

Factors Influencing Medication-Taking Behavior of Hypertensive Patients*

Sattha Prakobchai, RN, MNS¹, Sasima Kusuma Na Ayuthya, RN, PhD²,
Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS², Peera Buranakitjaroen, MD, MSc, DPhil³

Abstract

Purpose: To examine predictive factors of gender, age, educational level, income, perceived severity of hypertension, and perceived self-efficacy on medication-taking behavior of hypertensive patients.

Design: Correlational predictive design.

Methods: The subject consisted of 98 essential hypertensive patients who received hypertensive drugs and came for treatment and follow-up at hypertension clinic, out-patient department, university hospital, Thailand. Questionnaires were used for data collection. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis.

Main findings: The medication-taking behavior of hypertensive patients was at a very good level. Perceived severity of hypertension and perceived self-efficacy to medication-taking behavior had statically significant positive correlations with medication-taking behavior ($r = .444, p < .01$; $r = .550, p < .01$) whereas educational level had a negative relationship with medication-taking behavior ($r = -.260, p < .01$). Level of education, perceived severity of hypertension, and perceived self-efficacy to medication-taking behavior could jointly predict 38.9% of the variance in medication-taking behavior ($R^2 = .389, p < .01$).

Conclusion and recommendations: According to the study findings, health care providers should inform the patients about the severity of hypertension and enhance their perceived self-efficacy for long-term adherence to regimen.

Keywords: medication-taking behavior, perceived self-efficacy, perceived severity, hypertension

J Nurs Sci. 2014;32(2):43-51

Corresponding Author: Associate Professor Sasima Kusuma Na Ayuthya, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail:sasima.kus@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Suan Dusit Rajabhat University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

³ Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*

ศรัทธา ประกอบชัย, พย.ม.¹ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ปร.ก.² ทวรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ก.²
พีระ บุรณะกิจเจริญ พ.บ., MSc, DPhil³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนายความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 98 คน ที่รับประทานยาความดันโลหิตสูงและมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย: พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$; $r = .550, p < .01$) ตามลำดับ โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.260, p < .01$) ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.9 ($R^2 = .389, p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษานี้ บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง และควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพื่อการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ความรุนแรง โรคความดันโลหิตสูง

J Nurs Sci. 2014;32(3):43-51

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: sasima.kus@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญขอปัญหา

องค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากเป็นภัยเงียบและก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต จากรายงานพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตในแต่ละปีมากกว่า 9 ล้านคน และสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าครึ่งมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง¹ ปี พ.ศ. 2552 มีรายงานการสำรวจความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า มีความชุกของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 โดยแยกเป็นเพศชายร้อยละ 21.5 และเพศหญิงร้อยละ 21.3²

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมใกล้เคียงค่าปกติ และมีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ หลักการรักษาประกอบด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ³ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบว่า มีระดับความดันโลหิตสูงโดยบังเอิญ เนื่องจากระยะแรกของโรคจะไม่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจน⁴ เมื่อความดันโลหิตอยู่ในระดับที่สูงมากขึ้น จะเริ่มมีอาการแสดงชัดเจนมากขึ้น เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ตามัว ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางไต ตา และหลอดเลือดต่างๆ ตามมาได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยา จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ประสิทธิภาพของยามีส่วนช่วยชะลอการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือด และควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามแผนการรักษา⁵ แต่ผลการรักษาที่ผ่านมา พบว่าประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 14.4 ในเพศชาย และร้อยละ 27.3 ในเพศหญิง⁶

พฤติกรรมมารับประทานยามีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายและคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการรับประทานยา (medication adherence) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยา แต่ศึกษาในบริบทที่ต่างกันส่งผลให้ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดและสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาได้⁴⁻⁶

จอห์นสันและโรเจอร์⁹ อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาว่า ต้องคำนึงถึงการรับรู้ของบุคคล 3 ด้านได้แก่ การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา การรับรู้ประสิทธิภาพของยา และการรับรู้ความปลอดภัยจากการรับประทานยา ดังนั้นพฤติกรรมมารับประทานยาจึงไม่อาจกล่าวเพียงแค่ว่าบริบทของการรับประทานยาครบทุกชนิดหรือทุกมื้อการหยุดยา อาการข้างเคียงจากยาเท่านั้น¹⁰⁻¹² แต่ยั้งต้องรวมถึงปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานยา เช่น

การรับรู้ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้¹³

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงคือการที่บุคคลรับรู้อันตรายและความรุนแรงของโรคความดันโลหิต บุคคลจะรู้สึกกลัวและตระหนักถึงภาวะคุกคามนั้น ๆ และสิ่งที่ตามมาคือการปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงภาวะดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดีที่สุด¹⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงและคุกคามชีวิต หากบุคคลไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคอาจมีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาซึ่งจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมาได้

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยา จากการศึกษาของโอเกเดเกบปี (Ogedegbe) และคณะ¹⁵ ซึ่งได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การรับรู้สมรรถนะของตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา¹⁶ หมายถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในบริบทของพฤติกรรมมารับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับประทานยา⁹ แจนและเบคเกอร์¹⁷ ได้รายงานผลการศึกษานำมาซึ่งการทำนายโดยใช้กรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ¹⁴ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่ามีอำนาจทำนายร้อยละ 65 จากการศึกษาวิเคราะห์โครงสร้างของกรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 81 การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพทำนายได้ร้อยละ 78 และการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมสุขภาพทำนายได้ร้อยละ 89 จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอำนาจทำนายน้อยที่สุดซึ่งควรนำมาศึกษาเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมมารับประทานยา ภายหลังมีการนำโมเดลการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาอยู่ในกรอบแนวคิดของโรเซนสตอค (Rosenstock)¹⁸ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ อีกทั้งโรเซนสตอคได้บูรณาการโมเดลการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เข้ากับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรม

สุขภาพ¹⁴ ซึ่งในที่นี้คือพฤติกรรมมารับประทานยา

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยายังมีความหลากหลาย ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกหรือลบกับพฤติกรรมมารับประทานยา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพและคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับประทานยา และอำนาจการทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาของปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจและติดตามผลที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร power analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\alpha = .05$) อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ .13 มีตัวแปรต้นที่ศึกษาจำนวน 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 98 คน^{17,18}

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่าหกเดือน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบและเติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษา ผู้วิจัยจัดทำแบบฟอร์มบันทึก น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตที่วัดครั้งก่อนและปัจจุบัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และการรักษาด้วยยา อาการของโรค โรคที่เกิดร่วม ข้อมูลยาของผู้ป่วย และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากการสอบถามผู้ป่วยและศึกษาจากประวัติการรักษา

2. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและจากกรอบแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของโรเซนสตอค⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนตามอันตรภาคชั้นโดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง คะแนนต่ำหมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยา (perceived self-efficacy to medication taking) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎี Self-efficacy ของแบนดูรา¹⁶ และแบบประเมิน Medication Adherence Self-efficacy scale ซึ่งพัฒนาโดยโอเกเดกบีและคณะ¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ทุกครั้ง มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้สม่ำเสมอ มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้บ่อยครั้ง มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้บางครั้ง และไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนตามอันตรภาคชั้น โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนสูง หมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานยาทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา ด้านประสิทธิผลของยา และด้านความปลอดภัยจากการรับประทานยา ข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยประกอบด้วยข้อ

คำถามเชิงบวก 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ซึ่งมี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนตามอันตรภาคชั้น โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรม การรับประทานยาอยู่ในระดับดี คะแนนต่ำ หมายถึงพฤติกรรม การรับประทานยาอยู่ในระดับไม่ดี เกณฑ์แบ่งตามอันตรภาคชั้น ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.21-5.00 ระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.41-4.20 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.61-3.40 ระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.81-2.60 และระดับไม่ดีมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-1.80

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม แบบสอบถามทั้งสี่ฉบับตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นภายในโดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถาม กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .72 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ .74 และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา เท่ากับ .84 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ได้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งสามชุดอีกครั้งจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 98 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .74 .72 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 061/2552 (EC4) ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจเท่านั้น ผู้ป่วยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าหรือแจ้งเหตุผล และได้รับการตรวจรักษาตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานข้อมูลของผู้ป่วยจะเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม จากการศึกษาค้นคว้า มีกลุ่มตัวอย่างที่ยุติการตอบแบบสอบถามจำนวน 8 คน เนื่องจากการตอบแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุใช้เวลานานและไม่สามารถสิ้นสุดทันเวลาที่แพทย์เรียกตรวจ จึงยุติการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุมัติคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อดำเนินการวิจัยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่างขณะรอแพทย์ตรวจในช่วงเวลา 12.00-15.00 น. วันจันทร์และวันอังคาร โดยผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลหน้าห้องตรวจโรค เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตอบข้อซักถาม หากผู้ป่วยยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องที่จัดเตรียมไว้ หากมีข้อสงสัย ให้กลุ่มตัวอย่างซักถามผู้วิจัยได้ทันที กลุ่มตัวอย่างจะไม่เสียโอกาสในการเข้ารับการรักษา โดยหากมีการเรียกพบแพทย์ จะยุติการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 11.5 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดจำนวน 98 คน มีอายุระหว่าง 18-74 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 50.5 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 51.02 และ 48.98 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.36 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 14,079 บาทและมีความพอเพียงของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 96.94 และผู้ป่วยใช้สิทธิ์ข้าราชการเบิกจ่ายตรงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 55 ข้อมูลการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.00 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐานของคนไทย (BMI 23-24.9 Kg/m²) ระยะเวลาการเป็นโรคและได้รับการรักษาด้วยยาไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.00 โดยไม่พบอาการผิดปกติระหว่างการรักษาร้อยละ 56.12 สำหรับกลุ่มที่มีอาการผิดปกติ อาการที่พบได้บ่อยที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ ระดับความดันโลหิตในครั้งที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าความดันโลหิตอยู่ในกลุ่ม prehypertension คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 และ/หรือ ไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 มม.ปรอท

พบร้อยละ 56.12 ส่วนค่าระดับความดันโลหิตที่วัดในปัจจุบันพบว่าอยู่ในกลุ่ม prehypertension ร้อยละ 55.10 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 120/80 มม.ปรอท พบร้อยละ 24.49 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมพบร้อยละ 22.45 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือเบาหวาน รองลงมาคือโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยรับประทานยา 2 ชนิด จำนวน 2 เม็ดต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.94 และรับประทานยา วันละ 2 เวลา ร้อยละ 56.12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองในเรื่องการบริหารยาได้ ร้อยละ 91.84

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.35, SD = .91) หากพิจารณาพฤติกรรมรายด้านพบว่า ด้านประสิทธิภาพของยาอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.67, SD = .67) รองลงมาคือ ด้านความจำเป็นของการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.44, SD = .81) และด้านความปลอดภัยจากการรับประทานยา อยู่ในระดับดี (mean = 3.80, SD = 1.17) หากพิจารณาในรายข้อ พฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่อยู่ในระดับดีมากได้แก่ ผู้ป่วยจะยังคงไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งแม้ว่าจะไม่มีการปรับเปลี่ยนขนาดของยา (mean = 4.86, SD = .35) ผู้ป่วยไม่เคยปรับเปลี่ยนยาเองแม้ว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นหรือลดลงจากเดิม (mean = 4.84, SD = .59) และผู้ป่วยสามารถรับประทานยาครบได้ทุกวัน (mean = 4.84, SD = .37) สำหรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ภายหลังรับประทานยา ผู้ป่วยจะหยุดพักกิจกรรมประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง (mean = 3.08, SD = 1.55) และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะผู้ป่วยจะไม่ดื่มน้ำทดแทนในปริมาณมาก (mean = 3.22, SD = 1.34)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูงมาก (mean = 4.29, SD = .89) หาก

พิจารณารายข้อพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้ (mean = 4.58, SD = .75) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต (mean = 4.54, SD = .73) โรคความดันโลหิตสูงมักเกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (mean = 4.49, SD = .74) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนปกติ (mean = 4.02, SD = 1.10) โรคความดันโลหิตสูงสามารถทำให้ตามัวและตาบอดได้ (mean = 4.11, SD = 1.07) ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจะเป็นโรคสมองเสื่อมในระยะยาว (mean = 4.16, SD = 1.06)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูงมาก (mean = 4.66, SD = .61) หากพิจารณาในรายข้อพบว่าผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ (mean = 4.81, SD = .40) ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถเตรียมและจัดเก็บยาได้เอง (mean = 4.80, SD = .43) ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะรับประทานยาแม้ว่าบางครั้งจะรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ (mean = 4.80, SD = .41)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444, p < .01$) การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .550, p < .01$) อย่างไรก็ตามพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.260, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 98)

	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ							
2. อายุ	.044						
3. ระดับการศึกษา	.097	-.180					
4. รายได้	.092	.108	.433**				
5. การรับรู้ความรุนแรงฯ	-.087	.094	-.063	-.088			
6. การรับรู้สมรรถนะฯ	-.177	.167	-.166	-.084	.490**		
7. พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	-.08	.177	-.260**	-.071	.444**	.550**	

** p < .01

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยา สามารถร่วมกันอธิบายความ

แปรปรวนพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายพฤติกรรมมารับประทานยา ของระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 98)

ปัจจัยทำนาย	b	SE _b	\bar{X}	t
ระดับการศึกษา	-1.138	.524	-.206	-2.174*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	.355	.141	.238	2.520*
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.451	.105	.416	4.296**

Constant = 28.816, F = 9.674**, R = .624, R² = .389; Adjust R² = .349; SEE_b = 10.325

*p < .05; ** p < .01

การอภิปรายผล

พฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาไม่น้อยกว่าหกเดือน และเป็นคลินิกเฉพาะโรค ซึ่งได้รับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค และการได้รับการสอนศึกษาเป็นระยะ ๆ จากทีมสุขภาพและพยาบาล มีการพบปะพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันในระหว่างรอพบแพทย์ ทำให้ส่วนใหญ่มีความรู้และมีรูปแบบการดูแลตนเอง โดยสามารถดูแลจัดการเรื่องยาในแต่ละวันได้ด้วยตนเองถึงร้อยละ 91.84 และมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการตรวจวัดความดันโลหิตพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 mmHg (ร้อยละ 79.59) โดยมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 129.89/73.91 mmHg เมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชากรที่ได้รับการรักษาด้วยยาสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 27.3 ในเพศหญิง และร้อยละ 14.4 ในเพศชาย⁹ และสอดคล้องกับข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่พบว่า จำนวนของยาที่รับประทานในแต่ละวันส่วนใหญ่มีจำนวน 2 ชนิด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วมถึงร้อยละ 77.55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kramoh และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ประชากรที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 66 รับประทานอย่างน้อย 2 ชนิดขึ้นไป

หากพิจารณารายด้านและรายข้อจะพบว่า พฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นต่อแผนการรักษาและรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษา โดยผู้ป่วยทุกรายจะมีสมุดบันทึกความดันโลหิตทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสนใจติดตามผลการรักษาและมีเป้าหมายเดียวกับทีม

สุขภาพ²⁰ ผู้ป่วยไม่เคยปรับเปลี่ยนยาเองแม้ว่าความดันโลหิตจะสูงขึ้นหรือลดลงจากเดิมทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจแผนการรักษาดีและความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้ไม่มีกรปรับยาเอง และแพทย์จะติดตามตามอาการข้างเคียงของยาอยู่เสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับประทานยาครบทุกมื้อในแต่ละวัน (mean = 4.84, SD = .37) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 51 มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 5 ปี ดังนั้นจำนวนยาที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับจึงมีจำนวนไม่มาก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เกิน 2 ชนิด และผู้ป่วยสามารถนำยาติดตัวไปด้วยเสมอแม้จะมีกิจกรรมนอกสถานที่ และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระเพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

พฤติกรรมมารับประทานยาที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ภายหลังจากรับประทานยาผู้ป่วยจะหยุดพักกิจกรรมประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง แสดงว่าผู้ป่วยมีการพักกิจกรรมภายหลังจากรับประทานยาบ้าง แต่ส่วนใหญ่ยังคงทำงานต่อเนื่องไม่ได้หยุดพักหลังรับประทานยา ซึ่งอาจเป็นเพราะลักษณะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน มีอายุเฉลี่ยที่ 50.5 ปี และลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่ทำเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องจึงไม่มีช่วงที่จะพักหลังการรับประทานยา ประกอบกับผู้ป่วยไม่เคยมีอาการเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยจึงปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นบางคน ซึ่งต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งในงานวิจัยมีการเน้นให้มีการหยุดพักกิจกรรมภายหลังจากรับประทานยา เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและบางรายมีอาการเวียนศีรษะร่วมด้วย^{21,22} สำหรับพฤติกรรมที่ดื่มน้ำทดแทนเมื่อผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ดื่มน้ำทดแทนในปริมาณมากมีจำนวนไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่เคยได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้ จึงยังไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการดื่มน้ำทดแทน อีกทั้งยาขับปัสสาวะที่เห็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะให้ในขนาดต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยจึงอาจไม่มีความกังวลเกี่ยวกับการขับปัสสาวะ ผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าการ

มีปัสสาวะออกมากจะช่วยลดระดับความดันโลหิต และผู้ป่วยรับรู้ว่าการเน้นการรับประทานผัก ผลไม้ทดแทน

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 38.9 ($R^2 = .389, p < .01$) โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำนายได้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน และสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของโรเซนสตอก¹⁴ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและประสบการณ์การเจ็บป่วย การรับรู้อันตรายที่อาจเกิดขึ้นตามมา จะช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งการรับรู้ความรุนแรงอาจได้รับอิทธิพลจากการปรับตัวให้สอดคล้องกับบทบาททางสังคม (Social role) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานมีอำนาจทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา⁴ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของโรเซนสตอก โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองจะสามารถกำหนดเป้าหมายและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา จากผลการวิจัยนี้จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา มีอิทธิพลทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงอันตรายและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วงธนากรและคณะ²⁵ พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ดี ความสำเร็จของการควบคุมระดับความดันโลหิตย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมต่อไป²³⁻²⁵ ในขณะที่ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบและมีอำนาจทำนายในการทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ($\bar{X} = -.206, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายจนระดับต่ำกว่าถึงร้อยละ 57.15 และจากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่สูงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งความรู้และความเข้าใจได้ง่ายกว่า แต่ไม่ได้ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลน้อยจะมีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาของแพทย์และร่วมมือในการรักษา และกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์²⁶

ส่วนปัจจัยด้าน เพศ อายุ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรเพศชายและหญิงมีขนาดใกล้เคียงกัน และในทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากเหมือนกัน สำหรับปัจจัยด้านรายได้ อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เบิกจ่ายตรงจากสิทธิราชการและรัฐวิสาหกิจ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจึงทำให้ไม่พบความแตกต่างและไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยอาจอ้างอิงได้ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. บุคลากรสุขภาพควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยทุกคน ตามระยะของการดำเนินโรคไม่ว่าจะมีวุฒิการศึกษาระดับใด และควรให้เป็นระยะ ๆ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่สูงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่ดี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและสามารถประเมินตนเองในทุกระยะของการดำเนินโรคและการดูแลตนเองและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองและมุ่งเน้นการวัดประสิทธิผลด้วยระดับความดันโลหิต
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาแบบระยะยาว (longitudinal study)

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; c2014 [update 2013 Jun 20; cited 2013 Aug 5]. WHO campaigns: World Health Day 2013; [about 4 screens]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/index.html>
2. National Health Examination Survey Office: The Forth National Health Examination Survey 2008-9. Nonthaburi: The Graphico System Co.; 2009. (in Thai).

3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560-72.
4. Rosenstock IM. The historical of health belief model. In: Becker MH, editor. *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack Inc.; 1974.
5. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care*. 2005;43(6):521-30.
6. Morris AB, Li J, Kroenke K, Bruner TE, Young JM, Murray MD. Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy*. 2006;26(4):483-92.
7. Hadi N, Gooran NR. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, IRAN. *Arch Iranian Med*. 2004;7(4):292-6.
8. Black HR, Elliott WJ. *Hypertension: A companion of Braunwald's heart disease*. Philadelphia: Saunders; 2007.
9. Johnson MJ, Roger S. Development of the purposeful action medication-taking questionnaire. *Western J Nurs Res*. 2006;28(3):335-51.
10. Chen CH, Wu JR, Yen M, Chen ZC. A model of medication-taking behavior in elderly individuals with chronic disease. *J Cardiovascular Nurs*. 2007;22(5):359-65.
11. Rao MJ, Khan GM. Study of drug use in essential hypertension and their compliance. *Kathmandu University Journal of Science, Engineering and Technology*. 2006;2:1-13.
12. Swanlund SL, Scherck KA, Metcalfe SA, Hale-Jesek SR. Keys to success self-management of medications. *Nurs Sci Q*. 2008;21(3):238-46.
13. Middleton JL. A proposed new model of hypertensive treatment behavior in African Americans. *J Natl Med Assoc*. 2009;101(1):12-7.
14. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Educ Quart*. 1984;11(1):1-47.
15. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(6):520-9.
16. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman; 1997.
17. Munro BH. *Statistic method for health care research*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2005.
18. Polit DF, Beck CT. *Nursing research, principle and methods*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
19. Kramoh KE, Traboulsi EA, Konin C, Goran YN, Coulibaly I, Adoubi A, et al. Management of hypertension in the elderly patient at Abidjan Cardiology Institute (Ivory Coast). *Int J Hypertens*. 2012;65:16-34.
20. Johnson ML, Pietz K, Batterman DS, Bey RJ. Therapeutic goal attainment in patients with hypertension and dyslipidemia. *Med Care*. 2006;44(1):39-46.
21. Meiner SE. *Gerontologic Nursing*. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2011.
22. Eckman M. *Lippincott's Nursing Guide to expert older care*. Philadelphia: Lippincott; 2011.
23. Touchette DR, Sharpiro NL. Medication compliance, adherence and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcome. *J Manag Care Pharm*. 2008;14Suppl 6: s2-10.
24. Dongyan Z. Self-efficacy and compliance with medical regimen among hypertensive patients. [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000. 99 p.
25. Wungthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patient. *Songkla Med J*. 2008;26(6):539-47. (in Thai).
26. Colbert AM, Sereika SM, Erlen JA. Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):295-304.