ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*

เรณู ขวัญยืน**
สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 370 รูป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของ ฮอร์นและคณะ แปลเป็นภาษาไทย โดย ยศพล เหลืองโสมนภา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 56.20 และระดับเหมาะสม ร้อยละ 43.80 ระดับการศึกษาและการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่ระยะเวลาอาพาธมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อย่างไรก็ตามอายุ จำนวนของยาที่ได้รับ และภูมิลำเนา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์ ($p>0.05$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้พยาบาลควรนำข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องการกินยาไปใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อสร้างความร่วมมือในการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : พระสงฆ์, ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง

---

* การศึกษาค้นคว้าอิสระ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
Corresponding author; E-mail: 1234renukwan@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Factors related to beliefs about taking medicines among the monks with non-communicable diseases*

Renu Kwanyuen**
Somjai Puttapitukpol***

Abstract

This descriptive study was purposed: (1) to evaluate the levels of beliefs about taking medicines and (2) to explore factors related to the beliefs about taking medicines in the monks with non-communication diseases. The sample of this study comprised of 370 monks with diabetes mellitus and hypertension receiving healthcare services at outpatient department, Priest Hospital. Data were collected by using the of Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) of Horn,et,al., translated into Thai by Yosapon Leaungsomnapa. Data were analyzed by using in to descriptive statistic and Spearman's correlation.

The results revealed that about fifty-six percent (56.2%) of monks with non-communicable diseases had the lowest level of beliefs of taking medicines, while 43.80% had the highest level of beliefs about taking medicines. Moreover, the education levels and the discomfort of medication consuming were positively correlated with the beliefs about medicines significantly ($p<0.05$). The duration of illness was negatively correlated with the beliefs about taking medicines significantly ($p< 0.05$). However, age, quantity of medication consuming, and domicile were not significantly correlated with the monks' beliefs of taking medicines ($p>0.05$).

This study suggests that the nurses should apply beliefs about medication used to develop the program to improve drug adherence in the monks with non-communication diseases effectively.

Keywords : Monks, Beliefs about taking medicines, Non-communication disease, DM, Hypertension

---

* Independent Study, Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathrat Open University

** Nursing instructor, Faculty of Nursing, Suan Dusit University
Corresponding author; E-mail: 1234renukwan@gmail.com

*** Associate Professor; School of Nursing, Sukhothai Thammathrat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิถีชีวิตของชาวไทยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพระพุทธศาสนา คำสอนในพระพุทธศาสนาได้ซึมซาบอยู่กับวิถีชีวิตของคนไทยและเป็นแบบอย่างแห่งการดำเนินชีวิตจนก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้นมา โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนคนไทย การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ผลจากการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 90,250 รูป ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550[1] และโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 94,928 รูป จาก 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังคงสูบบุหรี่[2]

ในการรักษาดูแลพระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ การสนับสนุนให้พระสงฆ์ใช้ยาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมระดับอาการของโรค และป้องกันการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน เช่น ควบคุมการรับประทานอาหาร ส่งเสริมการออกกำลังกาย และส่งเสริมให้พระสงฆ์สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้การรักษาดีขึ้น[3] สามารถลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยด้านความเชื่อ หรือการรับรู้ของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) ในกลุ่มพระสงฆ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการกินยาอย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย ส่งผลให้มีพฤติกรรมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ[4] จากการศึกษาของ Rujisatian[5] กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ เลเวนทาวล์ ดีเฟนบาช และเลเวนทาวล์[6] อธิบายว่าพฤติกรรมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วย (illness perceptions) ของบุคคลนอกเหนือจากการรับรู้ความเจ็บป่วยแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาถือเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ และมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยาเช่นกัน

นอกจากนี้ Leventhal และคณะ[7] กล่าวถึงกรอบแนวคิดจากสามัญสำนึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (The common – sense model; CSM) โดยอธิบายถึงเป้าหมายการควบคุมตนเองเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดภาวะพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งได้นำมาพัฒนาและอธิบายความร่วมมือในการกินยา (medication adherence) โดยกล่าวว่าการที่บุคคลจะกำกับตนเองให้มีความร่วมมือในการกินยานั้น มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (representative of treatment)

จากการศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือ ในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูง ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินในยาระดับมาก ส่วนเรื่องของความเชื่อด้านความกังวลใจจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และอันตรายจากการกินยาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการกินยา การสร้างความร่วมมือในการกินยาให้แก่ผู้ป่วยนั้น บุคลากร

ทางการแพทย์สามารถกระทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา[3]

จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2557[8] พบว่าพระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ร่วมกับการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีผู้ดูแล แต่มีเพียงพระสงฆ์ในวัดเป็นผู้ดูแลเมื่ออาพาธโดยมักจะอยู่เพียงลำพังในกุฏิ และมีผู้มาดูแลเป็นครั้งคราวตามพระวินัยของพระสงฆ์[9] จากข้อมูลพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการฉันยาเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขต้องคำนึงถึงการปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ได้แก่ การปรับเวลา ขนาดการรับประทานยาให้เหมาะสมกับข้อปฏิบัติ และความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล

พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองได้ พระสงฆ์จำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการฉันยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่พระสงฆ์มีข้อจำกัดและวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในการฉันยาในพระสงฆ์ยังมีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผน และกำหนดวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของ Horne[10] ซึ่งศึกษาความเชื่อการกินยาด้วยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about Medicines Questionnaire: BMQ) ได้กล่าวว่าลักษณะการควบคุมตนเองใช้กำหนดภาวะพฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ร่วมกับความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) มีองค์ประกอบ 2 กลุ่ม คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific-necessity) กับความกังวลจากการกินยา (specific – concern) และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) ประกอบด้วย ด้านการใช้ยามากเกินไป (general – overuse) กับด้านอันตรายจากการกิน (general – harm) แนวคิดนี้ได้กล่าวถึงการที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ร่วมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา หาระดับความเชื่อของแต่ละด้าน และศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการ

ใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation study) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาได้แก่ พระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึงวันที่ พฤษภาคม 2560 จำนวน 3,452 รูป

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) พระสงฆ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคเดียวกัน อย่างน้อย 2 ครั้งและ 3) สามารถสื่อสารได้ดี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (correlation) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.95 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) 0.19 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 354 รูป เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 370 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs about medicines questionnaire; BMQ) ของ ฮอร์นและคณะ[10] ซึ่งยศพล เหลืองโสมนภา[11] แปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) จำนวน 10 ข้อ มี 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific -Necessity) จำนวน 5 ข้อ และด้านความกังวลจากการกินยา (specific - concern) จำนวน 5 ข้อ และองค์ประกอบที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) มี 2 ด้าน จำนวน 8 ข้อ คือ ด้านการใช้ยามากเกินไป (general-overuse) จำนวน 4 ข้อ ด้านอันตรายจากการกินยา (general - harm) จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จาก 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากแบบสอบถามมีคะแนนอยู่ในช่วง 18 – 90 คะแนน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นพระสงฆ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณลักษณะเฉพาะ การแบ่งกลุ่มความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจึงใช้คะแนนเฉลี่ยจากผลการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเท่ากับ 59 คะแนน โดยพระสงฆ์ที่มีคะแนนความเชื่อในการกินยาสูงกว่าค่าเฉลี่ยจะถือว่าอยู่ในระดับเหมาะสม และพระสงฆ์ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย ถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และจำแนกระดับความเชื่อด้วยคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ปานกลาง คะแนน

เฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มาก และ คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 กับพระสงฆ์อาพาธ โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[12] มีค่าเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สำรวจรายชื่อพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงจากแฟ้มผู้ป่วย เมื่อพบพระสงฆ์ที่มีคุณลักษณะที่กำหนดขณะรอพบแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสายตา ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้สะดวก ผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อ จนครบ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของคำตอบ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารเลขที่ 49/2559 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เอกสารเลขที่ 1/2560 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยมีการชี้แจงข้อมูลและได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย คือ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าต่ำสุด (minimum) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.10) มีอายุมากกว่า 60 ปี เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.50) มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40 มีระยะเวลาอาพาธด้วยโรคเรื้อรังระหว่าง 5 – 10 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 34.10 จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ ระหว่าง 1-5 ชนิด มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.80 และร้อยละ 85.90 ไม่เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และร้อยละ 74.30 ไม่เคยปรับยาด้วยตนเอง

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า พระสงฆ์อาพาธจำนวน 208 ราย (ร้อยละ 56.2) มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาไม่เหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 58.82 คะแนน,S.D. = 11.4 และจำนวน 162 ราย (ร้อยละ 43.8) มีระดับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา อยู่ในระดับมาก (specific-necessity) ค่าเฉลี่ย 21 ± 3.63 และด้านความกังวลจากการกินยาอยู่ในระดับปานกลาง (Specific-concern) ค่าเฉลี่ย 14.42 ± 5.18 และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ

general) ด้านการใช้ยามากเกินไป อยู่ในระดับปานกลาง (general-overuse) ค่าเฉลี่ย 12.65 ± 3.73 และด้านอันตรายจากการกินยา อยู่ในระดับปานกลาง (general-harm) ค่าเฉลี่ย 10.74 ± 3.87 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพิจารณาเป็นรายด้าน (n = 370)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	Min-Max Range	Mean	S.D.
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific)			
การรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific-necessity)	8-25	21.00	3.63
ความกังวลจากการกินยา (Specific-concern)	5-25	14.42	5.18
ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general)			
การใช้ยามากเกินไป (General-Overuse)	4-20	12.65	3.73
อันตรายจากการกินยา (General-harm)	4-20	10.74	3.87
คะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	**26-90**	**58.82**	**11.40**

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาอาพาธ จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ และการเกิดอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา และอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับต่ำมาก (r=.11 และ .13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) และระยะเวลาอาพาธ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับต่ำมาก (r = -.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .05) ส่วนอายุ ภูมิลำเนา และจำนวนของยาที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=370)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1.00						
2. ภูมิลำเนา	-.05	1.00					
3. ระดับการศึกษา	-.17**	-.04	1.00				
4. ระยะเวลาอาพาธ	.29**	-.07	-.09	1.00			
5. จำนวนชนิดของยาที่ได้รับ	.26**	-.14**	.07	.31**	1.00		
6. อาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา	.04	.05	.11*	.02	.12*	1.00	
7. ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ)	.01	-.07	.11*	-.12*	.10	.13*	1.00

หมายเหตุ: *p<.05, **p<.01

อภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสงฆ์ กลุ่มที่ศึกษา พบว่า ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 179 รูป คิดเป็นร้อยละ 48.4 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 และเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง 92 คน คิดเป็นร้อยละ 24.9 อธิบายว่าพระสงฆ์อาพาธโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีปัญหาด้านหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุดสอดคล้องกับข้อมูลการคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วประเทศ จำนวน 90,250 รูป ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550[1] และโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ โดยมูลนิธิโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ การตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 94,928 รูป จาก 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 ที่กล่าวว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยปัญหาภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสูบบุหรี่[2]

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 51.1 มีอายุมากกว่า 60 ปี และร้อยละ 46.5 มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ส่วนระดับการศึกษานั้นพบว่า ร้อยละ 40 จบประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ขันติยานันท์ และคณะ[9] พระสงฆ์ร้อยละ 34.1 มีระยะเวลาอาพาธ 5 – 10 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู ขวัญยืน และคณะ[13] ด้านยาที่ใช้รักษาพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 60.8 ได้รับยารักษาจำนวน 1-5 ชนิด และส่วนใหญ่ร้อยละ 85.9 ไม่เคยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และ ร้อยละ 74.3 ไม่เคยปรับยาด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[14]

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อในการกินยามีระดับการใช้ยาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยพบว่า 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาระดับมาก (specific-necessity) และด้านความกังวลจากการกินยาระดับปานกลาง (specific-concern) และ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับ

การกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) ด้านการใช้ยามากเกินไประดับปานกลาง (general-overuse) และด้านอันตรายจากการกินยาระดับปานกลาง (general-harm) ซึ่งอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของ Horne[15] และ ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ[11] เกี่ยวกับอิทธิพลความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าถ้าความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาสูง และความกังวลผลข้างเคียงจากการใช้ยาจะต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์มีความเชื่อในการกินยาระดับสูง และรับรู้ว่าการกินยานั้นไม่อันตรายและยินดีที่กินยาจำนวนมากเพื่อให้หายจากความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้[16] ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่ามีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับข้อเสียและอุปสรรคของการรับประทานยาในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความจำเป็นในการรักษาสูงส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์[17] และผู้วิจัยได้ทำการสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้ยาของพระสงฆ์พบว่าบางครั้งยาหมดแต่ติดธุระไม่ได้ไปรับยาที่โรงพยาบาล จะมีการแบ่งยาที่มีอยู่ใช้กับพระสงฆ์ที่ป่วยโรคเดียวกันหรือไปซื้อยาตามร้านขายยามาใช้เอง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าสามารถหาซื้อยารักษาโรคมาใช้ได้ง่ายจนเกิดความเคยชิน ไม่กังวลใจกับการที่ต้องกินยา ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าการได้รับยาจำนวนมากแสดงว่าโรงพยาบาลนี้มีแพทย์เฉพาะทางและให้การรักษาที่ดีมีคุณภาพ จึงไม่มีความวิตกกังวลในผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือด้านการใช้ยามากเกินไป และไม่กังวลถึงอันตรายจากการใช้ยาจำนวนมาก[11]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษา และอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) โดยอยู่ในระดับต่ำมาก (r = .11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าจากการที่พระสงฆ์อาพาธมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับประทานยาที่มีจำนวนมาก รู้สึกมีอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา ส่งผลทางบวกต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาสอดคล้องกับ Becker และ Maiman[18] กล่าวว่าการรับรู้ของบุคคลที่มีความรู้ระดับสูงส่งผลต่อการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและประสบการณ์จากการเกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยาส่งผลต่อการก่อให้เกิดความร่วมมือในการกินยา

ส่วนระยะเวลาอาพาธ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (BMQ) ของพระสงฆ์อาพาธโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอยู่ในระดับต่ำมาก (r = -.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องจากการศึกษาของ คเชนทร์ ชนะชัย[19] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูงขึ้นกับจำนวนปีที่ป่วยและจำนวนยาที่ผู้ป่วยได้รับ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] เนื่องจากการพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นระยะเวลานานอาจมีการปรับตัวและมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้พระสงฆ์ที่อาพาธมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เมื่อป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลทางลบต่อความเชื่อในการกินยา[18]

การศึกษานี้ อายุ จำนวนของยาที่ได้รับ และภูมิลำเนา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวนของยาที่ได้รับ 1 – 5 ชนิด และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่มีผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลด้านการกินยาและการรักษาและพามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงไม่ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา

จากการศึกษาพบว่า พระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาในระดับมาก เมื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษาและอาการไม่สุขสบายจากการใช้ยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนระยะเวลาอาพาธมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์อาพาธ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลพระสงฆ์อาพาธ กลุ่มโรคไม่ติดต่อควรนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการพิจารณาเพื่อวางแผนจัดกิจกรรมในการดูแล และส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อการกินยาไปใช้ในการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการกินยาของพระสงฆ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลตามความต้องการของของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางจัดการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและความร่วมมือในการใช้ยาในพระสงฆ์อาพาธโรคอื่น ๆ และควรมีการศึกษาลักษณะผลข้างเคียงของยาในแต่ละโรค

3. ควรมีการศึกษาต่อยอดด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพด้านความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และความร่วมมือในการกินยาในพระสงฆ์อาพาธกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ

References

1. Priest Hospital. Monk's health report of priest hospital 2011-2013. Bangkok: Priest Hospital; 2015. (in Thai).
2. Srithamma S. Health care development project for monks-novices throughout Thailand. Nonthaburi: Bureau of Information office of the Permanent Secretary of MOPH; 2015. (in Thai).
3. Sarinphakorn W. Practical management of chronic medical disease. Bangkok: Internal Medicine Rajavithi Hospital and College of Medicine, Rangsit University; 2015. (in Thai).
4. Kucukarslan SN. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: lessons learned and future directions. Res Social Adm Pharm. 2012 Sep-Oct;8(5):371-82. doi: 10.1016/j.sapharm.2011.09.002.
5. Rujisatian N. The relationship of illness representations and beliefs about medications to adherence to oral hypoglycemic medications in persons with type 2 diabetes. [Thesis of Master of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University, 2009. (in Thai)
6. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cogn Ther Res.1992; 16: 143-63.
7. Leventhal H, Brisssette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness; the self-regulation of health and illness behavior. New York: Routledge; 2003.

8. Priest Hospital. Annual report priest hospital 2014. Bangkok: Priest Hospital; 2015. (in Thai).
9. Kuntiyanun S, Maturos T, Kwanyuen R. Quality of life among diabetic monks, the Priest hospital. Bangkok: the Priest hospital; 2010. (in Thai).
10. Horne R. Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In: Petrie KJ, Weinman J, editors. Perceptions of health and illness: current research and applications. London: Harwood Academic; 1997.
11. Leaungsomnapa Y, Promproh S, Leaungsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2013; 30 (2): 146-57. (in Thai).
12. Kanjanawasee S. Classical test theory. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2014. (in Thai)
13. Kwanyuen R., Amput P., Siriratchatha C., Sangsanor P. The effect of Self-Monitoring of blood glucose controlling among monks with diabetes mellitus, Priest hospital. SDU research Journal. 2016; 9 (3): 99 – 112. (in Thai).
14. Leetaweesuk J, Makee P, Charachan P, Yana P, Jindawattanawong P, Thiratanyaboon L,et, al. Drug use behaviors of elderly patients with chronic disease in Chiang-Tong community Rahang Sub-District, Muang-Tal District, Tak Province. [Master Thesis of Science in Medicine]. Phitsanulok: Faculty of Graduate studies, Naresuan University; 2013. (in Thai).
15. Horne R, Chapman SC, Parham R, Freemantle N, Forbes A, Cooper V. Understanding patiens' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term condition: a meta-analytic review of the necessity-concern framework. PLoS One. 2013 Dec 2;8(12): e80633. doi: 10.1371/journal.pone.0080633. eCollection 2013.
16. Puengdokmai P., Charoenkitkarn V., Pinyopasakul W., Sriprasong S., Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. Princess of Naradhiwas University Journal. 2016; 8 (1): 16 – 26. (in Thai).
17. Supachaipanichpong P., Vatanassomboon P., Tansakul S., Chumchuen P. Knowledg and beliefs in medication use of dieticptiets with non-medication adherence. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University. 2014; 1 (1): 1-12. (in Thai).
18. Becker MH, Maiman LA. The health belief model and sick role behavior. Health Educ. Monogr. 1974; 2 (4): 409-19.
19. Chanachai K. Factors affecting the medication compliance of elderly patients with chronic diseases at Namkleang hospital Namkleang district Sisaket province. Research and Development Health System Journal. 2015; 8 (2): 287 – 92. (in Thai).