ผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Effects of a Health Belief Model–Based Program on Medication Perception, Medication Adherence, and Blood Pressure among Older Adults with Hypertension.

(Received: June 3,2026 ; Revised: June 8,2026 ; Accepted: June 11,2026)

วรรณา กุลหกูล[1] ขนิษฐา วงษ์สด[1] ผาสุก มั่นคง[2]
Wanna Kulhakul[1] Kanitta Wongsod[1] Phasuk Mankhong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ขณะที่ค่าความดันโลหิตทั้งซีสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .01$) นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา ($r = .68$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิต ($r = -.52$, $p < .01$) เช่นเดียวกับพฤติกรรมการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิต ($r = -.55$, $p < .01$)

คำสำคัญ: การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา, พฤติกรรมการใช้ยา, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Health Belief Model–based program on medication perception, medication adherence, and blood pressure among older adults with hypertension. A two-group pretest–posttest design was employed. The sample consisted of 60 older adults, selected using purposive sampling and equally assigned to an experimental group and a control group (n = 30 each) using time-based allocation. The research instruments included the intervention program, a medication perception questionnaire a medication adherence questionnaire and blood pressure records. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that, after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher medication perception and medication adherence scores compared with their pretest scores ($p < .05$) and those of the control group ($p < .01$). In addition, systolic and diastolic blood pressure levels were significantly reduced compared with the control group ($p < .01$). Medication perception was positively correlated with medication adherence ($r = .68$, $p < .01$) and negatively correlated with blood pressure levels ($r = -.52$, $p < .01$). Medication adherence was also negatively correlated with blood pressure levels ($r = -.55$, $p < .01$).

Keywords: medication perception, medication adherence, hypertension, older adults, Health Belief Model

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม
[2] พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตยังคงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 21 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม[1]

ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยพบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ พบได้ประมาณร้อยละ 25 ของประชากรผู้ใหญ่ และยังพบว่าความชุกของโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไตเรื้อรัง[2] ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการควบคุมระดับความดันโลหิตผ่านการรับประทานยาตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญที่พบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด[3]

จังหวัดสิงห์บุรีมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงร้อยละ 32 ของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์[4] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากมีพฤติกรรมหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการ หรือปรับขนาดยาด้วยตนเอง[5] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการที่อาจส่งผลต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสม เช่น การมองเห็นลดลง การได้รับยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) รวมถึงความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น การเก็บรักษายาไม่เหมาะสม หรือการใช้ยาร่วมกับสมุนไพรโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากยาและการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอธิบายว่าบุคคลจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น[6, 7] ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกรอบแนวคิดดังกล่าวจึงมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยอาศัยกรอบแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์สามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาและการควบคุมโรค[8, 9] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการศึกษาผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพหรือผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น พฤติกรรมการรับประทานยา หรือระดับความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว และยังมีงานวิจัยค่อนข้างจำกัดที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการรับประทานยา และผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้สูงอายุพร้อมกัน โดยเฉพาะในบริบทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิด Health Belief Model ต่อการรับรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการรับประทานยา และระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest–posttest design) โดยไม่ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (non-randomized design) การเลือกใช้รูปแบบการวิจัยดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายใต้สภาพแวดล้อมจริงของการให้บริการสุขภาพ[14] การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยบุคคลจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) รวมถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[10, 11]

ในการศึกษานี้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกพัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการเสริมแรงทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวทางที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[12, 13]

การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในงานวิจัยนี้ครอบคลุมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ โดยพฤติกรรมการใช้ยาประกอบด้วยการตรวจสอบยา การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การเก็บ

รักษายาอย่างเหมาะสม และการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

ผลลัพธ์ของพฤติกรรมการใช้ยาดังกล่าวสะท้อนผ่านการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ของประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพื่อนำไปสู่การปรับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ในการจัดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการจัดกลุ่มตามช่วงเวลาการเข้ารับบริการ (time-based allocation) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือประสบการณ์เกี่ยวกับโปรแกรมระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลา 08.00–10.00 น. และกลุ่มทดลองในช่วงเวลา 10.00–12.00 น.

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง (baseline equivalence) โดยเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระยะเวลาการป่วย ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว การจัดยารับประทานด้วยตนเองหรือผู้ดูแล และระดับความดันโลหิต ค่าคะแนนตัวแปรที่ศึกษาในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test และ chi-square test เพื่อให้มั่นใจว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 419 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ในระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลโพกรวม และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการจัดกลุ่มตามช่วงเวลาการเข้ารับบริการ (time-based allocation)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะความจำบกพร่องที่ส่งผลต่อการตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมโปรแกรม
2. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง≥180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
3. เข้าร่วมการทดลองทางคลินิกอื่นที่อาจมีผลต่อผลการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกัน
4. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α)เท่ากับ .05 และกำหนด

อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 รวมทั้งกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50 ตามเกณฑ์การจำแนกขนาดอิทธิพลทางสถิติ สำหรับการทดสอบ independent t-test ซึ่งใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาป่วย ผู้จัดยาเองให้รับประทาน จำนวนยาที่รับประทาน และระดับความดันโลหิต เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด Health Belief Model (HBM) เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา และการรับรู้อุปสรรคในการใช้ยา แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ 1–5 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงระดับการรับรู้ที่สูงกว่า และข้อคำถามเชิงลบทำการกลับค่าคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ การแปลผลคะแนนใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม และแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 5 ระดับ ตามหลักการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[15]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้งและไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ปฏิบัติประจำเท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งเท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้งเท่ากับ 2 คะแนน และ ไม่เคยปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน และข้อที่เป็นข้อความเชิงลบจะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำไปรวมคะแนน และแบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 5 ระดับ ตามหลักการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย[15]

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตดำเนินการโดยผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัลที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานก่อนการใช้งาน และใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการศึกษาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือ ผู้เข้าร่วมวิจัยพักในท่านั่งอย่างน้อย 5 นาที ก่อนการวัดความดันโลหิต จากนั้นทำการวัดจำนวน 3 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างครั้งละ 1–2 นาที และใช้ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตทั้งสามครั้งในการวิเคราะห์ข้อมูล ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่แนะนำโดยสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการวิจัยทางสุขภาพ ผลการประเมินค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีค่า

เท่ากับ .78 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา มีค่าเท่ากับ .85

ส่วนแบบบันทึกค่าความดันโลหิต ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการวัดตามแนวทางมาตรฐานการวัดความดันโลหิตในงานวิจัยทางคลินิก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง (pre-test) เก็บข้อมูลวันที่ 2 มิถุนายน 2568 เวลา 8.00 – 10.00 น. หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังการทดลอง (post-test) วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป ระยะเวลาห่างจากการนัดครั้งแรก 16 สัปดาห์ (6 ตุลาคม 2568) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตรวจวัดสัญญาณชีพ โดยใช้วิธีเดียวกับครั้งที่ 1 ตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา

ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่กลุ่มควบคุม เพื่อประโยชน์ด้านจริยธรรม

กลุ่มทดลอง วันที่ 2 มิถุนายน 2568 เวลา 10.00 – 12.00 น.

กิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการตรวจวัดสัญญาณชีพโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล และให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยา (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงครอบคลุมการรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคของการใช้ยาโดยใช้การบรรยายและอภิปรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 การฝึกใช้บัตรยา ให้ผู้ป่วยจัดทำบัตรยารายบุคคล ระบุชื่อยา วิธีใช้ และเวลาพร้อมฝึกอธิบายบัตรยาของตนเอง เพื่อประเมินความเข้าใจ และและส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 4 การฝึกปฏิบัติผ่านสถานการณ์จำลอง เป็นการพัฒนาทักษะการใช้ยาในสถานการณ์เสมือนจริง ผู้วิจัยจัดสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบจริงในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ศึกษา เช่น การรับประทานยาในช่วงเวลาเช้า–กลางวัน–เย็น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และสถานการณ์ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การลืมรับประทานยาการรับประทานยาซ้ำ หรือการไม่แน่ใจเกี่ยวกับวิธีใช้ยา ผู้โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับทันที ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

กิจกรรมที่ 5 การติดตามและเสริมแรงภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตาม 1–2 ครั้ง ภายใน 2–4 สัปดาห์ เพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 6 ในวันนัดครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรก 16 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวัดความดันโลหิต โดยใช้วิธีเดียวกับการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยา (post-test) เพื่อนำไปเปรียบเทียบผลก่อน–หลังการทดลอง

การควบคุมคุณภาพการวิจัย

เพื่อควบคุมความเที่ยงตรงภายใน ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1.แยกช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อลดการปนเปื้อนของข้อมูล

2.ใช้เครื่องมือและวิธีการวัดแบบเดียวกันในการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

3.ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันตลอดการศึกษา

4.ตรวจสอบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง

5.กำหนดระยะเวลาการทดลองเท่ากันทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง ของสถิติ t-test ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา กับค่าความดันโลหิตโดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient

6. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยชินวัตร (เลขที่ IRB 2025/40)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 และกลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน (63.42 ± 11.20 และ 65.47 ± 11.05 ปี ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป และเป็นผู้จัดยารับประทานด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) *(n=30)*

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		t(29)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	79.58	12.80	89.60	10.20	2.95	.006	0.86
พฤติกรรมการใช้ยา	76.03	11.30	88.20	11.50	3.20	.003	1.06

ผลลัพธ์	ก่อนได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		หลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)		t(29)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (มม.ปรอท)	146.70	13.80	133.50	12.50	4.20	<.01	0.89
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม. ปรอท)	89.02	9.85	81.95	6.90	6.90	<.01	0.75

**p < .01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมตามแนวคิด กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 2.95, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.86) และมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 3.20, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมากเช่นกัน (Cohen's *d* = 1.06) ค่าความดันโลหิตซีสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 4.20, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.89) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(29) = 6.90, p < .01) โดยมีขนาดอิทธิพล (Effect Size) อยู่ในระดับมาก (Cohen's *d* = 0.75)

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาและค่าความดันโลหิต ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม *(n=30)* และกลุ่มทดลอง *(n=30)*

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (*n*=30)		กลุ่มทดลอง (*n*=30))		t(58)	p	Cohen's d
	Mean	SD	Mean	SD			
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา							
ก่อนทดลอง (pre-test)	78.59	13.74	79.58	12.80	0.82	0.416	0.07
หลังทดลอง (post-test)	79.45	12.58	89.60	10.20	5.92	<.01	0.91
พฤติกรรมการใช้ยา							
ก่อนทดลอง (pre-test)	76.84	12.68	76.03	11.30	0.62	0.538	0.07
หลังทดลอง (post-test)	78.21	10.21	88.20	10.20	6.45	<.01	0.99
ค่าความดันโลหิตซีสโตลิก (มม.ปรอท)							
ก่อนทดลอง (pre-test)	145.30	14.20	146.70	13.80	0.50	0.619	0.10
หลังทดลอง (post-test)	144.80	13.90	133.50	12.50	4.12	<.01	0.89
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)							
ก่อนทดลอง (pre-test)	88.45	10.30	89.02	9.85	0.89	0.377	0.06
หลังทดลอง (post-test)	87.62	9.85	81.95	6.90	6.90	<.01	0.75

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

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และค่าความดันโลหิตทั้งซีสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.92$ และ 6.45, $p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับมาก (Cohen's d = 0.91 และ 0.99) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซีสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.12$ และ 6.90, $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงมาก (Cohen's d = 0.89 และ 0.75) สรุปผลได้ว่าโปรแกรม ที่ได้รับช่วยปรับปรุงการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยากับค่าความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) (n=60)

ตัวแปร	การรับรู้การใช้ยา	พฤติกรรมการใช้ยา	ค่าความดันโลหิต
การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา	1	0.68**	-0.52**
พฤติกรรมการใช้ยา	0.68**	1	-0.55**
ค่าความดันโลหิต	-0.52**	-0.55**	1

**$p < .01$

จากตารางที่ 3 จากตารางพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.68$, $p < .01$) แสดงว่าผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยา ที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.52$ และ -0.55 ตามลำดับ, $p < .01$) แสดงว่าการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมีแนวโน้มสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่ลดลง ซึ่งบ่งชี้ว่าการรับรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้นสามารถช่วยในการควบคุมค่าความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนน การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 79.58 (SD = 12.80) เป็น 89.60 (SD = 10.20) ($t(29) = 2.95$, $p < .01$) และพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 76.03 (SD = 11.30) เป็น 88.20 (SD = 11.50) ($t(29) = 3.20$, $p < .01$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับมาก (Cohen's d = 0.86–1.06) ขณะเดียวกันค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 146.70 เป็น 133.50 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.02 เป็น 81.95 มม.ปรอท สะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้น จะช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(58) = 5.92$, $p < .01$; Cohen's d = 0.91) ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าการเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง

ของโรคและความเสี่ยงช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โปรแกรมที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคและเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวันช่วยให้ผู้เข้าร่วม ตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Mercer & Lam [16] และ Lee et al. [8] ที่พบว่าการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสามารถเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิผล รวมทั้งสอดคล้องกับ Kim et al. [17] และ Zhang et al. [18] ที่รายงานว่าการให้ความรู้สามารถเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม แตกต่างจากการศึกษาของ Al-Noumani et al.[10] ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของรูปแบบโปรแกรม โดยการศึกษาครั้งนี้เน้นการมีส่วนร่วมและการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ในด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t(58) = 6.45$, $p < .01$; Cohen's $d = 0.99$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผน การรักษา โปรแกรมที่ออกแบบให้ลดอุปสรรคในการใช้ยา เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การให้คำแนะนำรายบุคคล และการเชื่อมโยงกับกิจวัตรประจำวัน อาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Ruppar et al.[19] และ Abegaz et al.[20] ที่พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับ การสนับสนุนด้านพฤติกรรมสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม Marcum et al.[21] รายงานว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีหลายโรคร่วม

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 146.70 เป็น 133.50 มม.ปรอท ($t(58) = 4.12$, $p = .001$; Cohen's $d = 0.89$) และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 89.02 เป็น 81.95 มม.ปรอท ($t(58) = 6.90$, $p = .001$; Cohen's $d = 0.75$) ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Burnier & Egan[3] และ Liu et al.[22] ที่รายงานว่าการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาสามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แม้ว่าบางการศึกษา เช่น Bosworth et al. (2018)[23] จะพบว่าการลดความดันโลหิตอาจไม่เกิดขึ้นทันทีหลังการให้ความรู้ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดตามผลและความต่อเนื่องของพฤติกรรมการใช้ยา

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การใช้ยา ($r = .68$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิต ($r = -.52$, $p < .01$) ขณะที่พฤติกรรมการใช้ยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าความดันโลหิต ($r = -.55$, $p < .01$) ผลดังกล่าวสนับสนุนกรอบแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าการรับรู้ที่เหมาะสมจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpakaran et al.[24] ที่รายงานว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป โปรแกรมตามแนวคิด Health Belief Model สามารถส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยา พฤติกรรมการใช้ยา และการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและสนับสนุนการดูแลแบบเฉพาะบุคคล เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการพยาบาลและบริการปฐมภูมิ

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน

การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิ โดยพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้รายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยบริการสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปพัฒนาเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น คลินิกความดันโลหิตสูง โดยบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแล ลดภาวะแทรกซ้อน และ ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ

3. ด้านการพัฒนาบุคลากร สามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในการให้คำแนะนำด้านการใช้ยาและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

4. ด้านการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยขยายระยะเวลาติดตามผล และพัฒนาโปรแกรมร่วมกับเทคโนโลยีหรือการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในระยะยาว

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) และไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม อาจมีตัวแปรแทรกซ้อนที่ควบคุมไม่ได้

2. กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เดียว ทำให้การอ้างอิงไปยังประชากรอื่นมีข้อจำกัด

3. การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาใช้แบบสอบถาม อาจเกิดอคติจากการตอบของกลุ่มตัวอย่าง

4. ระยะเวลาติดตามผลค่อนข้างสั้น (ประมาณ 16 สัปดาห์) จึงอาจยังไม่สะท้อนผลในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ

2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุ

3. ควรบูรณาการโปรแกรมเข้าสู่ระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลการคงอยู่ของพฤติกรรม

2. ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างและศึกษาในหลายพื้นที่เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป

3. ควรใช้การวิเคราะห์ขั้นสูง เช่น ANCOVA หรือ repeated measures เพื่อควบคุมตัวแปรกวน

4. ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น social support ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2023). Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension
2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W, Vathesatogkit P.(2021). Thai National Health Examination Survey VI. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021.
3. Burnier, M., & Egan, B. M.(2019). Adherence in hypertension. Circulation Research. (2019). *124*(7), 1124–1140. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.(2567). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสิงห์บุรี. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี.
5. ศูนย์วิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2563). รายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563. Available from: https://www.dms.go.th
6. Becker, M. H.(1974). The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2, 324–473.

7. Rosenstock, I. M.(1974). Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs. 1974;*2*(4), 328–335.
8. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ.(2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. JAMA. 2006;*296*(21):2563-2571.
9. Tam, H. L., Wong, E. M. L., & Cheung, K.(2020). Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;*17*(7), 2513.
10. Al-Noumani SM, Al-Harrasi M, Jose J, Al-Naamani Z, Panchatcharam SM.(2020). Educational interventions to improve medication adherence in patients with chronic diseases. J Nurs Educ Pract. 2020;*10*(3):45-53. DOI: 10.5430/jnep.v10n3p45
11. Islam, M. T., Arafat, S. M., Chowdhury, A., Orchi, K., Sultana, S., Bushra, T., Islam, M. R., Fatema, K., Khan, M. M. H., & Haque, M. A.(2025). Role of the Health Belief Model in the management of hypertension: A systematic review. Cureus. 2025;*17*(10), e94139. https://doi.org/10.7759/cureus.94139
12. Bandura A.(1997). *Self-efficacy:* The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
13. Rimer BK, Glanz K.(2005). Theory at a glance: A guide for health promotion practice. 2nd ed. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2005. Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/theory.pdf
14. Thyer BA.(2020). The handbook of social work research methods. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2020. doi:10.4135/9781544364902.
15. Best JW, Kahn JV.(2017). Research in education. 10th ed. Boston: Pearson Education; 2017.
16. Wong MCS, Mercer S, Lam AT, et al.(2020). The effectiveness of health education programs for hypertension control: A systematic review. BMC Public Health. 2020;20:456. doi:10.1186/s12889-020-08628-5.
17. Kim SJ, Shin J, Park JB, Kim KI.(2018). Medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients. Hypertension Res. 2018;41(4):268-275.
18. Zhang Y, Li X, Wang Z, Chen H.(2021). Educational intervention for hypertension management: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud**.** 2021;118:103913.
19. Ruppar TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM.(2019). Medication adherence interventions improve heart disease mortality and readmission rates: Systematic review and meta-analysis. Drugs Aging. 2019;36(3):213-223. doi:10.1007/s40266-018-00607-4.
20. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA.(2017). Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96(4):e5641. doi:10.1097/MD.0000000000005641.
21. Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM.(2017). Medication nonadherence: A diagnosable and treatable medical condition. Drugs Aging. 2017;34(3):191-201.
22. Liu X, Zhang Y, Fang S, Zhang J, Wang Y, Zhang Y.(2021). Medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients. J Clin Hypertens (Greenwich). 2021;23(2):321–329. doi:10.1111/jch.14188.
23. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al.(2011). Medication adherence: A call for action. Am Heart J. 2011;162(3):412–424. doi:10.1016/j.ahj.2011.06.007.
24. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T.(2021). Illness perception and health behaviors among patients with chronic diseases. J Health Res. 2022;36(2):215-224. doi:10.1108/JHR-05-2021-0273., 118, 103913.