# ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

# Factors affecting medication use behavior among elderly patients With hypertension in Sa Kaeo Province

(Received: June 26,2026 ; Revised: June 28,2026 ; Accepted: June 30,2026)

**วรรนิภา เกลี้ยงสุวรรณ**[1]
**Wannipa Kiangsuwan**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว เปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 380 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้น มีค่า IOC เท่ากับ 1.00 ความเที่ยงรวม 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60–69 ปี จบระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการใช้ยาระดับมาก ค่าเฉลี่ย 34.62 และควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 79.74 พบระดับการศึกษา อาชีพส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน แต่เพศ อายุไม่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ส่วนระดับความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา กลุ่มพฤติกรรมดีควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มพฤติกรรมไม่ดี ด้านระบบบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรหลักที่มีอิทธิพลเชิงบวกร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการใช้ยา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ระบบบริการสุขภาพ

**Abstract**

The objectives of this descriptive study aimed to investigate personal profiles, medication knowledge, health beliefs, healthcare systems, social support, medication adherence behaviors, and blood pressure levels among elderly patients with hypertension in Sa Kaeo Province. It further compared adherence behaviors and blood pressure levels based on relevant factors, and analyzed the influencing factors to predict medication adherence. The sample consisted of 380 participants. The research instrument was an interview questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence of 1.00 and an overall reliability coefficient of 0.83. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results revealed that the majority of participants were female, aged 60 to 69 years, completed primary education, and engaged primarily in agriculture. The overall medication adherence behavior score was at a high level with a mean of 34.62, and 79.74 percent successfully achieved controlled blood pressure levels. Hypotheses testing demonstrated that educational attainment and primary occupation significantly differentiated medication adherence behaviors, whereas gender and age yielded no significant differences. Furthermore, distinct tiers of knowledge, health beliefs, social support, and healthcare system perceptions significantly altered adherence profiles, showing that the adherent group achieved better blood pressure control than the non-adherent group. Ultimately, healthcare system perceptions and social support emerged as the primary significant positive predictors that co-predicted medication adherence behaviors at a significance level of 0.05. Therefore, the healthcare approach should focus on proactive service delivery integrated with family and Village Health Volunteer networks.

**Keywords :** Elderly Patients with Hypertension, Medication Adherence, Health Belief Model, Social Support, Healthcare Systems

[1] สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว.

**บทนำ**

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสำคัญของโลก ข้อมูลองค์การอนามัยโลก มีประชากรอายุ 30–79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1.28 พันล้านคน เพียงร้อยละ 21 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[1] โรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของโลก ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7,090,976 คน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 65.10 จังหวัดสระแก้ว มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 87,239 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 42,366 คน[2,3] แม้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวทางมาตรฐานทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมการใช้ยา ไม่ถูกต้อง การลืมรับประทานยา การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน รวมถึงข้อจำกัดด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับยา[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ เช่น การศึกษาของชฎากร บุญสิน และคณะ[5] พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขณะที่ DiMatteo[6] พบแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

**สมมติฐานของการวิจัย**

1. พฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้วส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว
3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว

**วิธีการวิจัย**

วิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา รวมถึงพฤติกรรมการใช้ยา ที่มีผลต่อระดับ ความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิต

สูง ในจังหวัดสระแก้ว จัดเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 - เมษายน พ.ศ. 2569 ประยุกต์ใช้แนวคิด Health Belief Model ของ Rosenstock[7] ร่วมกับแนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner et al.[8]

โดยกำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา และระดับความดันโลหิต

**ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว จำนวน 42,347 คน[3] ในหน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล 8 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย จำนวน 112 แห่ง รวม 121 แห่ง ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางของเครจซี่และมอร์แกน[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง 380 คน กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคและการเจ็บป่วย ยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน การดูแลในการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ ระดับความดันโลหิต โดยผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว เท่านั้น ที่ตรงกับคุณลักษณะของตนเอง จำนวน 10 ข้อ

การแปรค่าระดับความดันโลหิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 2 ระดับ[10] คือ ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปการใช้ยา มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ ของ Benjamin Bloom[11] แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้มาก ความรู้ปานกลาง ความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค แบบมาตรวัด การรับรู้ภาวะสุขภาพแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยนำคะแนนมาแปลผลการความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเชื่อทางด้านสุขภาพมาก, ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์แบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์คะแนนเต็มของ Best[12]

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว, จากเพื่อนบ้าน ,จากอาสาสมัครสาธารณสุข และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มาตราส่วน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 5 ระบบบริการสุขภาพ มีจำนวน 8 ข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดระบบบริการสุขภาพแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มีระดับในการวัด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำคะแนนมาแปลผลการเข้าถึงบริการและยา 3 ระดับ การเข้าถึงบริการและยามาก การเข้าถึงบริการและยาปานกลาง และการเข้าถึงบริการและยาน้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้ยา มีจำนวน 8 ข้อ 3 ด้าน คือ การบริหารยา การแสวงหายา และการเก็บรักษายา แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 ระดับ

คือ พฤติกรรมการใช้ยามาก ปานกลาง และน้อย ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ คะแนนเต็มของ Best[12] โดยใช้ค่าพิสัยจากการคำนวณผลต่างของคะแนนสูงสุดกับ คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนช่วงชั้น

**คุณภาพของเครื่องมือ**

การหาค่าความตรง (Validity) นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งได้ค่าความตรง เท่ากับ 1.00

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายประชากรที่ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน และ นำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบ ดังนี้

ส่วนที่ 2 เรื่องของความรู้ในการใช้ยา 1) หาค่าความเที่ยง(Reliability) ในการ ใช้ยาใช้สูตร Kuder–Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยง 0.87 2) การทดสอบหาค่าความยากง่าย วิเคราะห์คุณภาพรายข้อ พบว่า ความยากง่าย (p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.52–0.78 แสดงว่าข้อคำถามส่วนใหญ่อยู่ในระดับค่อนข้างยากถึงปานกลาง ช่วยเพิ่มความแปรปรวนของคะแนนรวม ส่งผลให้แบบสัมภาษณ์มีความเหมาะสม 3) ค่าอำนาจจำแนก (r) พบค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.45–0.67 แสดงว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีค่าจำแนกที่เหมาะสม

ส่วนที่ 2 - 4 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ยามาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบราค (Cronbrach's Alpha coefficient) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงได้ 0.87 แล้ว โดยอยู่ในระดับ 0.83 ถือว่าเหมาะสมที่จะนำไปใช้

**สถิติที่ใช้ในการวิจัย**

1. สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการใช้ยา หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 สถิติ Independent Samples t-test เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล เพศ กับพฤติกรรมการใช้ยา และเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาดี กับ กลุ่มที่พฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี

2.2 One-way ANOVA (F-test) เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา, ช่วงอายุ รายได้, อาชีพ ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพ ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับระบบบริการสุขภาพ กับพฤติกรรมการใช้ยา

2.3 สถิติ Multiple Regression Analysis วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**จริยธรรมวิจัย**

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 หมดอายุวันที่ 29 กันยายน 2569 เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 42/2568

## ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 380 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.74 ช่วงอายุ 60–69 ปี(ผู้สูงอายุตอนต้น) ร้อยละ 80.26 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.84 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.21 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.58 ข้อมูลทางคลินิกและการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 51.84 มีโรคร่วมกัน 2 ชนิด พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.58 และมีโรคร่วม

มากกว่า 3 ชนิด (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมกัน) ร้อยละ 12.63 ด้านชนิดของยาความดัน ส่วนใหญ่ได้รับยา 2 ชนิด ร้อยละ 49.21 รองลงมา 1 ชนิด,3 ชนิด และ 4 ชนิด ร้อยละ 35.00, 12.89 และร้อยละ 2.89 ตามลำดับโดยชนิดของยาความดันโลหิตสูงที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ กลุ่ม Amlodipine ร้อยละ 48.42 ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 100 โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.74 และโรคไขมัน/ลดภาวะไขมันสูง ร้อยละ 12.37 ส่วนใหญ่ดูแลและบริหารจัดการยาด้วยตนเอง ร้อยละ 52.89 มีผู้ดูแลใช้ยาร่วมด้วย ร้อยละ 33.42 และมีผู้ดูแลในกินยา ร้อยละ 13.68 ด้านระดับความดันโลหิตในระยะ 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตควบคุมได้ดี <140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 79.74 และมีระดับความดันโลหิตควบคุมไม่ได้ >=140/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 20.26 ตามลำดับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.21 ทราบว่าการรับประทานยาครั้งละหลายเม็ดโดย ไม่ปรึกษาแพทย์ เภสัชกรอาจทำให้เกิดอันตรายได้ ร้อยละ 87.89 ทางกลับกันไม่ทราบว่าการแกะเม็ดยาออกจากแผงยาแล้วแบ่งใส่ภาชนะบรรจุตลับยา จะทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้ ร้อยละ 40.53

ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 88.42 เฉลี่ย 34.44 คะแนน มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และมีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.89 , 91.32 , 89.74 และ 66.58 ตามลำดับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงดีมากที่สุด ประเด็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากทานยาอย่างต่อเนื่อง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเส้นเลือดในสมองแตกมากกว่าผู้ที่ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ 95.00 การรับรู้ความรุนแรงมากที่สุดประเด็นโรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจส่งผลรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น ร้อยละ 94.21 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับมากที่สุด ประเด็นการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและตรงเวลา ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียง และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การใช้ยาอย่างถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.95 การรับรู้อุปสรรค ที่ควรปรับปรุงมากที่สุด ประเด็นการอ่านฉลากยา ที่ไม่ชัดเจน ตัวหนังสือเล็ก หรือมียาหลายชนิด อาจทำให้สับสนและรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ร้อยละ 90.00

แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.16 คะแนนเฉลี่ย 31.95 แรงสนับสนุนจากครอบครัว จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.32 , 57.11 , 71.05 และ 58.42 ตามลำดับ

ระดับระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่มีระบบบริการสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 76.32 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 23.68

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.26 เฉลี่ย 30.88 คะแนน โดยมีการบริหารยา การแสวงหายา และการเก็บรักษายาในระดับมาก ร้อยละ79.21 , 68.16 และ 70.26 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รูปแบบผู้ดูแลที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่แตกต่างกัน ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ ส่วนระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะโรคร่วม และความซับซ้อนของจำนวนเม็ดยา ส่งผลโดยตรงต่อระดับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุพฤติกรรมการใช้ยาดี (ระดับมากถึงมากที่สุด) ผู้ที่สามารถ

ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ (< 140/90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 88.12 (267 คน) มีเพียงร้อยละ 11.88 ที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี(ระดับปานกลางถึงน้อย) พบผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พุ่งสูงขึ้น ร้อยละ 53.25 (41 คน) ซึ่งสูงกว่าผู้ที่ควบคุมได้สำเร็จในกลุ่มเดียวกันอย่างเห็นได้ชัดเจน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรต้น กับพฤติกรรมการใช้ยา

**ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา** ที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกัน ค่าสถิติทดสอบ F=3.487 และค่า p-value 0.032 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงสุด เฉลี่ย 31.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.61 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความรู้ปานกลางและมีความรู้น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ระดับความเชื่อทางด้านสุขภาพ** ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (t=-2.836, p=0.007) ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเชื่อระดับปานกลางอย่างชัดเจน ค่าเฉลี่ย 31.06

**ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม** ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (t = -4.354, p < 0.001) โดย กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เครือข่ายเพื่อนบ้าน และบุคลากรสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 31.26, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.67

**ระดับระบบบริการสุขภาพ** ส่งผลโดยตรงต่อความแตกต่างของพฤติกรรมการทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -4.523, p < 0.001) กลุ่มผู้สูงอายุที่ประเมินระบบบริการสุขภาพระดับมากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มที่ประเมินระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนน 31.23, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.72

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้ว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F= 13.033, p<0.001) ร้อยละ 12.2 ($R^2$=0.122, Adjusted $R^2$=0.113) พบปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีน้ำหนักอิทธิพลเชิงทำนายบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=0.228, t=4.355, p<0.001) รองลงมาแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทำนายบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05 (Mean=0.197, t=3.565, p<0.001)

**สรุปและอภิปรายผล**

จากการศึกษาวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระแก้ว อภิปรายผลตามประเด็น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60–69 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 34.62 และผลลัพธ์เชิงคลินิกพบว่าผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 79.74 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

2. ผลการทดสอบสมมติฐานการเปรียบเทียบ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับ

ประถมศึกษาและกลุ่มข้าราชการบำนาญมีพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สมใจ และคณะ[13] ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจฉลากยา และตระหนักถึงอันตรายของการไม่รับประทานยาได้ดีกว่า สอดคล้องกับลักษณะอาชีพข้าราชการบำนาญที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจและสิทธิการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Morisky et al.[14] และ Mazzaglia et al.[15] ที่ระบุว่า ผู้ป่วยเพศหญิงและกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย(อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีอัตราความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าเนื่องจากภาวะพึ่งพิงและปัญหาสติปัญญาถดถอย บริบทของจังหวัดสระแก้ว ผู้ป่วยผู้สูงอายุทุกเพศและทุกช่วงอายุได้รับการดูแลภายใต้มาตรฐานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการส่งเสริมสุขศึกษาเชิงรุกที่เท่าเทียมกันจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มิติทางชีวภาพ (เพศและอายุ) ไม่ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่เพศและอายุไม่ทำให้เกิดความแตกต่าง

2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบรายปัจจัย แต่เมื่อวิเคราะห์ในแบบจำลองถดถอยพหุคูณ กลับพบว่าความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามทฤษฎีช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรม (Knowledge-Behavior Gap) และงานวิจัยของ Koren et al.[16] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ลำพังเพียงความรู้เกี่ยวกับโรคและยา (Cognitive Knowledge) ไม่สามารถแปรเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากพฤติกรรมการกินยาเป็นกระบวนการระยะยาวที่ต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองและการสนับสนุนเชิงระบบ ไม่สอดคล้องกับแบบจำลองปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter[17] และงานวิจัยของ สุพัตรา และคณะ[18] ที่อ้างว่าระดับความรู้เป็นปัจจัยส่งอิทธิพลทำนายพฤติกรรมการกินยาโดยตรง ข้อขัดแย้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสระแก้วมีความรู้พื้นฐานดีอยู่แล้ว แต่เหตุผลที่ไม่กินยาไม่ใช่ "ไม่รู้" แต่เกิดจากข้อจำกัดทางกายภาพ เช่น หลงลืม ความซับซ้อนของจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน

2.3 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบรายคู่ แต่ไม่มีอิทธิพลเชิงทำนายในแบบจำลองพหุคูณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kamran et al.[19] ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มักล้มเหลวในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว เนื่องจากโรคนี้เป็น "ฆาตกรเงียบ" ที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) เมื่อผู้สูงอายุทานยาไปสักระยะแล้วรู้สึกว่าตนเองสบายดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะลดลง ส่งผลให้ความเชื่อด้านสุขภาพละลายพฤติกรรมลงและเกิดการหยุดยาเอง

2.4 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกในการร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean= 0.197,p<0.001) สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House[20] และงานวิจัยของ Scheurer et al.[21] ที่พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด บริบทสังคมกึ่งชนบทของจังหวัดสระแก้ว บุตรหลานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนให้แรงสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ เช่น จัดยาให้ ขับรถพาไปพบแพทย์ และเตือนกินยา ซึ่งเป็นกลไกชดเชยความเสื่อมถอยทางร่างกายและความจำของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

2.5 ระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกในการทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของ

ผู้สูงอายุสูงที่สุดในแบบจำลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean=0.228, p<0.001) สอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) และงานวิจัยของ World Health Organization[1] ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการยาเป็นมิติเชิงโครงสร้างที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพงษ์ และคณะ[22] ที่ศึกษาการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนกึ่งชนบท พบว่าการจัดบริการรับยาใกล้บ้านผ่านเครือข่าย รพ.สต.และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทาง การแพทย์ ช่วยลดอุปสรรคเชิงระบบและความเหนื่อยล้าในการเดินทาง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการกินยาอย่างต่อเนื่อง

2.6 พฤติกรรมการใช้ยากับระดับความดันโลหิตพบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างที่สำคัญยิ่ง โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการใช้ยาดี (ระดับมากถึงมากที่สุด) มีอัตราความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีถึง ร้อยละ 88.12 ขณะที่กลุ่มที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดี ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สูงถึง ร้อยละ 53.25 ($X^2$= 58.644, p< 0.001)•สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chownhunt et al.[23] และ Burnier & Egan[24] ในวารสาร The Lancet ที่ยืนยันว่า พฤติกรรมการทานยาที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ (Medication Adherence) เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุ (Causal Factor) อันดับแรกที่กำหนดความเข้มข้นของยาในกระแสเลือดให้อยู่ในระดับการรักษา (Therapeutic Range) ส่งผลให้กลไกทางพยาธิสรีรวิทยา เช่น แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงอย่างคงที่ นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ประสบความสำเร็จ

3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลเชิงทำนาย ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และระบบบริการสุขภาพร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดสระแก้วได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยร่วมกันอธิบายได้ ร้อยละ 12.2 พบปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีน้ำหนักอิทธิพลเชิงทำนายบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ย 0.228 รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทำนายบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าเฉลี่ย 0.197 ชี้ให้เห็นว่า หากระบบบริการสุขภาพพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงง่ายขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน หรือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัวและเครือข่าย อสม. เพิ่มขึ้น 1 หน่วยมาตรฐาน จะส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มขึ้น 0.228 หน่วยและ 0.197 หน่วยมาตรฐาน ตามลำดับ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ความเชื่อทางด้านสุขภาพปรากฏว่าไม่มีอิทธิพลเชิงทำนายต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในแบบจำลองพหุคูณนี้

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้**

จากการค้นพบในแบบจำลองสถิติถดถอยพหุคูณที่ยืนยันว่า ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวกหลักต่อพฤติกรรมการใช้ยาและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเสนอให้นำนวัตกรรมดิจิทัลมาขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

1. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเชิงรุกผ่านกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม โดยสร้างระบบแจ้งเตือนการรับประทานยา นัดหมายอัตโนมัติ ที่เชื่อมต่อไปยังสมาร์ทโฟนของผู้ดูแลในครอบครัวและระบบรายงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อผู้สูงอายุเฉพาะ (ตัวหนังสือขนาดใหญ่ มีเสียงพูด ระบุชื่อยา ภาพเม็ดยาและเวลา)

2. ระบบปรึกษาทางไกลและการขอความช่วยเหลือเมื่อสงสัยว่าแพ้ยา พัฒนาฟังก์ชัน "ปุ่มขอความช่วยเหลือด่วน" และ "คัดกรองอาการแพ้ยาด้วย AI" เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ สามารถกดปุ่มเพื่อถ่ายภาพรอยผื่นหรือระบุอาการเบื้องต้นได้

พร้อมส่งพิกัด GPS บ้านผู้สูงอายุเพื่อการเข้าช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

3. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา จัดทำ "บัตรแพ้ยาดิจิทัล" ซึ่งจะผูกเข้ากับบัตรประจำตัวประชาชน เมื่อพบบันทึกยาที่แพ้ระบบจะส่งสัญญาณเตือน ผู้สั่งจ่ายยา

4. ยกระดับภาคีเครือข่ายชุมชน/พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น "นักจัดการยาดิจิทัลชุมชน" โดยใช้ แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลสุขภาพและรายงานผลความดันโลหิตที่เป็นปัจจุบันเพื่อช่วยกำกับติดตามการใช้ยาของผู้สูงอายุตอนปลายในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างแม่นยำและจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

**ข้อจำกัดและการวิจัยต่อยอดในอนาคต**

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในระยะยาวได้ ควรเน้นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมติดตามการใช้ยาดิจิทัล ควบคู่กับการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกให้สามารถนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการที่ตรงกับวิถีชีวิตจริงของบุคคลได้อย่างแท้จริง

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer.Geneva: World Health Organization; 2023.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุรายจังหวัด ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; 2566.
3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระแก้ว. รายงานจำนวนและอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุแยกรายอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2568. สระแก้ว: ฝ่ายยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์; 2568.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
5. ชฎากร บุญสิน, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, พุฒิพงศ์ มากมาย. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564;15(2):78-91.
6. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol. 2004;23(2):207-18.
7. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328-35.
8. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-44.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
10. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: แนวทางการประเมินและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเชิงคลินิก พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2560.
11. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay Co Inc; 1975.
12. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
13. สมใจ พุทธาพิพัฒน์, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนปฐมภูมิ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2565;16(3):345-58.
14. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54.

15. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino G, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. Circulation. 2009;120(16):1598-605.
16. Koren ME, และคณะ. The knowledge-behavior gap in hypertension management: an analysis of intrapersonal and systemic barriers in elderly outpatients. J Public Health Dev. 2020;18(2):114-26.
17. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
18. สุพัตรา เมืองมณี, และคณะ. อิทธิพลของปัจจัยนำตามกรอบ PRECEDE Model ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):88-101.
19. Kamran A, Azad Rahimi S, Mirzakarimi M, Sharifirad G. Evaluation of Health Belief Model for predicting treatment adherence among hypertensive patients. J Educ Health Promot. 2014;3:32.
20. House JS. Work stress and social support. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley; 1981.
21. Scheurer DB, Choudhry N, Swanton KA, Matlin O, Shrank W. Association between different types of social support and medication adherence. Am J Manag Care. 2012;18(12):e461-7.
22. กิตติพงษ์ ศรีเทียน, และคณะ. การพัฒนาระบบบริการรับยาใกล้บ้านและกลไกการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านระบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิปฏิรูป. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(1):15-28.
23. Chownhunt M, et al. Clinical epidemiological insights into medication adherence and blood pressure control among elderly patients with hypertension. J Public Health Dev. 2022;20(3):145-159.
24. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, and potential solutions. The Lancet. 2019;393(10176):1143-53.