

ปัจจัยทำนaylorรับประทanyayอย่างสม่าเสมอต่อเนือง
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

วิภากรณ วังวรตระกูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2557

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

วิภากรณ์ อัจฉริยะกุล

นางสาววิภากรณ์ อัจฉริยะกุล

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันท์วัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์กนกพร หมูพยัคฆ์,

M.Sc. (Public Health)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติดา ไกรนุวัตร,

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิตติดา ไกรนุวัตร,

Ph.D.(Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2557

วิมลพร หัตถนกุล

นางสาววิภากรณ์ วัชรตระกูล

ผู้วิจัย

สมิทธิ์ สุวรรณรูป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันท์วัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กิริดา ไกรนวัตร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กิริดา ไกรนวัตร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์กนกพร หมูปยัคฆ์,

รองศาสตราจารย์กนกพร หมูปยัคฆ์,

M.Sc. (Public Health)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ปนัดดา ปรียพยอม

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรียพยอม,

M.Sc.(Epidemiology)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล

ฟองคำ ดิลกสกุลชัย

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ที่ได้ให้คำปรึกษาชี้แนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ตลอดจนการสนับสนุนทั้งกำลังใจที่ดีเสมอมา รองศาสตราจารย์กนกพร หมู่พยัคฆ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาชี้แนะและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กิรดา ไกรนุวัตร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ปนัดดา ปริยทฤณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามเครื่องมือ ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลบางใหญ่และโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล และขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศิริพงศ์ เจริญวิทย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช คุณกอบกุล สิทธิชัย หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ให้ทุนการศึกษาและให้ความอนุเคราะห์ในการลาศึกษาต่อครั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้ทุนในการทำวิจัย คณาจารย์ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์และเพื่อนนักศึกษารหัส 53 รวมทั้งเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว น้องชายและครอบครัว สำหรับความห่วงใยและกำลังใจในทุกๆ ด้าน ทำให้ผู้วิจัยมีความพร้อมจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่มีได้เอยนามไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
FACTORS PREDICTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH
ESSENTIAL HYPERTENSION

วิทยากรณ์ วัชรตระกูล 5337361 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (NURSING)

กนกพร หมูพยัคฆ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเพราะมีความชุกสูงและเกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และชะลอการดำเนินของโรค การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 128 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนนทบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 การรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30, 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ และสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของตัวอย่าง ได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .210$, $p < .01$) โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .352$, $p < .01$) รองลงมาคือการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202$, $p < .05$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้ความสนใจในการเพิ่มศักยภาพผู้ป่วยและสื่อสารทำความเข้าใจในการจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยา

คำสำคัญ: การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง / โรคความดันโลหิตสูง / สมรรถนะแห่งตน / การรับรู้อุปสรรค / การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

FACTORS PREDICTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

WIPAPORN WANGWORATRAKUL 5337361 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING), KANOKPORN MOOPAYAK, M.S. (PUBLIC HEALTH)

ABSTRACT

Essential hypertension is a major public health problem because of its high prevalence rate and severity of its complications. Medication adherence enables patients to control their blood pressure levels and prolong the prognosis. The present study aimed at investigating perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication in predicting medication adherence among patients with essential hypertension. The study sample consisted of 128 patients with essential hypertension who sought treatment at primary care units in Bangkok and community hospitals in Nonthaburi province. Data were collected by using an interview format. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis were used for data analysis.

The study findings revealed that medication adherence among patents with essential hypertension was at a low level (at 61%). Perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication were at a moderate level (63.30%, 66.40%, 69.50%, and 69.50%, respectively), and they predicted medication adherence in essential hypertensive patients by 21% with a statistical significance ($R^2 = .210$, $p < .01$). It was found that perceived self-efficacy was the best predictor ($\beta = .352$, $p < .01$), followed by perceived barriers to medication adherence ($\beta = -.202$, $p < .05$).

Based on the study findings, it is recommended that nurses should be aware of the significance of increasing patients' potential and communicating with them to manage problems that obstruct their medication adherence.

KEY WORDS : MEDICATION ADHERENCE/ HYPERTENSION/
SELF-EFFICACY/ PERCEIVED BARRIER TO ACTION /
PATIENT-PROVIDER COMMUNICATION

106 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูป	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
2.1 โรคความดันโลหิตสูง	11
2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)	19
2.3 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	22
2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	25

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
ลักษณะประชากรและตัวอย่าง	31
การคัดเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและตัวอย่าง	32
ลักษณะของแหล่งเก็บข้อมูล	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
เกณฑ์การแปลผลคะแนน	35
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
บทที่ 4 ผลการวิจัย	42
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	42
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา	47
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	49
ต่อเนื่องใน ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	50
บทที่ 5 การอภิปรายผล	52
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	57
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	61
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	70
รายการอ้างอิง	79
ภาคผนวก	86
ประวัติผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิต	12
2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	14
2.3 แนวทางการให้ยาลดความดันโลหิต	15
2.4 ยาลดความดันโลหิตที่ควรใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก	16
2.5 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ	17
4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	43
4.2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	45
4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและ บุคลากรทางการแพทย์	48
4.4 จำนวน ร้อยละ ตามระดับความสม่ำเสมอต่อการรับประทานยา	49
4.5 จำนวน ร้อยละ แต่ละพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อการ	49
4.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ รับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อการในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดที่ไม่ทราบ	50
4.7 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อการในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ	51

สารบัญรูป

รูป		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดการวิจัย	8
2.2	ภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ซึ่งกำหนดซึ่งกันและกัน คือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior: B) สภาพแวดล้อม (Environment: E) สติปัญญาและปัจจัยส่วนบุคคล (Cognitive and Person Factors: P)	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสามคิดเป็น 37.4 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด และอุบัติเหตุ (สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์, 2555) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุดของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 2 ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2540 จำนวน 8,638 ราย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 13 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 18.3 (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2553) ครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2546-2547 จำนวน 39,181 ราย ในกลุ่มประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22 (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549) และในการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 4 ระหว่าง พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.4 ซึ่งลดลงจากการสำรวจครั้งที่ 3 เพียงเล็กน้อย อาจเกิดจากการรณรงค์เฝ้าระวังโรคในช่วงนั้น ในการสำรวจครั้งนี้ พบผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 50.3 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 8.7 ได้รับการรักษาและควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 20.7 และมีเพียงร้อยละ 20.9 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553)

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการชัดเจนในระยะเริ่มแรก แต่มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ไปอย่างช้า ๆ ทำให้ประชาชนที่เริ่มมีพยาธิสภาพของโรคไม่ตรวจเช็คระดับความดันโลหิต เนื่องจากไม่รู้ว่าตัวเองมีความผิดปกติ ทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จนกระทั่งเกิดผลแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก เหนื่อย มือเท้าชา แขนขาเป็นอัมพาต หลอดเลือดสมองตีบหรือแตก หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพ ด้วยเหตุนี้โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” และในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยอาจจะเลยการรักษามาตรฐานให้ถูกต้องตามวิธีการ ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือปล่อยให้ความดันโลหิตสูงนานๆ จะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมและเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง หลอดเลือดตีบ เลือดไปเลี้ยง

อวัยวะต่างๆ ไม่ได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด สมอง ไต และประสาทตา ทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ขาดงาน สูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พิกัดและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Burnier, 2006; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง จึงให้มีการดำเนินโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยทำการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน ในปี พ.ศ. 2552 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการ พบว่าโรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง คือ โรคหัวใจ รองลงมาคือ โรคแทรกซ้อนทางสมอง โรคไต และโรคตา คิดเป็นร้อยละ 27, 23, 22, 18 ตามลำดับ (โสภณ เมฆธน, 2553) เมื่อผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกวิธีหรือละเลยจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้ขาดงาน สูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Burnier, 2006) ทำให้เป็นภาระของรัฐที่ต้องใช้งบประมาณสูงขึ้นในการรักษาพยาบาล ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ปี พ.ศ. 2551 รายงานภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยนอก คิดเป็น 831 บาท/ราย และ 4,586 บาท/ราย สำหรับผู้ป่วยใน ได้มีการประมาณการว่าถ้ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลประมาณ 79,263 ล้านบาทต่อปี (โสภณ เมฆธน, 2553)

เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอัตราการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (สมจิตร หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552) แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งได้ 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไม่เพิ่มรสเค็ม เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ ลดการรับประทานไขมันอิ่มตัวและจำกัดปริมาณไขมัน ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนและลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เลิกสูบบุหรี่ และลดการดื่มสุราที่มากเกินไป (พิระ บุรณะกิจเจริญ, 2553; สมจิตร หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552) และอีกวิธีคือการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การตัดสินใจที่จะใช้ยาลดความดันโลหิตขึ้นกับอยู่กับระดับความดันโลหิตและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม การรักษาอาจจะเริ่มด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดเดียว แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าต้องใช้ยาลดความดันโลหิตตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปเพื่อให้ได้ระดับความ

ดันโลหิตเป้าหมาย (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) โดยต้องประเมินความเสี่ยงในการเกิด CVD ของผู้ป่วยใน 10 ปีข้างหน้าก่อน และจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด CVD สูงและสูงมาก (สมาคมโรคความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2555)

โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรืออาจจะตลอดชีวิต เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สมอง และไต การรับประทานยาในช่วงสั้นๆ ไม่ต่อเนื่อง จะมีผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี และมีโอกาสสูงที่จะมีการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของยา (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจไตและการเสียชีวิต และมีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีดีกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง (Bailey, Wan, Tand, Ghani, & Cushman, 2010) สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 38 (Mazzaglia et al., 2009) ลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง เฉลี่ยร้อยละ 35-40 ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 20-25 ลดการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าร้อยละ 50 (นิตยา พันธุเวชย์และธิดารัตน์ อภิญา, 2554) นอกจากนี้ยังมีผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง (Roumie et al., 2011) และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีถึง ร้อยละ 92 ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่องจะควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ 18 (Burnier, 2006) โดยความดันซิสโตลิกที่ลดลงทุกๆ 5 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 14 และ ร้อยละ 19 จากโรคหลอดเลือดหัวใจและ ร้อยละ 7 จากทุกสาเหตุการตาย (Chobanian et al., 2003) นอกจากนี้ผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ยังมีอัตราเสี่ยงต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Sokol, McGuigan, Verbrugge, & Epstein, 2005)

การรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะหยุดรับประทานยาภายในหนึ่งปี (Vrijens et al., 2008) และผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อติดตามไป 6 เดือนพบว่า มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 18.8 (Mazzaglia et al., 2009) จากการศึกษาในอเมริกาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 51 (WHO, 2003) ในคนแอฟริกันอเมริกันพบอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 58 (Warren-Findlow, Seymour, & Huber, 2011) และจากการศึกษาในประเทศโปรตุเกส พบผู้ที่รับประทานยาสม่ำเสมอ

ต่อเนื่องระดับสูง ร้อยละ 48.2 (Manuel, Sandra, Filipa, Luísa, & Miguel, 2010) สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 87.2 (Naewbood, 2005) ที่เป็นเช่นนี้พบว่า การศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่จะใช้วิธีการวัดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (MEM) หรือแบบสอบถามซึ่งจะมีความเที่ยงตรงแม่นยำมากกว่า แต่สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีการวัดความสม่ำเสมอต่อเนื่องของการรับประทานยาโดยใช้ Visual Analog Scale โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ซึ่งบางครั้งพบว่าผู้ป่วยจะจำหรือนึกได้ลำบากและบางครั้งจะให้ระดับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของตนเองในระดับสูงเนื่องจากต้องการทำให้แพทย์พอใจ (Burnier, 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง เช่น ความเชื่อ การรับรู้ เพศ อายุ ศาสนา เป็นต้น บางงานวิจัย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเพศหญิงจะมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าเพศชาย (Naewbood, 2005) แต่งานวิจัยในประเทศสโลวีได้ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า เพศชายจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าเพศหญิง (Park, Shin, Lee, & Lee, 2008) สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Naewbood, 2005) แต่การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก (สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา, และ นันทวัน สุวรรณรูป, 2554) แต่อย่างไรก็ตาม อายุและเพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการศึกษากับการรับรู้พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานยา มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคมาก จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่า ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อย (สุมาลี วังชนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณี คำจันทร์, 2551) และมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Limpattanasiri, 2004) นอกจากนี้การกลัวอันตรายจากการรับประทานยาไปนานๆ ภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ ค่ายา การเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก การไม่ได้รับความสะดวกขณะที่มารับบริการ ใช้ระยะเวลานานในการรอตรวจ ก็มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Wiwatkunooapakarn, 2001; Punyawantane, 1998; สุมาลี วังชนากร และคณะ, 2551) และการรับรู้ว่าตนเองมีความสะดวกในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (Wiwatkunooapakarn, 2001) จากการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตน

อยู่ในระดับดีมีผลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (Warren-Findlow et al., 2011) และมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Prakobchai, 2010)

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นที่ไม่ใช่เฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง นั่นคือปัจจัยภายนอกหรือสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ (Hill, Miller and DeGeest, 2010) คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การได้รับคำแนะนำต่อเนื่อง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สถานบริการสุขภาพและแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นต้น (Vrijens et al., 2008; Burnier, 2006; Itthakon, 2006; วนิดา ครุฑฤทธิชัย, 2553) รวมถึงการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (Harmon, Lefante and Krousel-Wood, 2006) การที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจกับบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึงการมีเวลาในการให้คำแนะนำ การใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุยและบอกกล่าวอาการของตน การตอบคำถามและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา จะมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Tsiantou, Pantzou, Pavi, Koulierakis and Kyriopoulos, 2010; Hill et al, 2010) จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงในสหรัฐอเมริกา พบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ไม่ว่าจะเป็นกรณีที่แพทย์ไม่ตั้งใจฟังเรื่องราวที่ผู้ป่วยอยากจะทำบอก การไม่กระตุ้นให้ตอบคำถาม หรือซักถามสิ่งที่สงสัย รวมทั้งปฏิกริยาของแพทย์ในการให้คำแนะนำ ล้วนมีผลต่อการบริหารจัดการตนเอง และมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวาน (Matthews, Peden, & Rowles, 2009)

จากที่กล่าวมามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยและปัจจัยภายนอก นั่นก็คือสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งตรงกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Social Cognitive Theory) Bandura (1986) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันขององค์ประกอบ 3 ประการ คือ พฤติกรรม การรับรู้ของบุคคลปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม กล่าวคือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีพื้นฐานมาจากการกำกับตนเองในการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการทางสติปัญญาและการตัดสินใจ จากการสังเกตของตนเองเปรียบเทียบกับมาตรฐานปกติ ร่วมกับการประเมินตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหา หากรู้สึกหรือพบว่างานที่ทำยากลำบาก จะทำให้ละ

ความพยายาม หลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura & Adams, 1977) โดยบุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาสูงและรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาค่ำ จะมีผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และสภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลจากการกระทำของผู้อื่น การพูดคุยจากบุคคลรอบข้าง หรือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่างๆ เช่น วารสาร แผ่นพับ การมีบุคคลให้ความสนใจ มีการกระตุ้นเตือนจากญาติและเพื่อนๆ ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น (พรรณี สงสัย, 2541 ; รัตพร คำทั้ง, นันทวัน สุวรรณรูป, นริศ กิจณรงค์, และนันทิยา วัฒนา, 2554)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญ และงานวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ แต่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเด็นเหล่านี้ยังมีน้อย และผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจะมีความหลากหลายในการวัด ทั้งจากการรับรู้ของผู้ป่วยเอง และการใช้กล่องยาอิเล็กทรอนิกส์ (Medical Event Monitoring System) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการระดับต้น ที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ใกล้ชิดประชาชนทั้งด้านสถานที่ตั้งและความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการ เป็นการให้บริการที่ช่วยให้ประชาชนและผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปและช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งยังมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อประยุต์และปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน และสนับสนุนให้ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และมีการเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ การให้บริการปฐมภูมิโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยที่ผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจวิถีชีวิตของประชาชน มีความรู้ความเข้าใจเทคนิคหรือวิธีการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพกับประชาชนและประยุต์

ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับวิถีชีวิตของประชาชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2553; สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2552)

ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษา ปัจจัยทำนายการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การสังเกตพฤติกรรมของบุคคล ยังต้องใช้กระบวนการการใช้เหตุผล การนึกคิดและการตัดสินใจจากการสังเกตของตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นร่วมกับการประเมินตนเอง โดยใช้ความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1986)

เบนคูรา กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของคนที่เราจะแสดงพฤติกรรม ให้บรรลุเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะกระทำพฤติกรรม นั้นได้สำเร็จซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือ พฤติกรรมของ บุคคล สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นบุคคลรอบข้าง หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะผลของการกระทำที่บุคคลอื่นได้รับ และปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ การรับรู้ ต่างมีปฏิสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน องค์ประกอบทั้ง 3 ต่างมีความสัมพันธ์กันแบบ 2 ทาง และความสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และลักษณะของพฤติกรรม แต่องค์ประกอบ ทั้ง 3 อย่างจะพึ่งพาซึ่งกันและกัน ในการแสดงพฤติกรรม บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ตนเอง สามารถจัดการได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็น ตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถอธิบายการแสดงออกของบุคคลได้อย่างครอบคลุม ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิดในตนเอง ของบุคคลก่อน จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมา นำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปที่ 1.1

ปัจจัยส่วนบุคคล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับประทานยา

พฤติกรรม

การรับประทานยา
อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

สภาพแวดล้อม

การได้รับข้อมูลข่าวสาร
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

รูปที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน คัดเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล

นิยามตัวแปร

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจหรือการตัดสินใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่าสามารถที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของ Limpattanasiri (2004) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับประทานยา ในด้านการรับประทานยาตรงตามเวลาและถูกขนาด การจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและการรับประทานยาต่อเนื่อง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อสิ่งที่ขัดขวาง เป็นอุปสรรค ที่เป็นสิ่งยับยั้งหรือเป็นปัญหาต่อการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับประทานยาของ Chaimun (2009) ในประเด็นของ อาการข้างเคียงของยา ระบบบริการของโรงพยาบาล การเดินทางมารับยา การกินในชีวิตประจำวัน เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ประโยชน์และอาการข้างเคียงต่างๆ จากการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัว และสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือ เอกสารแผ่นพับ วารสารสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือการวิจัยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลรักษาระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำและใช้เวลา ความ

ไว้วางใจ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ตรงตามเวลา และขนาด ไม่ขาดยาบางชนิดหรือบางมื้อ ไม่หยุดยาเอง ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยใช้แบบสอบถามของ Morisky (Morisky Medication Adherence Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 8 คำถาม โดยใช้ลักษณะคำถาม 7 ข้อแรกให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ส่วนข้อที่ 8 เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาวิจัยที่ได้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องมากขึ้น
2. สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปจัดระบบบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยในหน่วยบริการ ทั้งด้านพฤติกรรมบริการ การพูดคุยสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับประทานยา การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

2.1 โรคความดันโลหิตสูง

2.1.1 นิยามของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ / หรือ ความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จากการวัดซ้ำ 2-3 ครั้งในแต่โอกาส และ ห่างกันครั้งละ 5 นาที หลังจากทำการวัด 2-3 โอกาสที่มาพบแพทย์ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

โรคความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ชนิดคือ โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (primary hypertension or essential hypertension) ซึ่งไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบร้อยละ 90-95 และโรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) ซึ่งมีสาเหตุชัดเจน พบร้อยละ 5-10

การจำแนกภาวะความดันโลหิต จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิต

Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Optimal	< 120	and	< 80
Normal	120-129	and/or	80-84
High normal	130-139	and/or	85-89
Grade 1 hypertension	140-159	and/or	90-99
Grade 2 hypertension	160-179	and/or	100-109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension	≥160	and/or	< 90

ที่มา: ESH/ESC Guidelines, 2013

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

คนที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูงมักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดศีรษะ เลือดกำเดาออก โดยไม่ทราบสาเหตุ บางคนมีความดันโลหิตสูงโดยไม่มีอาการ ซึ่งอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ ความเครียด โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 95 ไม่ทราบสาเหตุ การดำเนินของโรคความดันโลหิตสูงจะเริ่มต้นตั้งแต่ปัจจัยทางพันธุกรรม คือ มีบิดา มารดาหรือญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะเครียด การรับประทานโซเดียมมากเกินไป ซึ่งมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด มีการดำเนินโรคไปอย่างช้าๆ เป็นปีๆ จนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นภาวะความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก หากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับความดันโลหิตสามารถกลับมาสู่ปกติได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้พัฒนาต่อเป็นความดันโลหิตสูงอย่างถาวร ซึ่งหากยังดำเนินอยู่ต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา มีการทำลายอวัยวะเป้าหมาย และมีโอกาสเกิดทุพพลภาพหรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควร (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีโอกาสเกิดการทำลายของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ คือ

- **หลอดเลือด** จากการที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิด arteriosclerosis ของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ทำให้เกิดการทำลายอวัยวะและเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้นทำให้เกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดแดง

ขนาดใหญ่ตามมา มีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กโดยเฉพาะหลอดเลือดในสมอง หากหลอดเลือดแดงเหล่านี้แตกจะทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

- **หัวใจ** ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้มีการปรับตัวของเวนตริเคิลซ้ายต่อการทำงานที่เพิ่มขึ้น มีผลให้เวนตริเคิลซ้ายหนาและความตึงตัวเพิ่มขึ้น และความดันโลหิตสูงจะเร่งการเกิด atherosclerosis ของหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่ภาวะหัวใจขาดเลือด (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งอุบัติการณ์จะพบในระยะท้ายๆ (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552) โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีโอกาสเสี่ยง 2 เท่าต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และการเสียชีวิตกะทันหัน และมีโอกาสเสี่ยงถึง 3 เท่าต่อภาวะหัวใจวาย (Kaplan & Victor, 2010)

- **ระบบประสาท** การเกิดความดันโลหิตสูงนานๆ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง และจอตา ทำให้หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบอย่างรวดเร็วและมีเลือดออกในจอตาและหัวประสาทตาบวม ซึ่งทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานตา ตามัว และอาจตาบอดได้ ถ้าลดความดันลงในระดับที่เหมาะสมจะทำให้อาการดีขึ้น การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย หูอื้อ บ้านหมุน ตาพร่ามัวและมึนงง ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีเส้นเลือดอุดตันและเลือดออกในสมอง (สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552)

- **ไต** ความดันโลหิตสูง จะทำให้โปรตีนรั่วเข้ามาในปัสสาวะ ลดอัตราการกรองผ่านโกลเมอรูลัส (GFR) และนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม กลไกที่ความดันโลหิตสูงทำอันตรายไตยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากไตสูญเสียระบบควบคุมตนเองในการลดแรงดันเลือดต่อโกลเมอรูลัส ทำให้แรงดันในโกลเมอรูลัสสูงขึ้นและเกิดการอักเสบและไตเสื่อมสภาพลงเรื่อยๆ

2.2.3 แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องทำทุกราย แม้ในรายที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็อาจป้องกันและชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553; สมจิต หนูเจริญกุลและพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะ

ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดความดันโลหิตได้บ้าง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

วิธีการ	ข้อแนะนำ	ประสิทธิภาพของการลด SBP
การลดน้ำหนัก	ให้ดัชนีมวลกาย (BMI) = 18.5-23 กก/ตร.ม	5-20 มม.ปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม
ใช้ DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertension)	ให้รับประทานผัก ผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว	8-14 มม.ปรอท
จำกัดเกลือในอาหาร	ให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียมต้องน้อยกว่า 100 mmol/วัน (2.4 กรัมโซเดียมหรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์)	2-8 มม.ปรอท
การออกกำลังกาย	ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็วๆ (อย่างน้อย 30 นาที/วัน เกือบทุกวัน)	4-9 มม.ปรอท
งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์	จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 ครั้ง/วัน ในผู้ชาย และ 1 ครั้ง /วัน ในผู้หญิงและในคนน้ำหนักน้อย (1 แก้ว เท่ากับ 44 มล.ของสุรา (40 %) , 335 มล.ของเบียร์ (5%)	2-4 มม.ปรอท

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555

การรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

ก่อนการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตควรประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคหลอดเลือด (CVD) ใน 10 ปีข้างหน้าเสียก่อน และให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง โดยจะเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตทันทีในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสูงและสูงมากเท่านั้น ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 แนวทางการให้ยาลดความดันโลหิต

ความเสี่ยงอื่นๆ	ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)		
	Grade 1 hypertension (SBP 140-159 หรือ DBP 90-99)	Grade 2 hypertension (SBP 160-179 หรือ DBP 100- 109)	Grade 3 hypertension (SBP $\geq$ 180 หรือ DBP $\geq$ 100)
ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ	ปรับพฤติกรรม 2-3 เดือน เริ่มยาเมื่อ ควบคุมความดันไม่ได้	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ เริ่มยาเมื่อ ควบคุมความดันไม่ได้	ปรับพฤติกรรม และ ให้ยาลดความดัน
มี 1-2 ปัจจัยเสี่ยง	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ เริ่มยาเมื่อ ควบคุมความดันไม่ได้	ปรับพฤติกรรม 2-4 สัปดาห์ เริ่มยาเมื่อ ควบคุมความดันไม่ได้	ปรับพฤติกรรม และ ให้เริ่มยาลดความดัน
มีตั้งแต่ 3 ปัจจัยเสี่ยงขึ้นไป MS, TOD หรือโรคเบาหวาน	ปรับพฤติกรรม และ ให้เริ่มยาลดความดัน	ปรับพฤติกรรม และให้ เริ่มยาลดความดัน	ปรับพฤติกรรม และ ให้เริ่ม ยาลดความดัน
เป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ หรือโรคไต	ปรับพฤติกรรม และ ให้เริ่มยาลดความดัน	ปรับพฤติกรรม และให้ เริ่มยาลดความดัน	ปรับพฤติกรรม และ ให้เริ่มยาลดความดัน

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555

หมายเหตุ: TOD -target organ damage , MS - metabolic syndrome

หลักการให้ยาลดความดันโลหิต

- สามารถเริ่มยาลดความดันโลหิตได้ทุกขนาน เพราะผลดีเกิดจากการลดความดันโลหิตเป็นหลัก ยา 4 กลุ่มต่อไปนี้ยาที่นิยมใช้กัน ทั่วโลก คือ ยาขับปัสสาวะ (Diuretic), ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonist), ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI), ยา Angiotension receptor blocker (ARB) แต่สำหรับ ยา ∞ -blocker ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแท้ ยกเว้นในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มหลักได้ แต่สำหรับ β -blocker จะใช้เป็นยาขนานแรกก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น หลังเกิด MI เป็นต้น
- ยาบางกลุ่มมีผลการศึกษาที่แสดงว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในเรื่องการลดอัตราการตายและคุณภาพ จึงแนะนำให้พิจารณาใช้ยาก่อนหน้านี้ก่อน ดังแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.4 ยาลดความดันโลหิตที่ควรใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก

1. ผู้ป่วยที่มีการทำลายอวัยวะแต่ยังไม่มีอาการ	
LVH	ACEIs, CCBs, ARBs
Asymptomatic atherosclerosis	CCBs, ACEIs
Microalbuminuria	ACEIs, ARBs
Renal dysfunction	ACEIs, ARBs
2. ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิก	
Previous stroke	ยาลดความดันโลหิตชนิดใดก็ได้
Previous MI	BBs, ACEIs, ARBs
Angina pectoris	BBs, CCBs
Heart failure	Diuretics, BBs, ACEIs, ARBs, antialdosterone agents
Atrial fibrillation	
Recurrent	ARBs, ACEIs
Permanent	BBs, non-DHP CCBs
ESRD/proteinuria	ACEIs, ARBs, loop diuretics
Peripheral artery disease	CCBs
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะทางคลินิก	
ISH (elderly)	Diuretics, DHP-CCBs
Metabolic syndrome	ACEIs, ARBs, CCBs
Diabetes mellitus	ACEIs, ARBs
Pregnancy	CCBs, methyldopa, BBs

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555

- กรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่าระดับความดันโลหิตเป้าหมาย > 20/10 mmHg ให้เริ่มใช้ยาลดความดันโลหิต 2 ชนิดได้ และควรเป็นกลุ่มยาที่สามารถเสริมฤทธิ์กันได้เมื่อใช้ร่วมกันและยาแต่ละกลุ่มมีผลข้างเคียงที่จำเพาะแตกต่างกัน และมีข้อควรระวังในการใช้ต่างกัน ดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.5 ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในการใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มต่างๆ

ยา	ข้อห้ามใช้	ยา	ข้อควรระวัง
ACEIs, ARBs, DRI	- ตั้งครรภ์	α -blockers	- ภาวะหัวใจล้มเหลว
	- หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ 2 ข้าง หรือตีบข้างเดียวในกรณีที่มีไตข้างเดียว	Clonidine	- อาการที่เกิดจากการหยุดยาฉับพลัน (withdrawal syndrome)
	- ระดับโปแตสเซียมในเลือด > 5.5 มิลลิโมล/ลิตร	Methyldopa	- ตับอักเสบ
	- อัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ภายใน 4 เดือน	Reserpine	- โรคซึมเศร้า - โรคแผลในกระเพาะอาหาร
β -blockers	- AV block (grade 2 หรือ 3) - โรคหอบหืด - โรคหลอดเลือดอุดตัน - โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย	CCBs	- ภาวะหัวใจล้มเหลว
Diuretics	- โรคเก๊าท์		

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555

ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิต (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2553) มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น Hydrochlorothiazide, Indapamide , Furoseminde เป็นต้น โดยออกฤทธิ์ขัดขวางการดูดกลับของโซเดียมและคลอไรด์ทางหลอดฝอยไต ทำให้โซเดียมถูกขับออกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดและ cardiac output ลดลง และทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง นอกจากนี้ Indapamide ยังมีฤทธิ์ในการลดการหนาตัวของผนังเวนตริเคิลซ้าย ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ข้อดีของการใช้ยากลุ่มนี้คือมีราคาถูกและ ลดความดันได้ดีโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

Aldosterone antagonist ยานี้ออกฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน ออกฤทธิ์ยาวนาน 8-12 ชั่วโมง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่าให้ผลดีในการลดอัตราการตาย (พีระ บุรณกิจเจริญ, 2553)

Potassium-sparing agent (Amiloride) จะขัดขวางการดูดกลับโซเดียมที่ distal tubule และส่งผลให้การปล่อยไฮโดรเจนไอออน และโปแทสเซียมไอออนเข้าสู่ tubular lumen ลดลง ข้อควรระวังคือไม่ควรใช้ thiazide ในผู้ที่มีระดับซีรัมครีทรินีนมากกว่า 2 มก./ ดล. เพราะยาจะไม่ออกฤทธิ์ในผู้ที่เคยมีหรือกำลังมีภาวะโซเดียมต่ำในเลือด

กลุ่มที่ 2 ยาปิดกั้นออดรีเนอจิก (Adrenergic inhibitor)

Central α_2 - agonist เช่น Methylopa , Clonidine ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ที่ α_2 - receptor ที่ก้านสมอง ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและอาจเกิดภาวะความดันต่ำขณะยืนได้ (postural hypotension) , ลดแรงต้านทานของหลอดเลือด และ cardiac output เล็กน้อย อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยได้แก่ ง่วงซึม และปากคอแห้ง การหยุดยาทันทีทันใดอาจทำให้ความดันโลหิตกลับมาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

α - adrenergic receptor blocker เช่น prazosin , doxazosin และ terazosin จะทำให้แคลทีคอลเอมีนไปจับกับ α - receptor ไม่ได้ ทำให้หลอดเลือดไม่หดตัว แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลงแต่ไม่เพิ่ม cardiac output ในผู้ที่มีภาวะไตวายความดันโลหิตอาจลดลงมากจึงควรใช้ยาขนาดต่ำก่อน

β -adrenergic receptor blocker หรือ β -blocker เช่น Atenolol , Acebutolol, Metoprolol เป็นต้น ยากลุ่มนี้นิยมใช้รักษาความดันโลหิตสูงรองจากยาขับปัสสาวะ การออกฤทธิ์จะแย่งจับกับ β -adrenergic receptor ทำให้ความดันโลหิตลดลงโดยการลด cardiac output และลดแรงต้านทานของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย ความทนในการออกกำลังกายลดลง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความไวต่ออินซูลินลดลง

Vasodilating β -blocker เช่น Labetalol จะออกฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง α - และ β - receptor ทำให้ความดันโลหิตลดลงโดยการลดแรงต้านทานของหลอดเลือดและมีผลกับ cardiac output น้อยมาก การปิดกั้น β - receptor ทำให้ไม่เกิด reflex tachycardia ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือความดันโลหิตต่ำเมื่อลุกยืน คั่นหน้าศีรษะและภาวะหลอดลมตีบ ที่ร้ายแรงสุดคือ เป็นพิษต่อตับ

กลุ่มที่ 3 Direct vasodilator ยาที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโดยตรง เช่น Nitrate , Hydralazine, minoxidil จะทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตลดลง แต่ทำให้ชีพจร, stroke volume, cardiac output เพิ่มขึ้น มีการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นการหลั่งของเรนิน ซึ่งจะขัดขวางการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้เกิดการคั่งของเกลือซึ่งเกิดตามมาเมื่อความดันโลหิตลดลง ดังนั้นจึงมักมีการให้ β -blocker และยาขับปัสสาวะควบคู่ไปด้วย ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง ใจสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เมื่อใช้ยาในขนาดสูง ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดหลอดเลือดอักเสบที่ผิวหนังหรือที่ไตได้ Minoxidil มีฤทธิ์แรงและนาน

กว่า hydralazine ทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกายได้ง่าย ใช้รักษาความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงในผู้ป่วยที่ไตเสื่อมสมรรถภาพ Nitrate มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลง

กลุ่มที่ 4 ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blocker) เช่น Diltiazem Vrapamil จะออกฤทธิ์โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือดทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว ยา CCB ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น nifedipine จะทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างรวดเร็วอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลงได้ ขณะที่ CCB ที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น amlodipine ,nifedipine GITS จะลดความดันโลหิตแบบค่อยเป็นค่อยไป ผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดจากขนาดยาที่ใช้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ขาและเท้าบวม แต่ไม่ได้เกิดจากการคั่งของเกลือและน้ำ ผู้ที่บวมจากยานี้ น้ำหนักตัวจะไม่เพิ่มขึ้น และไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ

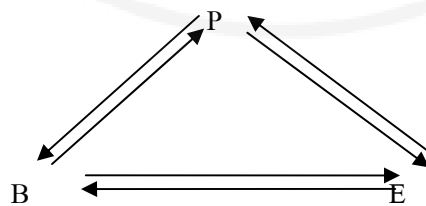
กลุ่มที่ 5 ยาด้าน Angiotensin – converting enzyme inhibitor (ACEI) เช่น Captopril, Enalapril, lisinopri เป็นต้น จะลดความดันโลหิตโดยยับยั้งเอนไซม์ ACE ในการเปลี่ยน Angiotensin I ให้เป็น Angiotensin II ซึ่งเป็นตัวทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การลดลงของ Angiotensin II ยังทำให้การสร้างฮอร์โมน aldosterone ลดลง ลดการดูดกลับของเกลือโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตลดลงและมีผลต่อเนื้อเยื่อที่ผนังหลอดเลือดเออร์ตา ทำให้เออร์ตาขยายตัวเพิ่มขึ้น การสะท้อนกลับของ arterial wave ลดลงและลดการหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว ฤทธิ์ข้างเคียง คือ เมื่อให้ในขนาดสูงในคนแก่ที่มีสมรรถภาพของไตลดลงจะเกิดเม็ดยาตกค้าง ระดับน้ำตาลต่ำในเลือด ไอ ผื่น การรับรสผิดปกติ

กลุ่มที่ 6 Angiotensin –II receptor blocker (ARB) เช่น Saralasin, Losartan Telmisatan เป็นต้น ยาชนิดนี้จะทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง โดยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราเต้นของหัวใจและ cardiac output น้อยมาก ปัจจุบันยา ARB ในประเทศไทยมี 7 ชนิด แต่ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตตามขนาดยาที่เท่าเทียมกันไม่แตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันที่ half- life ฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ สามารถทำให้ไอได้แต่ไม่มากเท่า ACEI

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดورا (Social cognitive theory) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบ 3 ประการ ที่ต่างมีความสัมพันธ์กันแบบ 2 ทาง ต่างก็เป็นปัจจัยกำหนดซึ่งกันและกัน ได้แก่ 1) องค์ประกอบ

ด้านพฤติกรรม 2) การใช้เหตุผลและปัจจัยด้านบุคคล และ 3) สิ่งแวดล้อม ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่ผูกเกี่ยวพันกันไว้ แต่ไม่ได้หมายความว่าแต่ละองค์ประกอบจะมีอิทธิพลที่เท่าเทียมกันหรือมีอิทธิพลในขณะเดียวกันทั้งหมด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างส่วนบุคคลและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ในสถานการณ์ที่ต่างกันสิ่งที่กำหนดจะแตกต่างกันไป (Bandura, 1986) กล่าวคือ บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาก แต่ในบางเวลาปัจจัยภายในตัวบุคคลก็มีอิทธิพลที่ชัดเจนในการกระตุ้นพฤติกรรมการกำกับตนเองได้ การศึกษาที่แยกแยะองค์ประกอบทั้ง 3 จะสามารถอธิบายได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น เช่น การศึกษาระหว่างความคิดกับการกระทำไม่ได้ศึกษาองค์ประกอบภายนอก จะอธิบายได้เพียงบางส่วนในแบบแผนการคิดและปฏิกิริยาทางจิตใจ อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกต้องถูกกระตุ้นหรือจัดกระทำจึงจะเกิดอิทธิพลที่ชัดเจนต่อพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมในที่นี้นอกจากสิ่งแวดล้อมทั่วไปแล้วยังหมายถึงบุคคลรอบข้าง การให้คุณค่าของสังคม และจะส่งผลต่อบุคคลโดยบุคคลจะเกิดการรับรู้เรียนรู้ ผ่านกระบวนการทางความคิด มีการพิจารณาไตร่ตรอง โดยสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการรับรู้และความคิด แล้วบุคคลจึงจะตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร การแสดงพฤติกรรมของบุคคลมาจากการเรียนรู้ แบบดورا เชื่อว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการ ซึ่งอาจจะแสดงออกมาเป็นผลงานหรือการกระทำหรือไม่ก็ได้ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม โดยพฤติกรรมที่มีการตอบสนองต่อการเรียนรู้จะทำให้มีการแสดงออกหรือกระทำพฤติกรรมสม่ำเสมอ เช่น การเรียนรู้จากการสังเกต ผู้เรียนอาจจดจำไว้แต่ไม่แสดงออก แต่เมื่อเขาอยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสม จึงมีการแสดงออกมาหลังจากที่ได้เรียนรู้แล้ว ดังรูปภาพที่ 2



รูปที่ 2.1 ภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ซึ่งกำหนดซึ่งกันและกัน คือ องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior: B) สภาพแวดล้อม (Environment: E) สติปัญญาและปัจจัยส่วนบุคคล (Cognitive and Person Factors: P) (Bandura, 1986)

แบนดูรา (Bandura, 1986) อธิบายลักษณะธรรมชาติของมนุษย์ด้วยลักษณะพื้นฐาน 5 ประการดังนี้

1) ความสามารถในการใช้เป็นสัญลักษณ์ (Symbolizing Capability) เป็นความสามารถในการให้สัญลักษณ์กับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต มีการใช้สัญลักษณ์ด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขและปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมผ่านกระบวนการสัญลักษณ์ผู้คนและทำให้เปลี่ยนประสบการณ์บางอย่างจากรูปแบบภายในส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอนาคต กับแง่มุมของชีวิตในการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ โดยมีการสร้างสัญลักษณ์โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมที่คุ้นเคย มีการสร้างนวัตกรรมของการกระทำมากกว่าจะแก้ไขปัญหา โดยมีการทดสอบและประเมินก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ

2) ความสามารถในการคิดล่วงหน้า (Forethought Capability) เป็นความสามารถในการคิดถึงอนาคตล่วงหน้า ความสามารถในการกระทำโดยเจตนาและเจาะจงเป็นรากฐานในกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ โดยบุคคลจะกำหนดเป้าหมายล่วงหน้า และวางแผนการกระทำ โดยคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในปัจจุบัน เพื่อให้เกิดผลในอนาคตตามที่คาดหวังไว้

3) ความสามารถในการเรียนรู้โดยการสังเกตตัวแบบ (Vicarious Capability) การสังเกตตัวแบบจะทำให้บุคคลมีการดัดแปลงบทบาทสำหรับการแสดงพฤติกรรมต่างๆ กำกับแบบแผนพฤติกรรมตนเองเพื่อให้เกิดการพัฒนาและเอาตัวรอด โดยไม่ต้องเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเองโดยตรง หรือจากการลองผิดลองถูกซึ่งบางครั้งอาจจะทำให้ได้รับอันตรายหรือความเสียหายที่รุนแรงได้

4) ความสามารถในการกำกับตนเอง (Self –Regulatory Capability) การแสดงพฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลเกิดจากแรงจูงใจภายในและการประเมินตนเอง เมื่อประเมินตนเองแล้วพบว่ามีความห่างระหว่างความสามารถกับมาตรฐานในตนเอง จะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการประเมินตนเองและมีอิทธิพลให้เกิดการแสดงพฤติกรรมตามมา สิ่งแวดล้อมภายนอกจะมีอิทธิพลต่อลักษณะของบุคคลมากกว่าการกำกับตนเอง ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการกระทำ ถึงแม้ว่าสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองเป็นบางครั้ง แต่ถึงอย่างไรก็ตามการสนับสนุนจากภายนอกก็สิ่งสำคัญให้บุคคลแสดงพฤติกรรม

5) ความสามารถในการพิจารณาตนเองอย่างไตร่ตรอง (Self-Reflective Capability) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ไตร่ตรองจากประสบการณ์และกระบวนการคิดของตนเอง โดยพิจารณาไตร่ตรองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา สิ่งต่างๆที่ตนเองรู้ โดยมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ

ตรวจสอบความคิดเห็นและปฏิกิริยาของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อสิ่งที่ตนเองกระทำ กล่าวคือการประเมินถึงความสามารถของตนเองจะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ตนเองแสดงพฤติกรรม โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมถ้าประเมินว่าตนเองมีความสามารถ

การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญา และการตัดสินใจจากการสังเกตของตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นร่วมกับการประเมินตนเอง โดยใช้ความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ กล่าวคือ ถึงแม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถอธิบายการแสดงออกของบุคคลได้อย่างครอบคลุม ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิดในตนเองของบุคคลก่อน เบนดูรา กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของคนที่แสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย บุคคลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1997) บุคคลสองคนแม้มีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่ถ้าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะแตกต่างกันได้ และในคนๆ เดียวกันหากอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ต่างกัน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ โดยบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ตนเองสามารถจัดการได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม โดยบุคคลที่ไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะรับรู้ต่ออุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมมาก เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือพบความยากลำบากในการกระทำพฤติกรรม ก็จะทำให้ไม่มีความพยายามและเลิกกระทำในที่สุด

2.3 การรับประทายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับประทายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยอมรับต่อการรักษาด้วยยา ที่สอดคล้องกับความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการรับประทายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจะเป็นในลักษณะของเปอร์เซ็นต์ที่รับประทายต่อช่วงระยะเวลา (Burnier, 2006; WHO, 2003)

การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องนอกจากไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควรแล้ว อาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก พยาบาลนับว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างตามแผนการรักษาของการแพทย์ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

หลักการให้ยา

หลักการให้ยาทั่วไป ประกอบด้วยความต้องการ 5 ประการ (Five rights, 5 R) ดังนี้ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2552; นงลักษณ์ อิงคมณี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, & ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2554)

1. ถูกชนิดและประเภทของยา (Right drug) เพื่อป้องกันไม่ให้ได้รับยาผิดหรือการได้ยาหมดอายุ หรือเสื่อมคุณภาพ
2. ถูกขนาดของยา (Right dose) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการบริหารยาผิด เช่น การได้ยา จาก 1 เม็ด เป็น 2 เม็ด หรือ ลืมรับประทานยา การให้ยาซ้ำ
3. ถูกตัวผู้ป่วย (Right patient) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการจ่ายยา หรือให้ยาผู้ป่วยผิดคน
4. ถูกวิธี (Right method) อาจแบ่งเป็นถูกทาง (Right route) และถูกเทคนิค (Right technique) เป็นการมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาสอดคล้องและปลอดภัยกับวิธีการบริหาร
5. ถูกเวลา (Right time) การให้ยาตรงเวลา หรือใกล้เคียงกับเวลาที่กำหนด เพื่อให้ระดับยาอยู่ในกระแสเลือดในระยะเวลาที่ต้องการ

การประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมีหลายวิธี ซึ่งแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่ๆ (Burnier, 2006) ดังนี้

1. การวัดจากบุคคล เช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วย
 - การใช้แบบสอบถาม ที่นิยมใช้คือ Morisky Medication Taking Behavior Scale ซึ่งมี 4 ข้อคำถามสร้างโดย Donald E. Morisky และได้มีการพัฒนาเครื่องมือมาเป็น Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ซึ่งมีทั้งหมด 8 ข้อคำถามซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Morisky, Ang, Krousel-Wood and Ward, 2008)
 - การใช้ Visual Analog Scale เป็นวิธีที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมายลงไปในเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร ซึ่งไม่มีตัวเลขกำหนดไว้ ตรงตำแหน่งที่ผู้ป่วยคิดว่าตรงกับระดับการรับประทานยาของตนเองมากที่สุด โดยถ้าหากบาทตรงตำแหน่งร้อยมิลลิเมตร หมายถึงมี

การรับประทานยาครบถ้วน ถ้าหากบาทตรงตำแหน่ง 80 มิลลิเมตร คือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง 80 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งหมายถึงมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างน้อยกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง วิธีนี้มีข้อดีคือ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดได้ง่ายที่สุดและใช้เวลาไม่มาก แต่ข้อเสียคือความเที่ยงตรงแม่นยำ (Naewbood, 2005)

การวัดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน บางครั้งอาจไม่ถูกต้องหรือแม่นยำ เนื่องจากเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะระลึกหรือจำได้ และบางครั้งผู้ป่วยต้องการตอบเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์พอใจ

2. การวัดโดยตรง เช่น การวัดระดับยาจากของเหลวในร่างกาย การวัดระดับยาโดยวิธีนี้มักใช้ในการวัดระดับยาบางชนิด เช่น ยาแก้ปวด โดยการวัดระดับยาจากเลือดหรือปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีที่มีความเที่ยงตรงมากกว่าวิธีแรก แต่เป็นวิธีที่ไม่เหมาะสมในบางพื้นที่และมีราคาแพง และแต่ละคนมีลักษณะการดูดซึมยาและการเผาผลาญแตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อระดับยาในร่างกายอาจทำให้การแปลผลเกี่ยวกับความสม่ำเสมอของการรับประทานยาผิดพลาดได้ และท้ายที่สุด การตรวจระดับยาก็ไม่สามารถแสดงว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม ตรงตามแพทย์สั่ง

3. การวัดทางอ้อม เช่น การนับเม็ดยา การมารับยาตามแพทย์สั่ง การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์มอนิเตอร์การใช้ยา ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้ในการวัดการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

- การนับเม็ดยา โดยนับจำนวนเม็ดยาที่ไม่ได้รับประทาน ออกจากจำนวนที่แพทย์สั่งจ่ายให้เมื่อครั้งที่แล้ว จำนวนที่ได้จะเป็นจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน แต่วิธีนี้มีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยอาจจะทิ้งยาบางส่วน หรือมีการนับเม็ดยาผิดพลาดได้ และไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกขนาดหรือเวลาที่ถูกต้องหรือไม่

- การวิเคราะห์จากการมาเติมยา จากฐานข้อมูลของเภสัชกร ที่ใช้กันมากคือ การวัดสัดส่วนการครอบครองยา (medication possession ratio) ซึ่งเป็นการนับจำนวนวันที่ผู้ป่วยจะต้องมาเติมยาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น แพทย์สั่งยาให้ผู้ป่วยเพื่อรับประทานภายใน 30 วัน แต่ผู้ป่วยมาขอรับยาหลังจากเลยกำหนดไปแล้ว 7 วัน เพราะฉะนั้น สัดส่วนการครอบครองยา คือ 0.81 (30/37) แต่การใช้วิธีนี้ระบบฐานข้อมูลต้องสมบูรณ์ และไม่มีปัญหา เพราะอาจทำให้ระบบการคำนวณผิดพลาดได้

- การวัดจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น Medication Event Monitoring System (MEMS) การวัดวิธีนี้มีความเที่ยงตรง และมีรายละเอียดของพฤติกรรมรับประทานยา วัน เวลาชัดเจน การนำเครื่องมือนี้มาใช้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการแนะนำและ

สอนกลุ่มตัวอย่างในการใช้อย่างดี เนื่องจากเป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ระหว่างใช้อาจเกิดการเสียหรือชำรุดได้ นอกจากนี้ยังมีราคาแพง

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้วิธีวัดหลากหลายในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือสเกลการประเมินโดยสายตา Visual Analogue Scale (Itthakom, 2006; Naewbood, 2005) ในการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นเส้นตรงขนาด 100 มิลลิเมตร และให้ผู้ป่วยกากบาทลงบนเส้นตรงในตำแหน่งที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของตนเองมากที่สุด โดยหากกากบาทตรงความยาว 50 มิลลิเมตร หมายถึงการรับประทานยาอยู่ในระดับกลาง โดยเครื่องมือ 2 ชิ้นคือชิ้นแรกจะถามเกี่ยวกับการรับประทานยาตามจำนวนมือและจำนวนเม็ด ส่วนชิ้นที่สองจะถามเกี่ยวกับความเห็นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต้องได้คะแนนตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป

แบบสอบถามการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง MMAS -8 (Morisky, 2008) ซึ่งพัฒนามาจาก MMAS-4 โดยมีค่าความน่าเชื่อถือ 0.83 และมีความถูกต้องและสัมพันธ์กับการมาเคมียา และสามารถใช้ในการทำนายการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ (Morisky and DiMatteo, 2010) และได้มีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในประเทศไทยหลายคน เช่น นางลักษณ อึ้งกมลณีและคณะ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านกระบวนการแปลและย้อนกลับและทดสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 และจากการศึกษา พบว่าความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาที่อยู่ในระดับสูงของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 28 และร้อยละ 23 ตามลำดับ และหลังทดลองพบว่ามีความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาที่อยู่ในระดับสูง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 16 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจการกระทำของตนเอง แบบดูรากล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อวิธีการที่ตนเองสามารถจัดการ

หรือปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามต้องการ (Bandura, 1997) ซึ่ง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้เกิดความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรม โดยบุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้ และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ ไว้ นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไว้ดังนี้

Prakobchai (2011) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ($r=.550$, $p<.01$, $\beta=.416$, $p<.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ สุจิพิชธรรม วิทยา กุลสมบูรณ์ และอุษาวดี มาลีวงศ์ (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน พบว่า ความมั่นใจในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.126, 95%CI, $P<.05$)

Park et al. (2010) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศเกาหลีเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในระดับสูงมากกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR, 4.040, $P<.01$)

สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ (2554) ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการทำนยพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ในด้านควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และการดูแลเท้า) ที่เข้ารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนยพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้สูงสุด ($r=.488$, $p<.01$) แต่ไม่ได้แยกวิเคราะห์ในแต่ละด้านของสมรรถนะแห่งตน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนด้านการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 37.10 (SD = 1.58) และมีพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองในด้านการใช้ยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 20.86 (SD = .38) และสมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 225.40 (SD =9.6)

การรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับประทานยา

การรับรู้อุปสรรค เป็นศักยภาพในทางลบของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้รับคำแนะนำ โดยบุคคลจะวิเคราะห์ความคุ้มค่า มีการชั่งน้ำหนักระหว่างสิ่งที่คาดหวังจะได้รับจากการกระทำและความคุ้มค่า อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ผลข้างเคียงต่างๆ ความไม่พอใจ ยุ่งยากใจ ความเจ็บปวด ความยากลำบาก ไม่สุขสบายใจ การเสียเวลา (Becker, 1974) ดังนั้นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหากรับรู้ถึงอุปสรรคน้อย

จากการศึกษาของ Limpattanasiri (2004) เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และการสนับสนุนทางสังคมต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมาก มีการรับรู้อุปสรรคน้อยและมีเพียงการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรับประทานยาที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = -.240, p < .05$) โดยผู้ที่รับรู้อุปสรรคน้อย ในเรื่องของค่ายา อุปสรรคในการเดินทาง ระยะเวลาในการรอตรวจ หรือความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา จะมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตได้ ($\beta = -.374, t = -3.425, p < .01$) โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาอยู่ในระดับดี การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย การเดินทางไปมาสะดวก ใช้เวลาไม่นาน มีรถประจำทางผ่านตลอด แม้ว่าบางส่วนจะรู้สึกกลัวอันตรายจากยาหากรับประทานไปนาน ๆ หน้าของยาเห็นไม่ชัด ตัวหนังสือตัวเล็ก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

สมัยพร อาชาล (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความเชื่อด้านสุขภาพทั้งการรับรู้อุปสรรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค พบว่าผู้ป่วยโรคมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาอยู่ในระดับต่ำ และมีความร่วมมือในการรักษาโรคในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ระยะทางระหว่างบ้านของกลุ่มตัวอย่างและโรงพยาบาลไม่ไกลกันมากทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในการเดินทางมารับยามีน้อย แบบแผนการรับประทานยาอย่างง่ายและไม่ซับซ้อน ไม่ต้องใช้ระยะเวลานานในการรอคอย

การได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องการรับประทาย

มีผู้ได้ให้ความหมายของการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารไว้ดังนี้

Schaefer , Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ที่ทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาหรือให้ข้อเสนอแนะในการประพฤติปฏิบัติตน

Lindorff (2005) การให้ข้อมูลหรือการสนับสนุนทางปัญญา ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้และคำแนะนำ โดยประสิทธิภาพของการให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา

รติพร คำทั้ง และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคคอหอยในผู้ที่มารับบริการทางด้านสาธารณสุข อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบว่า การได้รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและเพื่อน รวมทั้งจากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับโรคคอหอยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคคอหอย ($r = 0.422, p < .001$)

พรรณี ส่งสาย (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพฯ ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทฤษฎีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Jalili, Nakhaee, Askari, & Sharifi (2007) ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคแคลเซียมเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในผู้หญิงอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปในประเทศอิหร่าน พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้รับข้อมูลจากสื่อมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนและญาติ ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 34 ตามลำดับ โดยสื่อทาง วิทยุ และโทรทัศน์ จะมีบทบาทต่อผู้ป่วยมากที่สุด

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทายอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ได้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ดังนี้

Ong, Haes, Hoo, & Lammes (1995) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล

Steward (1995) กล่าวถึงการสื่อสาร ว่าเป็นกระบวนการโต้ตอบ การศึกษาเชิงคุณภาพ การตัดสินใจร่วมกันนำไปสู่ข้อตกลงระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งของการโต้ตอบที่ต้องการคำอธิบาย

Xu, Toobert, Savage, Pan, & Whitmer. (2008) ได้กล่าวถึงการสื่อสารว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์

Schoenthaler et al. (2009) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการฟังและให้ความเคารพนับถือระหว่างที่พบแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับแพทย์เกี่ยวกับการรักษาอาการของตนเอง รวมถึงความพึงพอใจระหว่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและลักษณะการให้การดูแล

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล การให้คำแนะนำและ ให้ความไว้วางใจ รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูล

จากการศึกษาของสุภาพร เพ็ชรอาวูธ และคณะ (2554) พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษา จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($\beta = .229, P < .05, r = .335, P < .01$) พฤติกรรมด้านการใช้ยาเป็นหนึ่งในพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองที่สุภาพร เพ็ชรอาวูธ และคณะ (2554) ศึกษา และจากการศึกษาของพินทอง รัตนภูงศ์ (2550) ในผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพระดับปฐมภูมิพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารจึงเป็นสิ่งสะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าตนเองเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาจัดการความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้น (Polzer, 2007)

จากการศึกษาของ Schoenthaler et al. (2009) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติและผู้ช่วยแพทย์ ที่มีลักษณะให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จากการวิจัยของ Wroth and Pathman (2006) ในชนบทของรัฐทางตะวันออกเฉียงใต้พบว่า ความสัมพันธ์ทางระหว่างแพทย์และผู้ป่วย รวมทั้งความพึงพอใจที่จะถามหรือตอบของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย หากปล่อยไว้ไม่รักษาหรือรักษาไม่ถูกวิธีการ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไต และเสียชีวิตในที่สุด การรักษาโรคความดันโลหิตมี 2 วิธีคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาโดยใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ระดับความดันโลหิตไม่ลดลงตามเป้าหมาย หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ได้ จะเริ่มให้การรักษาโดยการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการสำรวจสุขภาพคนไทย พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนไม่มากที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญ ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย แต่ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง หรือหยุดรับประทานยา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาและโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาตัวแปรดังกล่าวเพื่อมาอธิบายถึงอำนาจการทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลงานวิจัยที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนาวิชาชีพและองค์กร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาอำนาจในการทำนายการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

ลักษณะประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และรักษาด้วยการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนนทบุรี

ตัวอย่าง เลือกตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่ศึกษา ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี และมีการสุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
3. ปัจจุบันยังคงได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสาร โดยใช้ภาษาพูดได้
5. เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. มีภาวะทุพพลภาพ เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น
2. ผู้ป่วยเพลนอน หรืออยู่ในภาวะสับสน
3. เป็นผู้ที่มิมีปัญหาในเรื่องความจำ

ขนาดตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้ Statistical Power analysis for regression analysis (Cohen, 1988)

โดยใช้สูตร

$$n = \frac{\lambda(1-R^2)}{R^2}$$

n = ขนาดจำนวนตัวอย่าง

$\lambda = 13.30$ (เป็นค่าที่ได้จากการเปิดตาราง จากการกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$, อำนาจการทดสอบ Power = 0.80 , Degree of freedom ของ F ratio โดยมีตัวแปรอิสระ 4 ตัว (u = 4, v = 120) (Cohen, 1988)

$R^2 = 0.30$ (ค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร Moderate effect size)

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{13.30(1-0.30^2)}{(0.30)^2}$$

$$N = 124.36$$

การคัดเลือกแหล่งเก็บข้อมูลและตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาในเขตกรุงเทพฯและจังหวัดนนทบุรี การที่ศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจะมีลักษณะเทียบเคียงได้กับหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ มากกว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ว่าจะเป็นจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจหรือพยาบาลที่ให้บริการหรือรูปแบบบริการ โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายตามสะดวก โดยเลือก 2 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ และจังหวัดนนทบุรี
2. กรุงเทพฯ ในพื้นที่ฝั่งธน มีโรงพยาบาลที่มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของตนเองจำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จึงเลือกมาทั้ง 2 แห่ง สำหรับจังหวัดนนทบุรี มีโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบางกรวย โรงพยาบาลปากเกร็ด โรงพยาบาลบางใหญ่ โรงพยาบาลบางบัวทองและโรงพยาบาลไทรน้อย ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากมา 2 แห่ง จาก 5 แห่ง ได้ โรงพยาบาลบางใหญ่และโรงพยาบาลบางกรวย
3. เมื่อสุ่มได้แหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง จึงทำการสุ่มเลือกตัวอย่างตามความสะดวกตามเกณฑ์คัดเข้า ในสัดส่วนที่เท่ากันจาก 4 โรงพยาบาล คือ แห่งละ 32 ราย จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 128 ราย โดยไม่มีการเผื่อ drop out หากแบบสอบถามฉบับใด ตอบไม่สมบูรณ์จะตัดทิ้งและทำการเก็บใหม่ จนครบ 128 ราย

ลักษณะของแหล่งเก็บข้อมูล

ในการศึกษารั้วนี้เก็บข้อมูลจากแหล่งเก็บ 4 แห่ง ดังนี้ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราชของโรงพยาบาลศิริราช ศูนย์ชุมชนสุขภาพดี คลอง10 ของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลบางกรวยและโรงพยาบาลบางใหญ่ โดยสถานที่เก็บข้อมูล 2 แห่งแรกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในสังกัดของโรงพยาบาลที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแพทย์ที่อยู่ในสังกัดของโรงพยาบาลออกตรวจรักษาโรค ส่วนสถานที่เก็บข้อมูล 2 แห่งหลัง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งแหล่งเก็บทั้ง 4 แห่ง เป็นสถานที่ให้บริการในระดับปฐมภูมิ มีการให้การดูแลตรวจรักษาโรคทั่วไปทุกวันยกเว้นวันหยุด และแพทย์ที่ออกตรวจมีเวลาในการให้คำแนะนำพูดคุยซักถาม และมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลดูแลที่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้เป็นแห่งแรก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษเป็นประจำ มีการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์จะได้รับการซักประวัติจากพยาบาล ซึ่งหากพบปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ภาวะความดันโลหิตสูง จะมีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาที่ถูกต้อง หรือการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นโดยพยาบาลผู้ซักประวัติก่อนเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ โดยแพทย์จะเป็นผู้ที่อธิบายหรือนำแนะผู้ป่วยเพิ่มเติมหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัย หากแพทย์พบว่าผู้ป่วยยังไม่เข้าใจหรือต้องใช้เวลามากในการให้คำอธิบายเพิ่มเติมจะมีการส่งต่อให้พยาบาลให้คำปรึกษาซึ่งมีหน้าที่ในการ

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและสอนสุขศึกษาหลังจากพบแพทย์ สำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีหรือไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ จะมีการให้สุขศึกษาเป็นกลุ่มหรือเปิดวิดีโอสุขภาพให้ผู้ป่วยได้ชมระหว่างที่รอพบแพทย์ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยตรวจเสร็จแล้ว ผู้ป่วยยังจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาและการรับประทานยาจากเภสัชกรที่ห้องยา ก่อนกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา โรคร่วมและวิธีการรักษาแบบอื่นๆ สำหรับข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิตครั้งที่แล้วและครั้งนี้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Limpattanasiri (2004) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีจำนวน 9 ข้อ โดยเป็นการวัดความมั่นใจในด้านการรับประทานยาตรงตามเวลาและขนาด การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาและการรับประทานยาต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท และได้รับการตรวจสอบค่าความตรงภายใน (Internal Consistency) เท่ากับ 0.70 ในการวิจัยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจต่อการตัดสินใจรับประทานยาแก้แพ้เมื่อมีอาการตัวแข็ง ลื่นแข็งออก นอกจากนี้ยังมีการดัดแปลงข้อความเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นการวัดความมั่นใจในด้าน การรับประทานยาตรงตามเวลาและจำนวนเม็ดยา การหาวิธีเตือนตนเองในการรับประทานยา การปรึกษาแพทย์และพยาบาล การจัดการอาการข้างเคียงของยาและการรับประทานยาต่อเนื่องแม้ว่าจะมีอาการต่างๆ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน = มั่นใจมากที่สุด หมายถึง มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด
- 4 คะแนน = มั่นใจมาก หมายถึง มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่
- 3 คะแนน = มั่นใจปานกลาง หมายถึง มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง
- 2 คะแนน = มั่นใจน้อย หมายถึง มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างน้อย
- 1 คะแนน = ไม่มั่นใจ หมายถึง ไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	น้อยกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับประทานยาของ Chaimun (2009) ซึ่งมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน รวมคำถามทั้งหมด 27 ข้อ ซึ่งมีความเชื่อมั่น .77 โดยผู้วิจัยได้นำส่วนของการรับรู้อุปสรรค ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยดัดแปลงข้อคำถามทุกข้อเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนคำถาม 10 ข้อ โดยครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคในด้าน การรับประทานยา เช่น จำนวนเม็ดยา ผลกยา อาการข้างเคียง ระบบบริการของโรงพยาบาล การเดินทางมารับยา การกินในชีวิตประจำวัน และแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของคุณทั้งหมด

4 คะแนน = เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของคุณเป็นส่วนใหญ่

3 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของคุณปานกลาง

2 คะแนน = เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของคุณค่อนข้างน้อย

1 คะแนน = ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของคุณเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	น้อยกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ โดยครอบคลุมการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จากสื่อต่างๆ เอกสารแผ่นพับ จากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และผู้ป่วยด้วยตนเอง และการเข้าชมนิทรรศการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีความหมายดังนี้

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณทั้งหมด
4 คะแนน = เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณเป็นส่วนใหญ่
3 คะแนน = เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณปานกลาง
2 คะแนน = เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณค่อนข้างน้อย
1 คะแนน = ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	น้อยกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ โดยครอบคลุมในด้าน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การใช้เวลาและคำแนะนำ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน = เป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณทั้งหมด

4 คะแนน = บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณเป็นส่วนใหญ่

3 คะแนน = บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณเป็นบางครั้ง

2 คะแนน = นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณนานๆ ครั้ง

1 คะแนน = ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับคุณเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ระดับ	คะแนน
ระดับพอใช้	น้อยกว่า $\bar{X} - 1S.D$
ระดับดี	ระหว่าง $\bar{X} \pm 1S.D$
ระดับดีมาก	น้อยกว่า $\bar{X} + 1S.D$

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอต่อการเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อการเนื่อง โดยใช้แบบสอบถามของ Morisky (Morisky Medication Adherence Scale) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดยนางลักษณ์ อิงคมณี และคณะ (2554) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผ่านกระบวนการแปลและย้อนกลับอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .73 ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-8

คะแนน โดยคะแนนสูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาดีกว่าคะแนนต่ำ โดย 7 ข้อแรก เป็นคำถามให้ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบ “ใช่.” ให้ 0 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน ยกเว้นคำถามข้อ 5 ถ้าตอบ “ใช่.” ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน สำหรับข้อ 8 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากใจว่าเกิดขึ้นบ่อยครั้งแค่ไหน โดยผู้วิจัยได้มีการคิดคะแนนตรงตามต้นฉบับเดิม โดยการรวมคะแนนทั้งหมดคิดรวมทั้งข้อ 1-8 และใช้เกณฑ์ให้คะแนนของ Morisky โดยผู้วิจัยได้มีการติดต่อเจ้าของเครื่องมือและอนุญาตให้ใช้ทาง E – mail

สำหรับข้อ 8 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยรู้สึก/รู้สึกน้อยครั้ง	ได้	1	คะแนน
รู้สึกนานๆ ครั้ง	ได้	0.75	คะแนน
รู้สึกบางครั้ง	ได้	0.50	คะแนน
รู้สึกบ่อยครั้ง	ได้	0.25	คะแนน
รู้สึกเป็นประจำ	ได้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

- < 6 คะแนน หมายถึง มีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ
 6 - 7.75 คะแนน หมายถึง มีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
 8 คะแนน หมายถึง มีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลอาจารย์และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร	2 ท่าน
พยาบาลชำนาญการ ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพ (APN ด้านอายุรศาสตร์)	1 ท่าน

หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสม และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

(บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2550)

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีค่า CVI เท่ากับ 0.87
2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่า CVI เท่ากับ 0.80
3. แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา มีค่า CVI เท่ากับ 1.0
4. แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีค่า CVI เท่ากับ

0.81

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปใช้กับตัวอย่างจำนวน 128 ราย ในคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เท่ากับ .67, .81, .81, .91 และ .64 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .67 และ .61 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit and Beck, 2004)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย และเขียนแบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจสอบพิจารณา
2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัย และเขียนแบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ตรวจสอบพิจารณา
3. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเวชการุณย์

รศมี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางใหญ่ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง รวมถึงหัวหน้าแผนกและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัยและการเก็บข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยมีการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีนัดหมายในวันที่ไปเก็บข้อมูลและจากการพูดคุยกับผู้ป่วย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวกที่มารับบริการในวันที่ไปเก็บข้อมูล

6. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับตัวอย่าง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และแบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยา

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อคำถามพร้อมทั้งวิธีการทำแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งอธิบายเพิ่มเติมในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม ใช้เวลาในการทำแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที

8. ในเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะเลือกผู้ป่วยคนต่อไปแทน และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ผลทางสถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนขอความเห็นชอบการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร แล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูลเลือกทำโดยไม่รบกวนเวลาในการทำ

กิจกรรมการพยาบาลตามปกติของหน่วยงาน และไม่รบกวนเวลาการตรวจรักษาของแพทย์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิบัติและสามารถยกเลิกการตอบแบบสัมภาษณ์ในช่วงเวลาใดก็ได้ โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอาจเสียเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งไม่มีค่าตอบแทนใดๆ สำหรับการตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ส่วนผลการวิจัย นำเสนอหรือตีพิมพ์ในวารสารที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่า P value เท่ากับ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ใช้สถิติค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ multiple regression

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ได้เก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช ศูนย์ชุมชนสุขภาพดีคลองสิบ โรงพยาบาลบางใหญ่และโรงพยาบาลบางกรวย แห่งละ 32 ราย รวมทั้งสิ้น 128 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง แบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.60 มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 3.2 : 1 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.10 อายุเฉลี่ย 63.06 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.7 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.50 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 67.19 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 14.84 มากกว่าครึ่งของตัวอย่างมีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.60 มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.60 และอาศัยอยู่กับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เช่น ภรรยา/สามี บุตร หลาน ร้อยละ 95.30 ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	23.40
หญิง	98	76.60
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 50 ปี	10	7.80
50- 60 ปี	36	28.10
มากกว่า 60 ปี	82	64.10
(อายุเฉลี่ย = 63.06 ปี อายุน้อยที่สุด = 34 ปี อายุมากที่สุด = 81 ปี)		
สถานภาพ		
โสด	15	11.70
คู่	79	61.70
หม้าย / หย่า / แยก	34	26.60
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	4.70
ประถมศึกษา	71	55.50
มัธยมศึกษา	28	21.90
อนุปริญญา / ปวช. / ปวส.	10	7.80
ปริญญาตรี/โท	13	10.10
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	96	75.00
ข้าราชการ/ ข้าราชการบำนาญ	15	11.70
ประกันสังคม	6	4.70
อื่นๆ	11	8.60

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน/ พ่อบ้าน	86	67.19
ค้าขาย	19	14.84
รับจ้าง/ ลูกจ้าง	9	7.03
เกษตรกร	5	3.91
รับราชการ	4	3.13
พนักงานบริษัท	3	2.34
จิตอาสา	2	1.56
รายได้ของครอบครัว		
ไม่มีรายได้	21	16.40
น้อยกว่า 5,000 บาท	16	12.50
5,000 - 10,000 บาท	25	19.50
10,001 - 15,000 บาท	18	14.10
15,001 - 20,000 บาท	9	7.00
20,001 - 25,000 บาท	9	7.00
25,001 - 30,000 บาท	8	6.30
มากกว่า 30,000 บาท	22	17.20
รายได้ ต่อรายจ่าย		
ไม่เพียงพอ	30	23.40
เพียงพอ	98	76.60
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
อยู่คนเดียว	6	4.70
อยู่กับสมาชิกในครอบครัว	122	95.30

ข้อมูลการเจ็บป่วยของตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 75.79 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน ตัวอย่างร้อยละ 50 เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.11 ปี และรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วเฉลี่ย 6.92 ปี ระยะเวลารับประทานยาระหว่าง 6 เดือน - 5 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 50.8 ไม่ได้ใช้วิธีทางเลือกอื่นๆ ร่วมกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 85.90 มีบางส่วนใช้วิธีทางเลือกอื่นๆ เช่น ดื่มน้ำสมุนไพร ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร ร่วมด้วย ตัวอย่างส่วนใหญ่จัดการรับประทานเองร้อยละ 90.60 และให้ข้อมูลว่าดื่มรับประทานยา ร้อยละ 51.56 โดยจะรับประทานยาในมือถัดไปร้อยละ 27.34 ตัวอย่างมีค่า BMI เฉลี่ย 26.48 มีระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดเฉลี่ย 140/70 mmHg และความดันโลหิตครั้งนี้เฉลี่ย 136/70 mmHg ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา (n=128)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย	31	24.21
มีโรคร่วม 1 โรค	56	43.75
มีโรคร่วม 2 โรค	26	20.31
มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป	15	11.73
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง		
6 เดือน - 5 ปี	64	50.00
6 - 10 ปี	36	28.12
11 - 15 ปี	21	16.41
16 - 20 ปี	4	3.13
มากกว่า 20 ปี	3	2.34
(Mean = 7.11 ปี , Min = 1 ปี , Max = 30 ปี)		
ระยะเวลาที่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง		
6 เดือน - 5 ปี	65	50.78
6 - 10 ปี	35	27.35
11 - 15 ปี	22	17.19
16 - 20 ปี	3	2.34
มากกว่า 20 ปี	3	2.34
(Mean = 6.92 ปี , Min = 1 ปี , Max = 30 ปี)		

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อย จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และการรับประทายา (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทายา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การจัดยาประทายา		
จัดเอง	116	90.60
คนอื่นจัดให้	12	9.40
การลืมรับประทายา		
ไม่ลืม	62	48.44
ลืม	66	51.56
โดย รับประทายาเมื่อลืมไป	35	ร้อยละ 53.03
รับประทายาเมื่อนึกได้	21	ร้อยละ 31.81
ไม่ระบุสาเหตุ	10	ร้อยละ 15.16
การใช้วิธีทางเลือกอื่น ๆ ร่วมกับการรับประทายาที่แพทย์สั่ง		
ไม่ใช้ทางเลือกอื่นร่วมด้วย	110	85.90
ใช้ทางเลือกอื่นร่วมด้วย	18	14.10
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด (mmHg)		
<120/80	42	32.8
120-129/80-89	38	29.69
130-139/85-89	28	21.88
140-159/90-99	9	7.03
160-179/100-109	6	4.69
ไม่ทราบ	5	3.91
(Mean = 140/70 mmHg , Min = 94/62 mmHg , Max = 200/110 mmHg)		
ระดับความดันโลหิตครั้งนี้ (mmHg)		
<120/80	30	23.44
120-129/80-89	34	26.56
130-139/85-89	39	30.47
140-159/90-99	12	9.38
160-179/100-109	5	3.90
ไม่มีข้อมูล	8	6.25

(Mean = 136/70 mmHg , Min = 101/55 mmHg , Max = 180/100 mmHg)

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อย จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และการรับประทานยา (n=128) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับประทานยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
BMI (kg/M²)		
< 18.5	4	3.12
18.5-22.99	28	21.87
23.0-24.99	22	17.19
25.0-29.99	37	28.91
30.0-39.99	21	16.41
40 ขึ้นไป	5	3.91
ไม่มีข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง	11	8.59
(Mean = 26.48, Min = 16.88 , Max = 42.22)		

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.06, 18.15, 19.60 และ 44.88 ตามลำดับ มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.71, 5.54, 6.48 และ 8.14 ตามลำดับ ร้อยละ 63.30, 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ และมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 16.40, 15.60, 17.20 และ 16.40 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (n = 128)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean = 36.06 , S.D = 4.71 , Rang = 27-45)		
ระดับต่ำ (<31.35)	21	16.40
ระดับปานกลาง (31.35-40.77)	81	63.30
ระดับสูง (>40.77)	26	20.30
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา (Mean = 18.15 , S.D = 5.54 , Rang = 10- 38)		
ระดับต่ำ (<12.61)	20	15.60
ระดับปานกลาง (12.61-23.69)	85	66.40
ระดับสูง (>23.69)	23	18.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา (Mean = 19.60 , S.D = 6.48 , Rang 9- 40)		
ระดับต่ำ (<13.12)	22	17.20
ระดับปานกลาง (13.12-26.08)	89	69.50
ระดับสูง (>26.08)	17	13.30
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 44.88, S.D = 8.14 , Rang 21- 60)		
ระดับต่ำ (<36.74)	21	16.40
ระดับปานกลาง (36.74-53.02)	89	69.50
ระดับสูง (>53.02)	18	14.10

การวิเคราะห์ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ร้อยละ 61 อยู่ในระดับต่ำ (<6 คะแนน) เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ไม่ได้นำยาลดความดันโลหิตติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกจากบ้าน ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ไม่ได้รับประทานยาและเคยหยุดรับประทานยาเองเมื่อคิดว่าระดับความดันโลหิตควบคุมได้ รายละเอียดดังตารางที่ 4.4 และ 4.5

สำหรับคำถามข้อ 8 ที่ถามถึงความรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดบ่อยครั้งแค่ไหน พบว่า ผู้ป่วยไม่เคยรู้สึก/น้อยครั้ง นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ร้อยละ 84.4, 9.4, 2.3, 3.9 และ 0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละ ตามระดับความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยา (n = 128)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean = 5.88 , S.D = 1.60, Rang 2-8)		
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	78	61.0
ระดับปานกลาง (6- 7.75 คะแนน)	25	19.5
ระดับสูง (8 คะแนน)	25	19.5

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ แต่ละพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่อง (n = 128)

คำถาม	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
1. มีบางครั้งที่ลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต	88	68.7	40	31.3
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต	46	35.9	82	64.1
3. เคยลดขนาดหรือหยุดยาโดยไม่ได้บอกแพทย์	21	16.4	107	83.6
4. ลืมนำยาลดความดันโลหิตไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกจากบ้าน	56	43.7	72	56.3
5. เมื่อวานคุณรับประทานยาลดความดันโลหิต	123	96.1	5	3.9
6. คุณเคยหยุดรับประทานยาเมื่อคิดว่าระดับความดันโลหิตควบคุมได้	28	21.9	100	78.1
7. รู้สึกอึดอัดใจที่ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา	19	14.8	109	85.2

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .386, p < .01$) ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($r = -.286, p<.01$) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ($r = .202, p<.05$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบ ($n=128$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-				
2. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.186*	-			
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	.217*	-.017	-		
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.345**	-.302**	.384**	-	
5. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง	.386**	-.286**	-.023	.202*	-

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

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จากการวิเคราะห์โดยใช้ multiple regression ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าพร้อมกัน (Enter) ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของตัวอย่างได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .210, df = 8.195, p<.01$) โดยตัวแปร การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายได้มากที่สุด ($\beta = .352, p < .01$) รองลงมา คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202, p < .05$) รายละเอียดดังตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ($n = 128$)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
ค่าคงที่	2.645	1.295		2.042	.043
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.120	.029	.352	4.085	.000
-การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.058	.025	-.202	-2.374	.019
-การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	-.032	.022	-.129	-1.465	.146
-การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.013	.019	.069	.726	.469
$R^2 = .210, df = 8.195, p < .001$					

สามารถสร้างสมการได้ดังนี้

$$Y = a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + b_3 X_3 + b_4 X_4$$

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง = $2.645 + .120$ (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + $(-.058)$ (การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา) + $(-.032)$ (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา) + $.013$ (การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ และศึกษาถึงอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง มีคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ย 5.88 มีเพียงร้อยละ 19 ที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ตอบคำถามในส่วนข้อมูลทั่วไป ที่พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 51.56 มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา ซึ่งมีการลืมรับประทานยาคความดันโลหิตเป็นบางครั้ง ร้อยละ 68.7 และลืมนำยาคความดันโลหิตติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกนอกบ้าน ร้อยละ 56 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Schoenthaler et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 55 เช่นเดียวกับองค์การอนามัยโลก ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ประมาณร้อยละ 50 – 70 (WHO, 2003) ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องน้อยกว่าครึ่ง อาจมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ ซึ่งตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.10 (mean = 63.06 ปี) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีโอกาสลืมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง (Park et al., 2008) ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.60 และสูงอายุ ซึ่งเพศหญิงสูงอายุเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความจำลดลง (Park et al., 2008) อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ

รุนแรง ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคร่วมเพียงแค่ 5 ปี มีโรคร่วมเพียงไม่กี่โรคและมีอาการแสดงที่ไม่รุนแรง โดยโรคร่วมไขมันในเลือดสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 43.75 อาจเป็นผลให้ตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องน้อย

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจมีความแตกต่างจากผลการวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีและดีมาก (Naewbood, 2005; Prakobchai, 2010; สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551) ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของผู้วิจัยแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้ง visual analogue scale (Naewbood, 2005) แบบสอบถามของ Johnson & Roger (Prakobchai, 2010) สำหรับงานวิจัยของ Prakobchai (2010) และ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในสถานบริการระดับชุมชนซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการหรือการให้บริการต่างๆ ได้น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสสูงที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง (Park et al., 2008) ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศโดยเฉพาะในแถบเอเชีย เช่น เกาหลีใต้ Park et al. (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ล้านคน ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง พบว่า ตัวอย่างมีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ร้อยละ 57.4

ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจในสถานบริการหรือโรงพยาบาลระดับชุมชนที่พบว่า มีอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในระดับต่ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = .386, p < .01$ และ $r = .202, p < .05$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = -.286, p < .01$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple regression โดยวิธี Enter พบว่า ตัวแปรทั้ง 4 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.21$, $F = 8.195$, $p < .001$) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .352$, $p < .01$) และ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202$, $p < .05$) สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองมาก และมีการรับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการรับประทานยาน้อยจะมีความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยามากกว่าตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเชื่อมั่นในตนเองน้อย และรับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคในการรับประทานยามาก

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่มีความตระหนักในความเชื่อมั่นของตนเอง รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนสูง และ มีการรับรู้ว่าคุณเองมีอุปสรรคในการรับประทานยาต่ำ จะมีพฤติกรรมในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องสูง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา (Social cognitive theory) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลที่ประเมินว่าคุณเองมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะทำให้เกิดความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ตามต้องการ โดยบุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้ และไม่ยากเกินความสามารถ (Bandura, 1997) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคเป็นศักยภาพทางลบหรือทางกลับกันของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะขัดขวางการกระทำ โดยบุคคลจะวิเคราะห์ถึงความคุ้มค่าและชั่งน้ำหนักระหว่างสิ่งที่คาดหวังจะได้รับจากการกระทำ อันตราย ผลข้างเคียงต่างๆ รวมถึงความยุ่งยากใจ (Becker, 1974) โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหากรับรู้ถึงอุปสรรคน้อย ส่วนอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและบุคคลรอบข้าง เป็นตัวกระตุ้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การให้คุณค่าของสังคมและจะส่งผลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะเกิดการรับรู้และเรียนรู้ ผ่านกระบวนการทางปัญญา ความคิด มีการพิจารณาไตร่ตรองแล้วบุคคลจึงจะตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร

จากผลศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง (Mean = 36.06, SD = 4.71) และสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในทางบวกได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .352$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prakobchai (2011) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .416$, $p < .01$) และสอดคล้องกับ สุภาพร เพ็ชรอาวูร และคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการ

โรคเบาหวานด้วยตนเองได้สูงสุด ($\beta = .509, p = .00$) งานวิจัยของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ($\beta = -.347, p < .01$)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือนุกลครอบข้าง พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา อาจทำให้อำนาจการทำนายต่ำ ต่างจากงานวิจัยของ สุพาพร เพ็ชรอาวูร และคณะ (2554) พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = .229, p < .05$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ในงานวิจัยของสุพาพร เพ็ชรอาวูร และคณะ (2554) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แต่งานวิจัยครั้งนี้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในระดับต่ำ ($r = .202, p < .05$) ดังนั้นเมื่อนำมาวิเคราะห์อำนาจทำนาย จึงพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงสามารถทำนายได้มากกว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์น้อย งานวิจัยของ Schoenthaler et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณมีส่วนร่วมในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ จะมีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่มีการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ไม่ดี ($\beta = -.11, p = .03$) อย่างไรก็ตาม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการในระดับปฐมภูมิผู้ป่วยบางรายที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องมีสาเหตุมาจากการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย ไม่ได้สนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือไม่ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา และการไม่ได้บอกรายละเอียดเกี่ยวกับโรคที่เป็น เป็นต้น (Gascon, Sanchez-Ortuno, Llor, Skidmore and Saturno, 2004) การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาเฉพาะในหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิเท่านั้น ตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและต้องมารับการรักษาและรับยาเป็นประจำทำให้ตัวอย่างมีความคุ้นเคยและสนิทกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้การตอบคำถามเป็นไปในด้านบวกมากกว่า การที่ต้องมารับยาเป็นประจำทำให้เห็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ เกิดความเหนื่อย เกรงใจ และเข้าใจเพราะเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีผู้ป่วยในความดูแลมาก

ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งได้ผลแตกต่างจากการศึกษา ของ พรณี ส่งสาย (2554) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ

ป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับทฤษฎี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ รติพร คำทั้ง และคณะ (2554) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการป้องกันโรคต่อหื่นในประชากรกลุ่มเสี่ยง ($r=.422, p<.01$) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และการอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างเป็นสังคมเมือง ทำให้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูงน้อย แม้ว่าจะพบเพื่อนๆ แต่จะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป มากกว่าเรื่องอาการเจ็บป่วยหรือการรับประทานยาและแม้จะอาศัยอยู่กับสมาชิกหลายคนในครอบครัวแต่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาน้อย เนื่องจากสมาชิกต้องออกไปทำงานตั้งแต่เช้า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด แต่ส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แพทย์จึงนัดหมายทุก 3 เดือน ทำให้ระยะเวลาที่มาพบแพทย์น้อย แม้ว่าจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดีแต่ก็นานๆ ครั้ง อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง นอกจากแพทย์แล้วผู้ป่วยยังมีช่องทางที่จะได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากนิยายสารและรายการเกี่ยวกับสุขภาพทางทีวี อีกด้วย (Gascon et al., 2004) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาในการใช้สายตาในการอ่านหนังสือ โดยเฉพาะหากต้องอ่านหนังสือนานๆ ต้องใช้แว่นสายตาช่วย บางครั้งไม่ได้นำแว่นสายตาติดตัวไปด้วยทำให้ไม่ได้รับข้อมูลจากการอ่านหนังสือ หรือป้ายประกาศให้ความรู้ สำหรับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้หรือเล่นอินเทอร์เน็ตไม่เป็น

การศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และรองลงมาคือการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ดังนั้นควรนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากขึ้น และหาแนวทางในการลดอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวกับการรับประทานยา และในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุควรมีญาติหรือคนดูแลที่จะกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช ศูนย์ชุมชนสุขภาพดีคลองสิบและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลบางใหญ่และโรงพยาบาลบางกรวย ที่ได้รับการเลือกและสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน รวมทั้งได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในตัวอย่างจำนวน 128 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เท่ากับ .67, .81, .81, .91 และ .64 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Polit and Beck, 2004)

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลและของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล และได้รับความยินยอมจากตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลในเวลาราชการ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 128 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 63.06 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท และรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับประทานยา ส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 ปี และจัดยารับประทานเอง

2. ตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = .386, p < .01, r = .202, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = -.286, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องได้ ร้อยละ 21 ($R^2 = .210, df = 8.195, p < .01$) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีอิทธิพลที่สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .352, p < .01, \beta = -.202, p < .05$ ตามลำดับ)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ตัวอย่างที่มารับบริการ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ใกล้กับสถานพยาบาลต้นสังกัด และมีคุณสมบัติด้านประชากรที่คล้ายคลึงกัน เป็นเพศหญิงสูงอายุ รายได้ต่ำ อาจทำให้ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีลักษณะที่เฉพาะไม่ครอบคลุมซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปถึงประชากรกลุ่มอื่นๆ

2. ข้อมูลที่ได้มาจากตัวอย่างที่มารับการรักษาในวันที่ผู้วิจัยมาเก็บข้อมูลเท่านั้น จึงทำให้ได้รับทราบข้อมูลเฉพาะในกลุ่มที่มารับรักษาในวันนั้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบถึงพฤติกรรม การรับประทานยาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองและลดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยมีการให้คำแนะนำให้คำปรึกษา เพิ่มแรงจูงใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา และมีการพัฒนาบุคลากรให้มีเทคนิควิธีการสื่อสาร ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติลืมรับประทานยา โดยหาวิธีการเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา เช่น การใช้โทรศัพท์ติดตาม ใช้นาฬิกาปลุกช่วยเตือนให้รับประทานยา เป็นต้น

2. ด้านการวิจัย

2.1. จากผลการศึกษาที่ได้ ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น อายุ เพศ ปัจจัยด้านบริการ และควรมีการศึกษาให้มีความหลากหลายของแหล่งเก็บข้อมูล

2.2. ควรมีการศึกษาในด้านการรับประทานยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการวิเคราะห์ถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องต่อระดับความดันโลหิต

2.3. ควรศึกษาเชิงทดลองโดยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรับประทานยารวมถึงการสื่อสารเพื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการให้บริการตามปกติ

2.4. มีการเปรียบเทียบเครื่องมือ MMAS ที่ใช้ในการประเมินผลในการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ระหว่างการใช้แบบมาตรวัด 2 ระดับและปรับเครื่องมือเป็น
แบบมาตราส่วน 5 ระดับ



ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

FACTORS PREDICTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล 5337361 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (NURSING)

กนกพร หมูพยัคฆ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับสาม และเป็นโรคที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุดของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจนในระยะเริ่มแรก แต่มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ไปทีละน้อยอย่างช้า ๆ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายต่อชีวิตด้วยเหตุนี้โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอัตราการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, 2553; สมจิตร หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2552)

การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไตและการเสียชีวิต และมีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีดีกว่าผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Bailey, Wan, Tand, Ghani, & Cushman, 2010) และยังสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง (Roumie et al., 2011)

การรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานยา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคมาก จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่า ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อย (สุมาลี วังธนกร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และ ปรานี คำจันทร์, 2551) มีการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Prakobchai, 2010).

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกหรือสภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Hill, Miller and DeGeest, 2010) คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การได้รับคำแนะนำต่อเนื่อง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล สถานบริการสุขภาพและแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นต้น (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008; Burnier, 2006; Itthakon, 2006; วนิดา ครุฑฤทธิชัย และหทัยชนก บัวเจริญ, 2553) รวมถึงการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น (Schoenthaler et al., 2011; Harmon, Lefante and Krousel-Wood, 2006) การที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจกับบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึงการมีเวลาในการให้คำแนะนำ การใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุยและบอกเล่าอาการ การตอบคำถามและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา จะมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (Tsiantou, Pantzou, Pavi, Koulierakis and Kyriopoulos, 2010; Hill, Miller and DeGeest, 2010) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษา ปัจจัยทำนายการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสาร

ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ
ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับปรึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับปรึกษา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายการรับปรึกษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การแสดงผลพฤติกรรมของบุคคลยังต้องใช้กระบวนการทางการใช้เหตุผล การนึกคิดและการตัดสินใจจากการสังเกตของตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นร่วมกับการประเมินตนเอง Bandura (1986) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันขององค์ประกอบ 3 ประการ คือ พฤติกรรม สติปัญญาปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม กล่าวคือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหา หากรู้สึกหรือพบว่างานที่ท่ายากลำบาก จะทำให้ละความพยายาม หลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ (Bandura & Adams, 1977)

วธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และรักษาด้วยการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 4 แห่ง และมีการสุ่มตัวอย่างตามสะดวก ตามเกณฑ์คัดเข้าในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 128 ราย ตามสูตร Cohen (1988)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทางคลินิก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Limpattanasiri (2004) ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีการดัดแปลงข้อความเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับประทานยาของ Chaimun (2009) โดยผู้วิจัยได้นำส่วนของการรับรู้อุปสรรคมาดัดแปลงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

โดยใช้แบบสอบถามของ Morisky (Morisky Medication Adherence Scale) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย นางลักษณ์ อิงคณิ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, & ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์ (2554) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผ่านกระบวนการแปลและย้อนกลับอย่างสมบูรณ์ จำนวน 8 ข้อ โดยผู้วิจัยได้มีการติดต่อทาง E-mail กับเจ้าของเครื่องมือและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือดังกล่าว

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVD) เท่ากับ 0.87, 0.80, 1.0 และ 0.81 ตามลำดับ และนำแบบสัมภาษณ์ที่หาค่าความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ ตัวอย่างจำนวน 128 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยา เท่ากับ 0.67, 0.81, 0.82, 0.91 และ 0.64 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลตามสายการบังคับบัญชา แล้วจึงดำเนินการวิจัยโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวกในวันที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการ ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่อง โดยใช้ Multiple regression

ผลการวิจัย

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.60 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.10 อายุเฉลี่ย 63.06 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.7 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.50 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 67.19 มากกว่าครึ่งของตัวอย่างมีรายได้ในครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.60 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคอื่นร่วมด้วย 1 โรค ร้อยละ 43.75 โรคร่วม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 32.04 โรคร่วมที่เป็นมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 50 ของตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 5 ปี และรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 50.78

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 , 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับความสม่าเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 61

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386$, $p < .01$)

จากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอต่อเนื่องของตัวอย่างได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .210$, $p < .01$) โดยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .352$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202$, $p < .05$) สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 ค่าเฉลี่ย 5.88 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในส่วนข้อมูลทั่วไป ที่พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.56) มักลืมรับประทานยาโดยรับประทานยาในมือถัดไปหรือรับประทานยาเมื่อนึกขึ้นได้ ตัวอย่างลืมรับประทานยาความดันโลหิตเป็นบางครั้ง ร้อยละ 68.7 และ ลืมนำยาความดันโลหิตติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกนอกบ้าน ร้อยละ 56 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.10 มีอายุเฉลี่ย 63.06 ปี ทำให้มีโอกาสลืมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและทำหน้าที่แม่บ้าน ทำให้มีภาระหน้าที่ในการดูแลบ้าน ดูแลบุตรหลาน ทำให้มีโอกาสลืมรับประทานยาได้มาก และการที่ตัวอย่างมีโรคอื่นร่วมด้วย มีผลให้ต้องรับประทานยาหลายเม็ด หลายมือ ตัวอย่างร้อยละ 67.19 รับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าหนึ่งเม็ดต่อวัน ทำให้ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาลดลง (Gray, Mahoney and Blough, 2001)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = .386, p < .01$ และ $r = .202, p < .05$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ($r = -.286, p < .01$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เมื่อนำปัจจัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไปวิเคราะห์อำนาจในการทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง พบว่า สามารถรวมทำนายได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.21, p < .001$) โดยพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .352, p < .01$) ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงสุด และ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202, p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวความคิดการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา (Social cognitive theory) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำการพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนเองสามารถจัดการได้ และไม่ยากเกินความสามารถ (Bandura, 1997) ส่วน

การรับรู้อุปสรรคเป็นศักยภาพทางลบของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหากรับรู้ถึงอุปสรรคน้อย ส่วนอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นตัวกระตุ้นหรือจัดกระทำจึงเกิดอิทธิพลที่ชัดเจนต่อพฤติกรรม การให้คุณค่าของสังคมและจะส่งผลต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะเกิดการรับรู้ เรียนรู้ ผ่านกระบวนการทางการใช้เหตุผลพิจารณาไตร่ตรอง โดยสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อการรับรู้และความคิดแล้วบุคคลก็จะตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมอย่างไร

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 63.30 และสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในทางบวกได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .352, p < .01$) ขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาของตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.40 และสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในทางลบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.202, p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.50 ทั้งสองตัวแปร ซึ่งพบว่า ไม่สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .202, p < .05$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และการอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างเป็นสังคมเมือง ต่างคนต่างทำงานทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาน้อย ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุส่งผลให้ได้รับข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตน้อย เพราะส่วนใหญ่ใช้หรือเล่นอินเทอร์เน็ตไม่เป็น ตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด แต่เนื่องจากส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แพทย์จึงนัดหมายทุก 3 เดือน ตัวอย่างส่วนใหญ่เจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและต้องมารับการรักษาและรับยาเป็นประจำจึงทำให้ตัวอย่างมีความคุ้นเคยและสนิทกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การตอบคำถามเป็นไปในด้านบวกมากกว่า การที่ต้องมารับยาเป็นประจำทำให้เห็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ เกิดความเห็นใจ เกรงใจ และเข้าใจเพราะเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีผู้ป่วยในความดูแลมาก

การศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และรองลงมาคือการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรหาวิธีการเพื่อกระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลืมรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การให้บุคคลในครอบครัวช่วยเตือนหรือช่วยในการจัดยาให้ผู้ป่วย มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีเทคนิควิธีการสื่อสารและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา
2. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น อายุ เพศ เป็นต้น และควรมีการศึกษาให้มีความหลากหลายของตัวอย่างและมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน
3. ควรมีการศึกษาในด้านการรับประทานยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการวิเคราะห์ถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องว่ามีผลต่อระดับความดันโลหิตอย่างไร

FACTORS PREDICTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

WIPAPORN WANGWORATRAKUL 5337361 NSCN/M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING), KANOKPORN MOOPAYAK, M.S. (PUBLIC HEALTH)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Hypertension is one of the major public health problems in Thailand. The prevalence of hypertension tends to increase with age. At present, hypertension ranks the third leading causes of mortality, and its prevalence rate per 100,000 persons was highest among non-communicable diseases (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2012). Hypertension is asymptomatic in the beginning, and the symptoms are not clearly noticeable in the initial period. However, it gradually damages internal organs until complications set in, and the disease becomes life-threatening. For this reason, hypertension is called a ‘silent killer.’ The goal of the treatment of hypertension is to control patients’ blood pressure level under 140/90 mmHg. If patients also have co-morbidities of diabetes mellitus or kidney disease, their blood pressure level should be lower than 130/80 mmHg (Chobanian et al., 2003). If hypertensive patients are able to control their blood pressure levels at a normal level, they can prevent possible complications, reduce severity of complications, and lower the risks of stroke mortality (Achanuparb, 2010; Hanucharunkul & Malatham, 2009).

Medication adherence is one important method to control blood pressure levels and reduce risks of stroke, heart disease, kidney disease, and death.

Hypertensive patients who have good medication adherence have better five-year survival rates than those who lack medication adherence (Bailey, Wan, Tand, Ghani, & Cushman, 2010). They are also 1.5 times better able to control their blood pressure levels compared to those who do not have medical adherence (Roumie et al., 2011).

Medication adherence refers to patients' behavior related to medication use that is in compliance with advice given by medical personnel (WHO, 2003). A previous study has shown that there are various factors that affect medical adherence in persons with essential hypertension. For example, perceived barriers to medication intake affect essential hypertensive persons' medication intake behavior. That is, patients who have more perceived barriers to medication intake are more likely to lack medication adherence than those who have fewer perceived barriers to medication intake (Wangthanakorn, Phatidamrongkul, & Kamchan, 2008). Furthermore, a study conducted to explore medication intake behaviors among hypertensive persons has shown that perceived self-efficacy is also associated with medication adherence (Prakobchai, 2010).

In addition, there are external factors or the environment that have an effect on medication adherence such as relationships between patients and physicians or healthcare personnel (Hill, Miller, & DeGeest, 2010), healthcare personnel's advice on medication intake, continuous reception of advice, patient-caregiver relationship, healthcare settings, and sources of information on medication use (Vrijens, Vincze, Kristanto, Urquhart, & Burnier, 2008; Burnier, 2006; Ittakon, 2006; Durongrithichai & Buacharoen, 2010). Furthermore, patients' participation in treatment can increase medication adherence (Harmon, Lefante, & Krousel-Wood, 2006). Other factors include patients' trust in medical healthcare staff, effective communication between patients and physicians, time for counseling, time for talk and discussion of symptoms, answering questions, and stimulation of medication intake, all of which affect medication adherence (Tsiantou, Pantzou, Pavi, Koulirakis, & Kyriopoulos, 2010; Hill, Miller, and DeGeest, 2010). For these reasons, the researcher was interested in investigating factors predicting medication adherence in essential hypertensive persons who sought services at a primary healthcare setting.

The selected factors of the present study were perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication

adherence, and patient-provider communication. This study investigated the predictive power of these factors on medication adherence in essential hypertensive patients seeking services at a primary healthcare setting.

Objective of the Study

The present study aimed at explaining medication adherence in essential hypertensive persons and determining predictive power of factors including perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication on medication adherence in essential hypertensive patients.

Research Hypothesis

Perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication could predict medication adherence in essential hypertensive patients.

Conceptual Framework of the Study

The social cognitive theory was employed as the conceptual framework of the study. According to the social cognitive theory, individuals' behaviors result from internal and environmental components, which have influence on one another. Moreover, individuals' behavioral expressions require reasoning, thinking, and decision-making processes based on individuals' observation which are compared to those of others, to be used together with self-evaluation. According to Bandura (1986), individuals' behaviors result from interaction among three components behaviors, cognition, and environment. That is, individuals' behavioral changes are caused by their interaction with their environment. Perceived self-efficacy and expectation of outcomes are internal factors that affect individuals' decision to take action or have behavioral adaptation. As the same way of perceived barriers to action

or problems, if individuals feel that the task they are doing is difficulty, they may give up on their effort and avoid such behaviors (Bandura & Adams, 1977).

Methodology

The present study was descriptive research.

Population and sample

The population of the study was patients with essential hypertension who had been treated with antihypertensive medication for at least six months at four primary healthcare centers in Bangkok and community hospitals in Nontaburi Province. The sample size was estimated Cohen's (1988) formula for calculating sample size. By using convenience samples, the total of 128 hypertensive patients were recruited from two primary care units in Bangkok and two community hospitals in Nontaburi province.

Research Instruments

The instruments consisted of six parts as follows:

Part I: The general data interview questionnaire: This instrument was divided into two parts—demographic characteristics and clinical health information of the subjects.

Part II: The perceived self-efficacy interview questionnaire: The interview questionnaire was modified from the questionnaire designed by Limpattanasiri (2004). It was composed of nine items which had a five-point Likert-type response format. The original version of the questionnaire was adapted to ensure suitability for use with persons with hypertension.

Part III: The perceived barriers to medication intake interview questionnaire: The instrument was modified from the perceived barriers to medication intake of Chaiman (2009). The questionnaire consisted of ten items with a five-point Likert-type response format.

Part IV: The reception of information on medication intake interview questionnaire: The questionnaire was constructed by the researcher based on a review

of related research and literature. It consisted of eight items which had a five-point Likert-type response format.

Part V: The patient-provider communication interview questionnaire: This instrument was developed by the researcher based on a review of related research and literature. It consisted of 12 items which had a five-point Likert-type response format.

Part VI: The hypertensive medication adherence interview questionnaire: The Morisky Medication Adherence Scale developed by Morisky and translated into the Thai language by Inkamane et al. (2010) was used in this study. The back-translation process was employed to ensure the instrument's validity. The questionnaire had a total of eight items with two response choices. The researcher received the permission from the instrument's developer to use in this study.

The perceived barriers to medication intake interview questionnaire, the perceived self-efficacy interview questionnaire, the reception of information on medication intake interview questionnaire, and the patient-provider communication interview questionnaire were submitted to a panel of five experts to ensure content validity. The content validity index (CVI) of these instruments was equal to 0.87, 0.80, 1.0, and 0.81, respectively. The reliability of each instrument was tested with 128 subjects using Cronbach's Alpha Coefficient. It was found that the reliability of the perceived barriers to medication intake interview questionnaire, the perceived self-efficacy interview questionnaire, the reception of information on medication intake interview questionnaire, the patient-provider communication interview questionnaire, and the medication adherence interview questionnaire was equal to 0.67, 0.81, 0.82, 0.91, and 0.64, respectively.

Data collection

After the research proposal was approved by the Institutional Review Board on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, and Department of Medicine, Bangkok Metropolitan Administration, the researcher asked for cooperation from the administrative healthcare officers. Convenience sampling was conducted on the day hypertensive persons came to receive services at the healthcare settings. The interview of each study subject took approximately 20 to 30 minutes.

Data analysis

A computer program was used to analyze the data. Descriptive statistics were used to analyze general data. In addition, Pearson's product moment correlation coefficient was employed to analyze the relationships among the study variables. Finally, multiple regression analysis was utilized to determine factors predicting medication adherence in hypertensive persons.

Findings

According to the study findings, more than three quarters of the subjects, or 76.60%, were female. Almost two-thirds, or 64.10%, were older than 60 years old, with the mean age of 63.06 years old. As for marital status, 61.7% were married. More than half (55.50%) completed elementary education, and 75% used the universal health coverage scheme to pay for their medical expenses. In addition, more than two-thirds of the subjects (67.19%) were unemployed/homemakers, and 51.60% earned more than 10,000 baht per month. More than three-fourths (76.60%) earned sufficient income. For clinical data, 43.75% of the subjects had another chronic illness in addition to hypertension, and 32.04% had two co-morbidities or more. The most commonly found co-morbidities were hyperlipidemia, followed by diabetes mellitus. Finally, half of the subjects (50%) had been diagnosed with hypertension for no more than five years, and 50.78% had been taking antihypertensive medication for five years.

The study findings revealed that perceived self-efficacy, perceived barriers to medication intake, reception of information on medication intake, and patient-provider communication had the mean scores at a moderate level, accounting for 63.30%, 66.40%, 69.50%, and 69.50%, respectively. However, medication adherence of the subjects was at a low level, accounting for 61%.

Pearson's product moment correlation coefficient showed that perceived self-efficacy had the highest level of relationship with medication adherence with statistical significance ($r = .386$, $p < .01$). Finally, the analysis of predictive power of all study variables indicated that all independent variables—perceived self-efficacy, perceived barriers to medication intake, reception of information on medication intake,

and patient-provider communication could co-explain the variance of medication adherence by 21% with statistical significance ($R^2 = .210$, $p < .01$). It was found that perceived self-efficacy ($\beta = .352$, $p < .01$) and perceived barriers to medication intake ($\beta = -.202$, $p < .05$) were the significant predictors of medication adherence with statistical significance.

Discussion

The study findings revealed that the subjects' overall medication adherence was at a low level, 61%, with the mean of 5.88. Such findings were consistent with the findings derived from interviews of the subjects' general data that more than half of the subjects, or 51.56%, tended to forget to take their medication. When this happened, they would take the medication during the next meal, or when they realized it. It was found that 68.7% of the subjects forgot to take their medication sometimes, and 56% forgot to bring their medication along when they traveled or left the house. This could be explained that almost two-thirds of the subjects in this study (64.10%) were elderly persons with the mean age of 63.06 years. Thus, they were more likely to be forgetful than individuals in other age groups. In addition, most of the subjects were females who were homemakers, so they were responsible for household chores and childcare. Their duties and responsibilities made them more likely to forget their medication intake. Furthermore, the subjects had co-morbidities and had to take more a number of pills in one meal. For instance, 67.19% of the subjects had to take more than one pill of antihypertensive medicine per day, and this could have an effect on their medication adherence (Gray, Mahoney, & Blough, 2001).

According to the study findings, perceived self-efficacy and patient-provider communication were positively related to medication adherence ($r = .386$, $p < .01$ and $r = .202$, $p < .05$, respectively). On the other hand, perceived barriers to medication intake were negatively related to medication adherence ($r = -.286$, $p < .01$), while reception of information on medication intake was not associated with medication adherence. When the factors of perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information on medication intake, and patient-provider information were entered into the analysis to determine their predictive

power of medication adherence, it was found that these four variables could co-predict medication adherence by 21% with statistical significance ($R^2 = .210$, $p < .01$). There were two factors that had an influence on medication adherence in hypertensive persons—which were perceived self-efficacy ($\beta = .352$, $p < .01$) and perceived barriers to medication intake ($\beta = -.202$, $p < .05$). On the other hand, reception of information on medication intake and patient-provider communication were not significant predictors of medication adherence.

The study findings yielded support to the study hypothesis and were in compliance with Bandura's social cognitive theory that perceived self-efficacy and expected outcomes are internal factors that have an effect on individuals' decision to take action. In general, individuals choose to have the behavior that they believe manageable for them and not too difficult for them (Bandura, 1997). Perceived barriers to action, in contrast, is a negative potential of individuals to carry out health behavior. To further explain, individuals will have health behavior if they have a low level of perceived barriers. Besides this, the external environment has an influence on individuals' behavior as it stimulates individuals to perform certain behaviors. Society's value affects individuals who perceive and learn such values through their reasoning process. The environment has an effect on individuals' perception and cognition, and it influences individuals to make a decision on how they will express their behavior.

The study findings also showed that the subjects had perceived self-efficacy at 63.30%, and perceived self-efficacy could positively predict medication adherence with the highest level of influence with statistical significance ($\beta = .352$, $p < .01$). Perceived barriers to medication intake were at a moderate level of 66.40%, and perceived barriers to medication intake could negatively predict medication intake with statistical significance ($\beta = -.202$, $p < .05$). Furthermore, it was found that reception of information on medication intake and patient-provider communication were at a moderate level (69.50% for both variables), and they could not predict medication adherence in essential hypertensive patients with statistical significance. However, reception of information on medication intake was not associated with medication adherence with statistical significance. One plausible explanation is that most of the subjects in this study were elderly persons who stayed at home as homemakers and they lived in an urban society with fewer chances to interact with

other persons to exchange information about their disease and medication. Moreover, they were in the older generation, so a large number of them did not have Internet access to search for information. Most of them received information on medication intake from their physician and healthcare providers. However, they were able to control their blood pressure levels satisfactorily. They had a chance to meet their physician only once every three months; hence, they may have less opportunity to receive information about their medication intake. Furthermore, the subjects had been stricken with hypertension for more than one year and had a universal health security scheme to access to health care facilities. They may feel rather familiar with healthcare staff members and their responses were rather positive due to such familiarity. It was also possible that when the subjects had to come to the hospital often and saw how hard healthcare personnel worked, they would develop thoughtfulness and consideration and felt that they did not want to bother them or disrupt their hard work. As a result, the findings of this study showed that perceived self-efficacy had the highest influence on medication intake of essential hypertensive persons, followed by perceived barriers to medication intake.

Recommendations

1. Nurses should search for resources in the family that can act as a reminder of medication intake, particularly among forgetful elderly persons. For instance, family members may not only remind their family members with essential hypertension to take medication, but they can also help prepare the medication for the patients to take in each meal.
2. Nurses should organize activities that help promote perceived self-efficacy and reduce perceived barriers to medication intake among hypertensive persons. For example, nurses should be equipped with knowledge and skills on communication techniques so that they can disseminate knowledge on significance of medication adherence among hypertensive persons.
3. The findings of the present study could be used as baseline data for further studies. For instance, experimental studies should be conducted to better determine which factors can effectively promote medication adherence in hypertensive persons.

รายการอ้างอิง

- ธิดารัตน์ สุจิตธรรม, วิทยา กุลสมบุรณ์, & อุษาวดี มาลีวงศ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(1), 29-39.
- นงลักษณ์ อิงคมนตรี, ศศิมา กุสุมา ณ อุทธยา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, และธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 56-64.
- นิตยา พันธุเวช, และ ธิดารัตน์ อภิญา. (2554). ประเด็นสารบรรณครั้งวันความดันโลหิตสูงโลก 2554. 4 มิถุนายน 2555, จาก http://thaincd.com/document/file/news/pprocurement/ประเด็นสารความดันโลหิตสูง_54.5pdf
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี ฐีไพบระ. (2552). คู่มือยา. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- พรรณี ส่งสาย. (2541). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พินทอง รัตนภูงศ์. (2550). การดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (*Essential Hypertension*). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. (2549). ความดันโลหิตสูงในคนไทย. *สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย*, 2(16), 1-6
- รติพร คำทัง, นันทวัน สุวรรณรูป, นริศ กิจณรงค์, และ นันทิยา วัฒนา. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ

- พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อของประชากรกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 93-101.
- วนิดา ครุฑฤทธิชัย. (2553). การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2553). แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันภักดี (Eds.), การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : บูรณาการสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สมจิตร หนูเจริญกุล, และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมัยพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค. การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). โรคความดันโลหิตสูง Hypertension. 3 กันยายน 2556, จาก <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2555). บริการปฐมภูมิ : บริการสุขภาพใกล้ใจ และใกล้บ้าน. 23 กันยายน 2556, จาก www.moph.go.th/ops/hcrp/download/primary.doc
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2555). สถิติสาธารณสุข.30 มิถุนายน 2557, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic55/2.3.6_55.pdf
- สุพาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา, และ นันทวัน สุวรรณรูป. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 18-26.
- สุมาลี วัฒนการ, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และ ปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). ดำรงการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 (ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- โสภณ เมฆธน. (2553). โครงการสนองนำพระราชกฤษฎีกาในหลวง ห่วงใยสุขภาพประชาชน. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Bailey, J. E., Wan, J. Y., Tand, J., Ghani, M. A., & Cushman, W. C. (2010). Antihypertensive Medication Adherence, Ambulatory Visits, and Risk of Stroke and Death (Vol. 25): Society of General Internal Medicine.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action A Social Cognitive Theory* New Jersey, United States of America: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self- Efficacy The Exercise of Control* New York W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change'. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, New Jersey: Charles B Slack.
- Burnier, M. (2006). Medication Adherence and Persistence as the Cornerstone of Effective Antihypertensive Therapy. *American Journal of Hypertension*, 19(11), 1190-1196. doi: 10.1016/j.amjhyper.2006.04.006
- Chaimun, B. (2009). *Factors associated with medication adherence of patients with type 2 diabetes mellitus in Khumaung District, Burirum province, Thailand*. The degree of Master of Nursing Science Mahidol University Bangkok.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Jr, J. L. Izzo, et al. (2003). JNC 7: Complete Report Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. <http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences* (2 ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- ESH/ESC Guidelines. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of the arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Uropean Heart Journal* 34, 2159-2219.

- Gascon, Juan J, Sanchez-Ortuno, Montserrat, Llor, Bartolome, Skidmore, David, & Saturno, Pedro J. (2004). Why hypertension patients do not comply with the treatment: Result from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125-130.
- Gray, S. L., Mahoney, J. E., & blough, D. K. (2001). Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *The Annals of Pharmacotherapy*, 35(5).
- Harmon, G., Lefante, J., & Krousel-Wood, M. (2006). Overcoming barriers: the role of providers in improving patient adherence to antihypertensive medications. *Current Opinion in Cardiology*, 21(4), 310-315.
- Hill, M. N., Miller, N. H., & DeGeest, S. (2010). ASH position paper: Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 12(10), 757-764. doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00356.
- Itthakom, S. (2006). *Factors related to caregiver's help with medication adherence of persons with hypertension*. The Degree of Master of Nursing Science (Community Health Nursing), Mahidol University.
- Jalili, Z., Nakhaee, N., Askari, R., & Sharifi, V. (2007). Knowledge, Attitude and Preventive Practice of Women Concerning Osteoporosis. *Iranian Journal Publ Health*, 36(2), 19-24.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2010). *Clinical Hypertension* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkis, A Wolters Kluwer.
- Limpattanasiri, J. (2004). *Factors Affecting Medication Adherence Among Schizophrenic patients* The Degree of Master of Nursing Science, Mahidol University, Bangkok.
- Lindorff, M. (2005). Determinants of received social support: Who gives what to managers ? (Publication no. 10.1177/0265407505052439). from SAGE
- Manuel, M., Sandra, R., Filipa, M. A., Luisa, P., & Miguel, C.-B. (2010). Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 1(4), 196-202.
- Matthews, S. M., Peden, A. R., & Rowles, G. D. (2009). Patient-provider communication: Understanding diabetes management among adult femals. *Patient Education and Counseling*, 76, 31-37.

- Mazzaglia, G., Ambrosioni, E., Alacqua, M., Filippi, A., Sessa, E., Immordino, V., . . . Mantovani, L. G. (2009). Adherence to Antihypertensive Medications and Cardiovascular Morbidity Among Newly Diagnosed Hypertensive Patients (Publication no. 10.1161/circulationaha.108.830299). Retrieved October 5, 2009, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19805653>
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Naewbood, S. (2005). *Factors related to medication adherence among persons with hypertension*. The degree of master of nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Onchim, W. (2002). *A study of self - efficacy and self care behavior of hypertensive patients*. The degree of master of nursing science, Mahidol University, Bangkok.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-m
- Park, Jae-Hyun, Shin, Youngsoo, Lee, Sang-Yi, & Lee, Sang III. (2008). Antihypertensive drug medication adherence and its affecting factors in South Korea. *International Journal of Cardiology*, 128, 392-398.
- Park, K.-A., Kim, J.-G., Kim, B.-W., Kam, S., Kim, K.-Y., Ha, S.-W., & Hyun, S.-T. (2010). Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes Journal*, 34(1), 55-65. doi: 10.4093/kdj.2010.34.1.55
- Peepratoom, B. (2005). *Factors influencing compliance of adults with asthma*. The Degree of Master of Nursing Science, Mahidol University, Bangkok.
- Polic, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing research*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Polzer, R. L. (2007). African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self-management. *Research in Nursing & Health*, 30(2), 164-174. doi: 10.1002/nur.20179
- Prakobchai, S. (2010). *Factors influencing medication-taking behavior of hypertensive patients*. The degree of master of nursing science (Adult nursing), Mahidol University Bangkok.

- Punyawantane, P. (1998). *Noncompliance of antihypertensive drugs used among out-patients at Surat-Thani Hospital* Mahidol University, Bangkok.
- Roumie, C. L., Greevy, R., Wallston, K. A., Elasy, T. A., Kaltenbach, L., Kotter, K., et al. (2011). Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med*, 34(4), 244-253. doi: 10.1007/s10865-010-9304-6
- Santhosh YL, & Naveen MR. (2011). Medication Adherence Behavior in Chronic Diseases like Asthma and Diabetes. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science*, 3(3), 238-240.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4).
- Schoenthaler, A., Chaplin, W. F., Allegrante, J. P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J. N., & Ogedegbe, G. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans (Publication no. doi:10.1016/j.pec.2008.09.018). from Published by Elsevier Ireland Ltd
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care*, 43(6), 521-530.
- Steward, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association*, 152(9).
- Tantayothin, S. (2004). *Factors influencing nutritional and exercise behaviors of hypertensive patients in Sainoi district, Nonthaburi province* The degree of master of nursing science, Mahidol University, Bangkok.
- Tsiantou, V., Pantzou, P., Pavi, E., Koulirakis, G., & Kyriopoulos, J. (2010). Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: results from a qualitative study (Publication no. 10.2147/PPA.S12326).
- Vrijens, B., Vincze, G., Kristanto, P., Urquhart, J., & Burnier, M. (2008). Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ*, 336(7653), 1114-1117. doi: 10.1136/bmj.39553.670231.25
- Warren-Findlow, J., Seymour, R. B., & Huber, L. R. B. (2011). The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults

(Publication no. 10.1007/s10900-011-9410-6). Retrieved August 1, 2011, from SpringerLink

Wiwatkunoopakarn, S. (2001). *Drug Compliance Among Essential Hypertensive Patients At Nan Hospital*. Mahidol University Bangkok.

World Health Organization. (2003). *Hypertension in adherence to long-term therapies evidence for action*. Retrieved May 14, 2012, from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf

Wroth, T. H., & Pathman, D. E. (2006). Primary Medication Adherence in a Rural Population: The Role of the Patient-Physician Relationship and Satisfaction with Care. *Journal of the American Board of the Family Medicine*, 19(5).

Xu, Y., Toobert, D., Savage, C., Pan, W., & Whitmer, K. (2008). Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People With Type 2 Diabetes. *Research in nursing & Health* 31(6).



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

1. ศาสตราจารย์ นพ. รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์
รองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
(แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวศิวะพร บุญมาศ
พยาบาลชำนาญการ ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสาวอารีย์ วงษ์ประเสริฐ
พยาบาลวิชาชีพ (APN อายุรศาสตร์) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณาคำถาม
และตอบคำถามตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย / หน้าคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ปี
3. อาชีพ

☐ รับราชการ	☐ รับจ้างทั่วไป	☐ อื่นๆ.....
☐ พนักงานบริษัท	☐ เกษตรกร	
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	☐ ค้าขาย	
4. สถานภาพสมรส

☐ โสด	☐ หย่า / แยก
☐ คู่	☐ หม้าย
5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ อนุปริญญา / ปวส./ ปวช.	☐ อื่นๆ.....
☐ ประถมศึกษา	☐ ปริญญาตรี	
☐ มัธยมศึกษา	☐ ปริญญาโท	

6. สิทธิการรักษาพยาบาล

- ☐ สิทธิข้าราชการ ☐ ข้าราชการบำนาญ
☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

7. รายได้ต่อเดือน ต่อครอบครัว

- ☐ ไม่มีรายได้ ☐ 15,001 – 20,000 บาท
☐ น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 20,001 – 25,000 บาท
☐ 5,001 - 10,000 บาท ☐ 25,001 – 30,000 บาท
☐ 10,001 - 15,000 บาท ☐ มากกว่า 30,000 บาท

8. รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่

- ☐ เพียงพอ ไม่มีเก็บ ☐ เพียงพอ มีเก็บ
☐ ไม่เพียงพอ

9. โรคประจำตัวอื่นๆ

- ☐ เบาหวาน ☐ โรคหัวใจ
☐ ไขมันในเลือดสูง ☐ อื่นๆ ระบุ
- ☐ โรคไต

10. การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ท่านใช้ร่วมกับการรักษาที่ได้รับจากแพทย์

- ☐ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ.....เหตุผลที่ใช้.....

11. บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ อยู่คนเดียว ☐ บุตร
☐ ภรรยา/สามี ☐ หลาน
☐ พี่/น้อง ☐ อื่นๆ ระบุ.....

12. บุคคลที่จัดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ท่านรับประทานเป็นประจำคือใคร

- ☐ จัดเอง ☐ ลูกหลานหรือญาติ
☐ อื่น ๆ ระบุ.....

13. ยาที่ท่านรับประทานในปัจจุบันมีการลิ้มรับประทานยาหรือไม่

- ☐ ลิ้ม ☐ ไม่ลิ้ม

ถ้าลิ้ม ท่านทำอย่างไร

ข้อมูลทางคลินิก

14. น้ำหนัก กก. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
15. ระดับความดันโลหิต ครั้งล่าสุด BP mmHg
16. ระดับความดันโลหิตครั้งนี้ BP.....mmHg
17. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี
18. ระยะเวลาที่รับประทานยาลดความดันโลหิต ปี
19. ชนิดและขนาดของยารักษาความดันโลหิตสูงที่รับประทาน
.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

- มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด
- มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่
- มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง
- มั่นใจน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ค่อนข้างน้อย
- ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตามเวลาที่แพทย์สั่ง					
2. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถรับประทานยาได้ตรงตามจำนวนเม็ดที่แพทย์สั่ง					
.					
.					
.					
9.ท่านมั่นใจว่า จะรับประทานยาแม้ท่านคิดว่ายาไม่มีประโยชน์					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดท่านทั้งหมด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดท่านปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความคิดท่านค่อนข้างน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความคิดของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าการรับประทานยาหลายเม็ด ทำให้ยุ่งยากใจ					
2. ท่านคิดว่าการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะทำให้เกิดพิษสะสมในร่างกาย					
3. ท่านกลัวอาการข้างเคียงจากการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง					
.					
.					
.					
10. ฉลากยาตัวเล็ก อ่านฉลากยาลำบาก ทำให้ท่านมีปัญหาในการจัดยาเพื่อรับประทาน					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทนยา

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
 บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านค่อนข้างน้อย
 ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการรับประทนยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อาการข้างเคียงต่างๆและอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ก่อนนัด จากสื่อ สารสนเทศ เช่น อินเทอร์เน็ต					
2. ท่านได้เข้าชมนิทรรศการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทนยารักษาโรคความดันโลหิตสูง					
.					
.					
.					
.					
8.ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทนยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จากสื่อวิทยุและโทรทัศน์					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
 บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านค่อนข้างน้อย
 ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล พุดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร					
2. แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล พุดให้ท่านมีความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูง					
3. แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล เปิดโอกาสให้ท่านซักถามเกี่ยวกับการรับประทานยา					
.					
.					
.					
.					
12. แพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ให้โอกาสท่านได้บอกถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดจากการรับประทานยาโดยไม่ตำหนิท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เหตุการณ์	ใช่	ไม่ใช่
1. มีบางครั้งที่คุณลืมกินยาลดความดันโลหิต		
2. บางคนบางครั้งก็ไม่กินยาโดยมีเหตุผลอื่นนอกจากลืม คุณลองคิดทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่คุณไม่ได้กินยาความดันโลหิต		
3. คุณเคยลดขนาดยาหรือหยุดกินยาความดันโลหิตเอง โดยไม่ได้บอกแพทย์ เพราะคุณรู้สึกแยเมื่อต้องกินยา		
.		
.		
.		
7. บางคนรู้สึกว่าการกินยาทุกวันทำให้ไม่สะดวก คุณรู้สึกอึดอัดใจกับการต้องกินยาความดันโลหิตอย่างเข้มงวดตามแผนการรักษา		

8. คุณรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดบ่อยครั้งแค่ไหน

- ไม่เคยรู้สึก / น้อยครั้ง.....4
 นานๆ ครั้ง 3
 บางครั้ง 2
 บ่อยครั้ง.....1
 เป็นประจำ 0

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อโครงการ	ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววิภากรณ์ วัชรตระกูล
สถานที่วิจัย	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช, ศูนย์ชุมชนสุขภาพดี คลอง10 โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลบางกรวยและโรงพยาบาลบางใหญ่
ที่อยู่	264/19 อาคารบี หอพัก 8 ไร่ ถ.รถไฟ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา ว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่มีผลต่อการกินยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยโครงการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้ได้ทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินยาและสาเหตุที่มีผลต่อการกินยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกินยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากขึ้นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหน่วยงานในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรมบริการ การพูดคุยสื่อสารและ การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น แต่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง

ท่านที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รักษาด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ จะมีผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 128 ราย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับเมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัย จำนวน 6 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการ

รับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม และอาจทำให้ท่านเสียเวลาในการตอบคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้และถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือชี้แจงเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการหรือการตรวจรักษาที่ท่านสมควรได้รับแต่ประการใด

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถติดต่อได้ที่ผู้วิจัย คือ นางสาววิทยาการ วัชรตระกูล โทร 089-4770809 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากที่ท่านต้องจ่ายตามปกติ หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบในการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้าตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนการวิจัย สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับคณะกรรมการจริยธรรมได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนพราณนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 02-4192670-1

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ร่วมวิจัย

(.....)

วันที่ เดือน.....พ.ศ.

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน..... แขวง/
ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาและวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาววิภากรณ์ วัชรตระกูล ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-4770809 ทั้งในและนอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนพรมานก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทร 024192670-1

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่จะได้รับ และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ได้รับในการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
(.....)
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ..... จึงได้ลงมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)
วันที่.....เดือน, ...พ.ศ.

ภาคผนวก ง

เอกสารอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

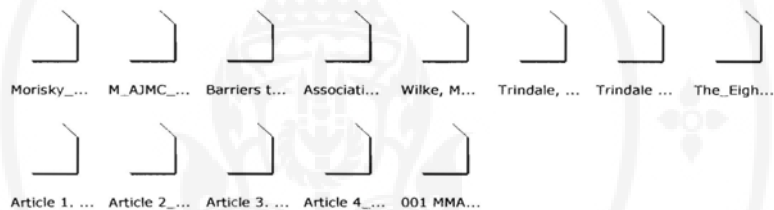
Re: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) - Yahoo! Mail

Page 1 of 2

Re: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

Saturday, February 4, 2012 8:15 PM

"Donald E. Morisky" <dmorisky@ucla.edu>
"wipaporn w" <wipaporn_bu@yahoo.com>
13 Files (2548KB)



Thank you very much Wipaporn for your interest in our adherence scales and your request to use the copyrighted MMAS-8. The scale is a generic assessment of medication-taking behavior and has been used in a number of health conditions, both chronic and infectious diseases. It is a reliable and valid indicator to assess self reported medication-taking behavior, including several levels of criterion related validity (blood pressure control, HgA1c) discriminant validity (social desirability) and persistence using pharmacy fills as a criterion. The scale is not in the public domain and should not be on the internet without my permission) and can only be used through issuance of a license agreement through the owner/developer. This is the only way the integrity of the scale can be maintained, as you will note so many "modified" versions being published.

Since you are a master's student conducting adherence research, I have put together a waiver of license and copyright agreement form for you to fill out and sign and return to me. My only request is that you adhere to the copyright laws, cite our research and provide me with a brief summary of your findings upon completion of your study. I trust that you will abide with these simple guidelines in using the scale and thank you for your interest. I have also attached recent articles that you can use in your background citing additional levels of criterion-related validity of the MMAS-8. I wish you the best of success on your psychometric course and adherence research. I have attached several articles which provide a historical overview of the development of the MMAS from its original Morisky, Green and Levine scale to the MMAS-4 to its current MMAS-8. I hope you find these articles informative. I would appreciate your thoughts.....Please sign and return the license and copyright agreement to me at your earliest convenience. I have also attached for your use a copy of the validated translation of the Thai version of the MMAS-8. I would like for you to back translate this into English so I can confirm the construct validity of each item in the scale. Please do not look at the Current English version of the scale on the attached license agreement as I do not want you to compromise the translation process back to English. Please let me know if you have any questions regarding this backward translation process. Thank you...

Dr. Morisky...

Sincerely,

Dmorisky

Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M.

Professor and Program Director, Doctoral Training in the Social and Behavioral Determinants of

e: Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) - Yahoo! Mail

Page 2 of 2

*HIV/AIDS Prevention
Department of Community Health Sciences
UCLA School of Public Health
650 Charles E. Young Drive South
Box 951772
46-071 CHS
Los Angeles, CA 90095-1772*

*email: dmorisky@ucla.edu
Phone: (310) 825-8508
Fax: (310) 794-1805*

At 06:02 AM 2/3/2012, wipaporn w wrote:

Dear Professor Morisky :<?xml:namespace prefix = o ns = "urn:schemas-microsoft-com:office:office" />

My name is Ms. Wipaporn Wangworatrakul. I previously worked as a nurse in Primary Care Unit of Siriraj Hospital in Bangkok, Thailand. Currently, I am pursuing a Master of Nursing Science at Mahidol University also in Bangkok. During the course of my research I came across the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) and would very much like to use this valuable tool in the research I am conducting on high blood pressure.

I understand that you previously granted a license to a former student from my university, Ms. Nongluck Ingkamanee, and were kind enough to waive the licensing fee. I would be very grateful if you extended the same generosity to me.

I very much look forward to your positive response. If you have any questions please contact me.

Very truly yours,

Ms.Wipaporn Wangworatrakul

Master of Science in the nursing program in Community Nurse Practitioner
Faculty of Nursing Science , Mahidol University
Thailand

<http://us.mc1140.mail.yahoo.com/mc/showMessage?sMid=53&filterBy=&.rand=818205...> 15/01/2548

ภาคผนวก จ
เอกสารรับรองโครงการวิจัยจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 559/2012

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

รหัสโครงการ : 503/2555(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาววิภาภรณ์ วัชรตระกูล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถามการวิจัย
6. ข้อความประกาศเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย
7. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 17 ตุลาคม 2555

วันหมดอายุ : 16 ตุลาคม 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฑามาศ สูงสง่า)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

173 ๗๓๕ ๒๕๕๕
วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

14 พ.ย. 2555
วันที่



No. 101

**Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration**

Title of Project : Factors Predicting to Medication Adherence
in Patients with Hypertensive

Registered Number : 007.56

Principal Investigator : Miss Wipaporn Wangworatrakul
Co-Investigator : Asst. Dr. Nantawon Suwonnaroop
Assoc. Kanokporn Mupayak

Name of Institution : Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

P. Saicheua
..... Chairman
(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL ๒๐ มิ.ย. ๒๕๕๖

ภาคผนวก จ

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) ของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้ผลดังนี้

1. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน จากค่า Durbin-Watson ที่มีค่าเข้าใกล้ 2 งานวิจัยนี้มีค่า Durbin-Watson = 2.285
2. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์
3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0 โดยการใช้ Normal PP plot ตรวจสอบ มีการเรียงตัวใกล้เคียงเส้นตรง
4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยดูที่ค่า Tolerance ซึ่งมีค่ามากกว่า .2 เพราะหากค่า Tolerance มีค่าน้อยกว่า .2 แสดงว่า เกิด multicollinearity สำหรับงานวิจัยนี้มีค่า Tolerance > .2

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.459 ^a	.210	.185	1.44328	2.285

a. Predictors: (Constant), SUMCOM, SUMBM, SUMSE, SUMIM

b. Dependent Variable: SUMMMASR

Residuals Statistics^a

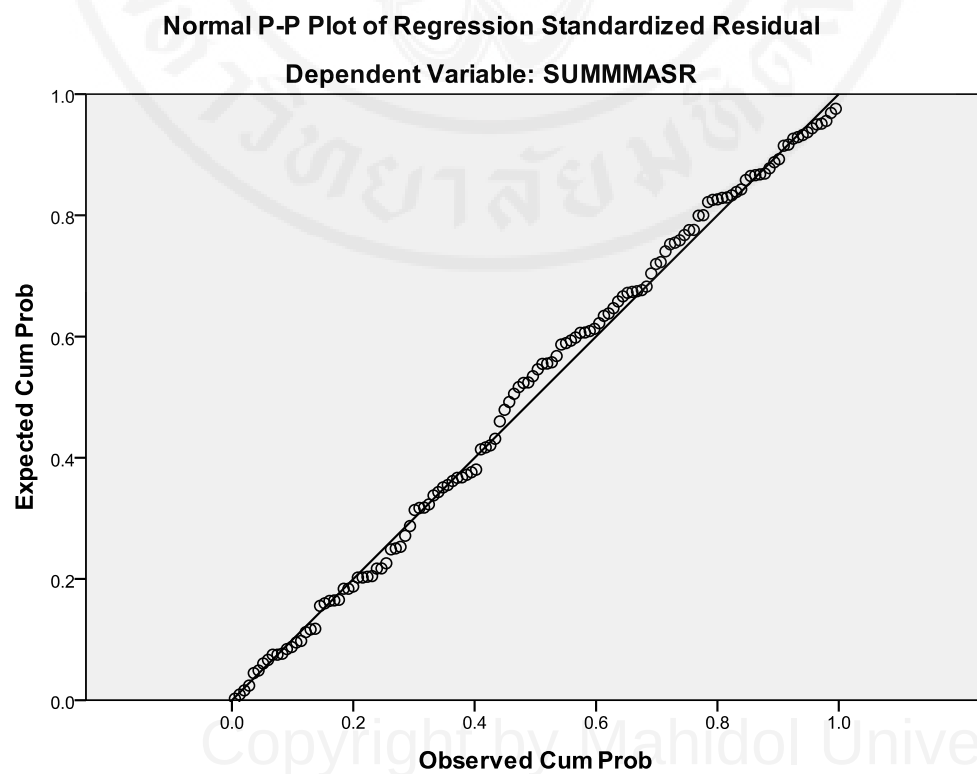
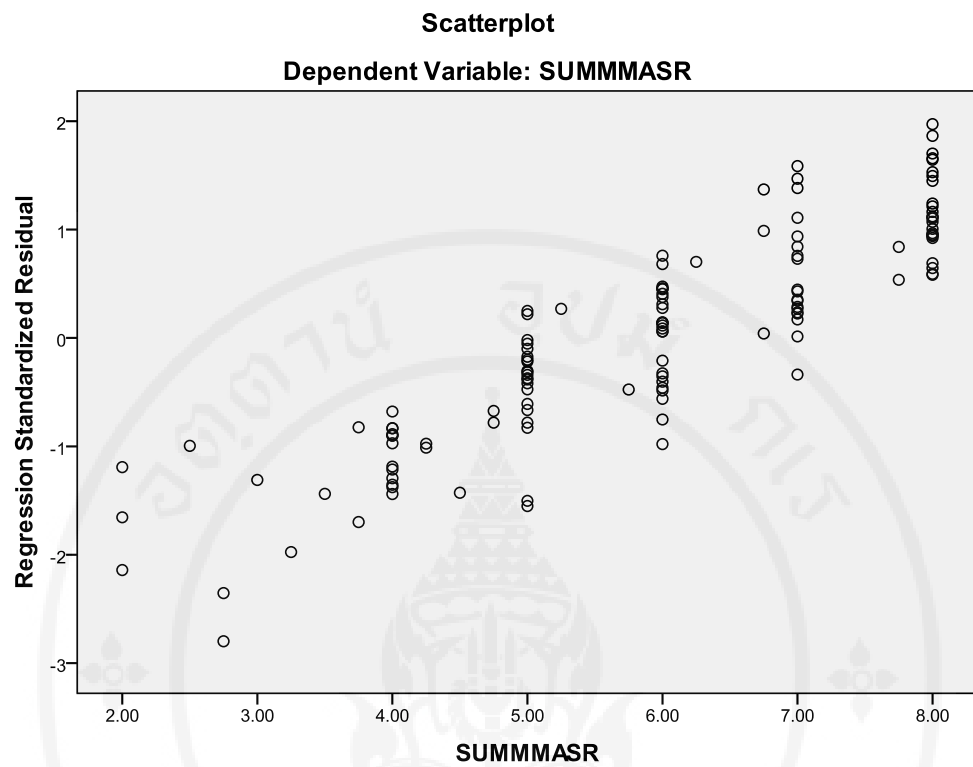
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	3.7193	7.4876	5.8809	.73323	128
Residual	-4.03755	2.84591	.00000	1.42037	128
Std. Predicted Value	-2.948	2.191	.000	1.000	128
Std. Residual	-2.797	1.972	.000	.984	128

a. Dependent Variable: SUMMMASR

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	2.645	1.295		2.042	.043		
	SUMSE	.120	.029	.352	4.085	.000	.863	1.158
	SUMBM	-.058	.025	-.202	-2.374	.019	.887	1.127
	SUMIM	-.032	.022	-.129	-1.465	.146	.831	1.203
	SUMCOM	.013	.019	.069	.726	.469	.718	1.394

a. Dependent Variable: SUMMMASR



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววิภากรณ์ วัชรตระกูล
วัน เดือน ปีเกิด	16 กุมภาพันธ์ 2522
ภูมิลำเนา	จังหวัดอุดรธานี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2557
ประวัติการทำงาน	หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
ทุนการศึกษา / ทุนวิจัย	ทุนพระราชทานพัฒนาศิริราช ทุนเฉลิมพระเกียรติพระชนมายุ 84 พรรษา มหาราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	116 ม.9 ต.คลอง อ. เมือง จ. ภูเก็ต 83200 โทรศัพท์ 089-4770809
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	พยาบาลปฏิบัติการ หน่วยพยาบาลปฐมภูมิ งานการพยาบาลปฐมภูมิ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช โทรศัพท์ 02 – 4197718- E- mail : wipaporn_bu@yahoo.com