได้ / ไม่ได้ทำ	24	12.00
ทำได้เอง	176	88.00
ทอนเงิน (mean = 0.99, SD = 0.10, Min = 0, Max = 1)		
ทำไม่ได้	2	1.00
ทำได้เอง	198	99.00
ใช้บริการรถขนส่งสาธารณะ (mean = 1.83, SD = 0.37, Min = 1, Max = 2)		
ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแล	34	17.00
ไปมาเองได้	166	83.00
คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องโดยรวม (mean = 8.45, SD = 1.26, Min = 4, Max = 9)		
คะแนนน้อยกว่า 9	35	17.50
คะแนนเท่ากับ 9	165	82.50

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

ตาราง 5 ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจาย (coefficient of variation [CV]) และค่าความเบ้ของการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีการกระจายของคะแนนไม่มาก ข้อมูลเบ้ไปทางคะแนนมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ภาคผนวก ก ตาราง 8) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก มี 6 ข้อ จาก 9 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้คือ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ความดันขึ้น ๆ ลง ๆ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ถึงแก่ความตายได้ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ เป็นสาเหตุให้การมองเห็นลดลงประสาทตาเสื่อมและมองไม่เห็น การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้เป็นอัมพาต การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้ความจำเสื่อม

ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูงในระดับน้อยมี 3 ข้อ จาก 9 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้คือ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ความดันขึ้น ๆ ลง ๆ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ถึงแก่ความตายได้

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีการกระจายของคะแนนไม่มาก ข้อมูลเบ้ไปทางคะแนนมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ภาคผนวก ก ตาราง 9) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 50 รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมากมี 3 ข้อ จาก 8 ข้อ คือ การรับประทานยาลดความดันโลหิตทำให้ความดันปกติ การรับประทานยาลดความดันโลหิตทำให้อาการปวดมีนศีรษะและท้ายทอยลดลง การรับประทานยาลดความดันโลหิตป้องกันระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงขึ้น

คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา มีการกระจายของคะแนนค่อนข้างมาก ข้อมูลเบ้ไปทางคะแนนน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ภาคผนวก ก ตาราง 10) ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมากมี 3 ข้อ จาก 6 ข้อ คือ การรับประทานยาทุกวันทำให้เบื่อ การรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด และการรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 มื้อ

ตาราง 5

ค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจาย และค่าความเบ้ของการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ($N = 200$)

ตัวแปร	ค่าคะแนน	Min-Max	mean	SD	CV	Skewness
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง	0-18	1-18	11.85	4.65	0.39	- .66
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	0-16	0-16	9.65	4.77	0.49	- .40
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา	0-6	0-4	1.23	1.44	1.17	0.70

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

พฤติกรรมไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ที่พบบ่อย 6 อันดับแรก ซึ่งพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หยุดรับประทานยาเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไปรับยาได้ หยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นและปรับขนาดยาด้วยตนเองตามลำดับ ดังตาราง 6

ตาราง 6

ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาจำแนกตามพฤติกรรม (N=100)

พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา	ร้อยละ
1. ลืมรับประทานยา / รับประทานไม่ครบทุกเม็ด	99.00
2. รับประทานยาไม่ตรงเวลา	89.00
3. หยุดรับประทานยา เนื่องจากยาหมดและไม่สามารถมารับยาได้	83.00
4. หยุดรับประทานยา เมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ	66.00
5. หยุดรับประทานยา เมื่ออาการดีขึ้น	60.00
6. ปรับขนาดยาด้วยตนเอง	53.00
7. นำยาโรคความดันโลหิตของคนอื่นมารับประทาน	31.00
8. ลืมรับประทานยา เมื่อต่อไปจึงรับประทานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า	24.00
9. ซื้อยาลดความดันโลหิตมารับประทาน	18.00
10. หยุดรับประทานยา เมื่อมีอาการข้างเคียงของยา	7.00

ส่วนที่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ค่าไควสแควร์ และค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ ผลการวิเคราะห์พบว่าระดับความดันไตเอสโตลิก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีผู้สูงอายุที่มีระดับความดันไตเอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา หรืออีกนัยหนึ่งผู้ที่มี

ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.60 เท่าของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่าและเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

กลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 9 มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีความบกพร่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.19 เท่าของผู้ที่ไม่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

กลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีผู้สูงอายุที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อยมากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่าของผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก

กลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีผู้สูงอายุที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 3.25 เท่าของผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก

สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา มีผู้สูงอายุที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มากกว่ากลุ่มที่รับประทานยาตามแผนการรักษา หรืออีกนัยหนึ่ง ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา ในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 6.16 เท่าของผู้ที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย

สำหรับเพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันซิสโตลิกและการมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 7

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (N=200)

ตัวแปร	กลุ่มที่ไม่รับประทานยา (N= 100)	กลุ่มที่รับประทานยา (N= 100)	χ^2	Crude OR	95% CI
เพศ					
ชาย	29.00	33.00	0.37 ^{NS}	0.83	0.46 - 1.51
หญิง	71.00	67.00			
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
< 2 ปี	15.00	18.00	0.33 ^{NS}	1.24	0.58 - 2.63
≥ 2 ปี	85.00	82.00			
ระดับความดันซิสโตลิก					
> 140 mm Hg	24.00	36.00	1.17 ^{NS}	0.67	0.33 - 1.38
≤ 140 mm Hg	76.00	64.00			
ระดับความดันไดแอสโตลิก					
> 90 mm Hg	28.00	13.00	6.90 ^{**}	2.60	1.25 - 5.93
≤ 90 mm Hg	72.00	87.00			
การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตของผู้สูงอายุ					
ไม่มี	69.00	71.00	0.09 ^{NS}	0.91	0.49 - 1.65
มี	31.00	29.00			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง					
< 9 คะแนน	12.00	23.00	4.19 [*]	2.19	1.02 - 4.69
≥ 9 คะแนน	88.00	77.00			
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง					
น้อย	35.00	20.00	5.64 ^{**}	2.15	1.13 - 4.08
มาก	65.00	80.00			
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา					
น้อย	52.00	25.00	15.39 ^{***}	3.25	1.78 - 5.92
มาก	48.00	75.00			
การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา					
มาก	16.00	3.00	9.83 ^{**}	6.16	1.73 - 21.87
น้อย	84.00	97.00			

* P < 0.05, ** P < 0.01, *** P < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลนาหม่อม จำนวน 200 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัย ได้อภิปรายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปและมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.5 (ตาราง 1) ซึ่งเป็นไปตาม ลักษณะโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุที่พบจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของกรณิการ์, อารีวรรณ, ชุศรีและพรพรรณ (2538) เรื่องการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ของรังสรรค์, ชันนัตร์ธร และ ชไมพร (2542) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชนบทเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 44.5 มีรายได้จากการประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.5 มีรายได้จากบุตร-หลาน จึงทำให้มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 64.5 และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษาของวารภรณ์, ชไมพรและชันนัตร์ธร (2543) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหลานเพื่อการดำรงชีวิต ในส่วนของ จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่รวมกันประมาณ 1-5 คน และอาศัยอยู่กับบุตร-หลาน โดยบุตร-หลานเป็นบุคคลที่พาผู้สูงอายุมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสภาพสังคม ในต่างจังหวัด เป็นลักษณะของครอบครัวขยาย มีพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย และบุตร-หลาน อยู่รวมกัน มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมากกว่า 2 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของคิงกัสและลาเดนเพรา (Kyngas & Lahdenpera, 1999) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับยาควบคุมความดันโลหิตสูง

ร้อยละ 51 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคเบาหวานร่วมด้วย (ตาราง 2) เป็นผลจากการทำหน้าที่ของไอสเลท ออฟ ลังเกอร์ฮานน์ (islets of langerhan) ในตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง และมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่พบได้ในผู้สูงอายุ (โหมยิต, 2545; จันทนา, 2545) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Phipps, 1999) สอดคล้องกับการสำรวจโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย ปี พ.ศ. 2541 (จันทร์เพ็ญ, 2543) พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรัง ในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป และเป็นหลายโรคร่วมกันพบว่า มีผู้ที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกันถึงร้อยละ 70.8

ข้อมูลเกี่ยวกับการมีผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 72.5 ไม่มีผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยา (ตาราง 1) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีและไม่มีควมจำเป็นต้องพึ่งพาคบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของปีนเนเรศ, รวีวรรณ, วารี, คณิศรและธสมน (2548) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงจนถึงไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่าพฤติกรรมที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่าง 6 อันดับแรกคือ ลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หยุครับประทานยาเนื่องจากยาหมดและไม่สามารถไปรับยาได้ หยุครับประทานยาเมื่อพบว่าระดับความดันโลหิตปกติ หยุครับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น และปรับขนาดยาด้วยตนเอง (ตาราง 6) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า

การลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ครบทุกเม็ดและการรับประทานยาไม่ตรงเวลา เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ น่าจะเป็นผลจากอาการหลงลืมในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทและเซลล์สมองทำงานลดลงในวัยสูงอายุ จึงส่งผลต่อการลืม (Miller, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของชอว์และคณะ (Shaw et al., 1995) พบว่าผู้สูงอายุมีการรับประทานยาคิดขนาดมีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การหยุครับประทานยาเนื่องจากยาหมด อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ด้วยตนเองต้องอาศัยบุตรหลาน ถ้าบุตรหลานไม่ว่างผู้สูงอายุไม่สามารถไปรับยาได้ ทำให้เกิดการรับประทานยาอย่างไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี (2538)

เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุหยุดรับประทานยาด้วยตนเองเมื่อหายหมด

การหยุดรับประทานยาเมื่อพบว่าความดันโลหิตปกติ หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น และการปรับลดขนาดยาด้วยตนเอง อาจเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี (2538) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุหยุดรับประทานยา เพราะคิดว่าหายแล้ว คิดเป็นร้อยละ 56.9

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิต

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกกับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.60 เท่า ของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าและเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของคิงกัสและลาเดนเพรา (Kynge & Lahdenpera, 1999) พบว่าผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทมีพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับหรือต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตซิสโตลิกและพฤติกรรมการรับประทานยาสะท้อนทิศทางของความสัมพันธ์ในลักษณะที่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน่าจะเป็นผลของพฤติกรรมการรับประทานยา

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องกับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.19 เท่า ของผู้ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน น่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีปัญหาสุขภาพมากกว่า จึงมีโอกาสหลงลืมในการรับประทานยามากกว่า และเมื่อหายหมดผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ในการไปรับยาและไปพบแพทย์ หากบุตรหลานไม่ว่างผู้สูงอายุก็ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้เอง ทำให้ขาดการรับประทานยา คล้ายคลึงกับการศึกษาของคูซุยาและคณะ (Kuzuya et al., 2000) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงของการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาเป็น 2.15 เท่า ของผู้ที่รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลรับรู้ความเจ็บป่วยว่ารุนแรง และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก บุคคลนั้นๆ มีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคตามที่แนะนำมากขึ้น หากบุคคลรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองเป็นเรื่องเล็กน้อย ก็จะทำให้บุคคลนั้นๆ ไม่เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของไล, สตีวาร์ท, สตอตต์, ฟรอลิเชอร์ (Li, Stewart, Stotts & Froelicher, 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระดับน้อย ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับน้อย มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าเป็น 3.25 เท่า ของผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก สนับสนุนแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ได้รับการแนะนำว่าจะนำไปสู่การลดภาวะคุกคามจากโรคได้ ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หากบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย ก็จะไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ ในกรณีของการรับประทานยาเช่นเดียวกัน หากผู้ป่วยไม่เห็นประโยชน์ของการรับประทานยา ผู้ป่วยก็จะไม่ใส่ใจและไม่ระมัดระวัง ซึ่งอาจทำให้เกิดการลืมหรือหยุดยาเอง สอดคล้องกับการศึกษาของไล, สตีวาร์ท, สตอตต์, ฟรอลิเชอร์ (Li, Stewart, Stotts & Froelicher, 2006) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำมีพฤติกรรมไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าเป็น 6.16 เท่า ของผู้ที่รับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) กล่าวคือ การที่บุคคลรับรู้ถึงข้อจำกัดหรือผลที่ไม่พึงประสงค์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ก็จะขาดความมุ่งมั่นและเกิดความท้อแท้ เช่นเดียวกับการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาว่า

เป็นเรื่องที่ยู่ยากขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ก็จะทำให้ขาดความมุ่งมั่นและละเลยการรับประทานยาได้แก่ การรับประทานยาวันละหลายมือและจำนวนเม็ดยาที่สูงอายุรับประทาน มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Googyer, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของกุลคาร์นิและคณะ (Kulkarni et al., 2006) ที่พบว่า การรับประทานยาหลายเม็ดและบ่อยครั้ง ซึ่งจัดว่าเป็นอุปสรรคของการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของเกอร์วิทและคณะ (Gurwitz et al., 1993) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต้อเนื้อ พบว่า การรับประทานยามากกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา

สำหรับเพศ ระยะเวลาที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันซิสโตลิก การมีผู้ดูแล เรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา

ในการศึกษานี้เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา โดยทั่วไป เพศหญิง จะมีพฤติกรรมการป้องกันดีกว่าเพศชาย (Becker, 1974 อ้างตามลินจง, 2545) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของโมนานและคณะ (Monane et al., 1996) และ แวน วิค, คลูนเจล, เฮียอิงกและดิโบเออร์ (Van Wijk, Klugel, Heerdink & De Boer, 2006) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปได้ว่าพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่มีประเด็นที่เกี่ยวข้องลักษณะของเพศที่จะกำหนดพฤติกรรม

ระยะเวลาที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 2 ปีกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น โรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 2 ปี มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน โดยหลักของการเรียนรู้และประสบการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นระยะเวลานาน น่าจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่า เพราะจะผ่านการปรับพฤติกรรม และรับเอาเขาเอาการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หลงลืมในขณะที่เดียวกันผู้ที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานอาจเบื่อและหยุดรับประทานยาได้ จากการศึกษาของกุลคาร์นิและคณะ (Kulkarni et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจหยุดรับประทานยา ภายหลังจากได้รับการรักษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี

ระดับความดันซิสโตลิก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันซิสโตลิก และพฤติกรรมการรับประทานยา อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และมีเพียง

ร้อยละ 30 ที่ระดับความดันซิสโตลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนั้นในทางปฏิบัติ ทีมสุขภาพอาจให้ความสำคัญของระดับความดันซิสโตลิกน้อยกว่าระดับความดันไดแอสโตลิก บางครั้งผู้สูงอายุ อาจมีระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันไดแอสโตลิกไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท ทีมสุขภาพอาจไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วย รับทราบ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์เรล, พาร์ค, คิดเดอร์และมาร์ติน (Morrell, Park, Kidder & Martin, 1997) พบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตสูง ไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุ

การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลและไม่มีผู้ดูแลเรื่อง การรับประทานยามีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน โดยหลักการผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล เรื่องการรับประทานยาน่าจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่ไม่มี ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ตาราง 1) ซึ่งเป็นวัยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาคูคนอื่นในการดูแลตนเอง การมีผู้ดูแลหรือไม่มีผู้ดูแล จึงไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนั้นการศึกษานี้ไม่ได้ประเมิน กิจกรรมของผู้ดูแลที่เฉพาะเจาะจง ผู้ดูแลบางคนอาจไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำกับดูแล การ รับประทานยาของผู้สูงอายุก็ได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะระบุว่าไม่มีผู้ดูแลเรื่องการจัดยา ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของบาร์, โซเมอร์, สปิเซอร์และคามาร์โก (Bar, Somers, Speizer & Camargo, 2002) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบ พบว่าการมีผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา

ผลการศึกษาในภาพรวม สนับสนุนแนวความคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ บางส่วนกล่าวคือ ในส่วนของการรับรู้ส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ตัวชี้บ่งการกระทำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ รับประทานยาและการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และในส่วนของปัจจัยร่วม ได้แก่ ระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นตัวแปรที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันซิสโตลิก การมีผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา โรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานยา ผลการวิจัย นี้ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่น ทั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับ การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเท่านั้น