

นิพนธ์ต้นฉบับ

อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ต่อความร่วมมือในการกินยาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง

ยศพล เหลืองโสมนภา กำลังศึกษาปริญญาเอก *

สาคร พร้อมเพระะ ศศ.ม. *

สมบัติ เหลืองโสมนภา พย.บ. **

ยุพาธร เสือเผ่า พย.บ. ***

Abstract **Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients.**

Yosapon Leangsomnapa Ph.D. candidate *

Sakorn Promproh M.Ed. *

Sombut Leangsomnapa B.NS. **

Yupathorn Sourthao B.NS. ***

* Department of pediatric, adult and elderly, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Province, Thailand.

** Changtoon Health Center, Trad Province, Thailand.

*** Ban Khlong Aeng Health Center, Trad Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2013;30:146-157

Background : Beliefs about medication is a strong predictor of medication adherence. The purpose of this study were influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients after controlled

* ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างทุน จังหวัดตราด

*** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคลองแอ่ง จังหวัดตราด

variables of sex, age, educational level and number of drugs consume per day.

Method : This research design was a cross - sectional analytical research. The participants were 100 hypertensive patients who were treated at 2 health promoting hospitals and 2 district hospitals at Trat & Sakaeo Province. Data were collected between May and October 2012. The instrument was a three part of questionnaires. Firstly, the part of assessing personal data. Secondly, the part of beliefs about medication, with the reliability of 0.82. Finally, the part of medication adherence, with the reliability of 0.80. Data were analyzed by using descriptive statistics, pearson's correlation coefficient, chi – square test and logistic regression statistic.

Results : The results of this study revealed that mean $\pm$ standard deviation of necessity, concern, overuse and harm of belief about medication were 20.98 ± 3.48 , 14.50 ± 4.36 , 13.20 ± 2.71 and 11.46 ± 3.78 respectively. Most of hypertensive patients were high group of medication adherence (60%). After controlled variables of sex, age, educational level and number of drug consume per day, necessity of belief about medication was significantly correlation and predicted to high group of medication adherence in hypertensive patients ($R^2 = 37.7$, $p < .05$) whereas concern, overuse, harm of belief about medication were not significantly correlation.

Conclusion : Based on these findings, it is recommended that health care providers should make appropriate activities from result of this study for on low group of medication adherence in hypertensive patients especially enhance necessity of belief about medication.

บทคัดย่อ

อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง

ความเป็นมา

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเป็นตัวแปรที่แข็งแกร่งต่อความร่วมมือในการกินยา การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ภายหลังควบคุมตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาและจำนวนยาที่กินในแต่ละวัน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่งและโรงพยาบาล 2 แห่งในจังหวัดตราดและจังหวัดสระแก้วจำนวน 100 คน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 3) แบบสอบถามความร่วมมือในการกินยาซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ไคร์สแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการกินยามีค่าเท่ากับ 20.98 ± 3.48 , 14.50 ± 4.36 , 13.20 ± 2.71 และ 11.46 ± 3.78 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงร้อยละ 60 เมื่อควบคุมอิทธิพลของความเชื่อต่อการกินยาด้านอื่นแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 001 ($R^2 = 37.7$, $p < .05$) ขณะที่ความเชื่อด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา

บทสรุป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการกินยาระดับต่ำโดยเฉพาะความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา

บทนำ

ความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (medication adherence) เป็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความสำคัญต่อการรักษาโรคเรื้อรัง^{1, 2} เนื่องจากยาเป็นเครื่องมืออันดับแรกที่ใช้ในการควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ โรคความดันโลหิตสูงเป็น

โรคเรื้อรังที่มีความชุกมาก และเป็นโรคที่เมื่อรักษาแล้วอาการที่เคยปรากฏเช่น ปวดศีรษะ จะลดลงจนอาจจะไม่ปรากฏอาการ⁴ ทำให้ผู้ป่วยละเว้นการกินยาเนื่องจากคิดว่า ตนเองไม่มีอาการหรืออาการที่บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการกินยาต่อเนื่อง⁵ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่สำคัญตามมาได้ โดยเฉพาะเส้นเลือดในสมองแตก ดังการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่กินยาตามแผนการ

รักษาของแพทย์นั้น จะมีโอกาสเกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้มากกว่าผู้ที่กินยาตามแผนการรักษาถึง 6 เท่า⁶ ดังนั้นความร่วมมือในการกินยาจึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยมากที่สุดในการบรรเทาพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁷

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medication) เป็นประเด็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย (patients factor) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยา แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยานี้ได้รับการพัฒนาโดยฮอร์น^{8, 9} จนเกิดเป็นกรอบแนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา - ความกังวลจากการกินยา (necessity - concern framework) และช่วยเพิ่มพลังในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีการกำกับตนเองทางสุขภาพและความเจ็บป่วย (common sense model of health and illness) มากยิ่งขึ้น ตามการศึกษาของฮอร์นพบว่า บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (specific beliefs) 2 ด้านคือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (specific-necessity) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และด้านความกังวลจากการกินยา (specific - concern) เป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา และมีความเชื่อแบบทั่วไป (general beliefs) ที่มี 2 ด้านเช่นกันคือ ด้านการใช้ยามากเกินไป (general - overuse) ซึ่งเป็นความเชื่อว่า ยาโดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ และด้านอันตรายจากการกินยา (general - harm) ซึ่งเป็นความเชื่อว่า ยาในทั่วๆ ไปนั้นเป็นสารพิษอันตรายและเสพติดได้

แนวคิดความเชื่อในการกินยานี้ได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิจัยและถูกนำไปใช้ในการ

ศึกษาความสัมพันธ์และทำนายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่รวมถึงโรคความดันโลหิตสูงในประเทศต่างๆ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาได้¹⁰⁻¹² ดังนั้นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติทางคลินิก และนำมาซึ่งการพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา¹³ ที่ส่งผลต่อเนื่องถึงประโยชน์ในการพัฒนาความร่วมมือในการกินยาได้ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความร่วมมือในการกินยาหรือพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยนั้นยังมีไม่มาก และการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาด้วยทฤษฎีในกลุ่มของทฤษฎีจิตวิทยาสังคมมากกว่าที่สำคัญยังไม่พบการศึกษาโดยใช้แนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเป็นตัวแปรในการอธิบายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากช่องว่างของการวิจัยนี้ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสามารถของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อการอธิบายความร่วมมือในการกินยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะความร่วมมือในการกินยาในระดับสูง ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยยืนยันถึงความสามารถของแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในการอธิบายความร่วมมือในการกินยาที่ต่างสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงเป็นประโยชน์ต่อการเข้าใจความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายใต้บริบทของตัวแปรอื่นๆ และนำมาพัฒนาความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อในการกินยา และความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสามารถของความสามารถในการกินยาต่อการอธิบายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ภายใต้การควบคุมอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนยาที่รับประทานต่อวัน

สมมติฐานการวิจัย

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนยาที่รับประทานต่อวันแล้วความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในแต่ละด้าน สามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงได้

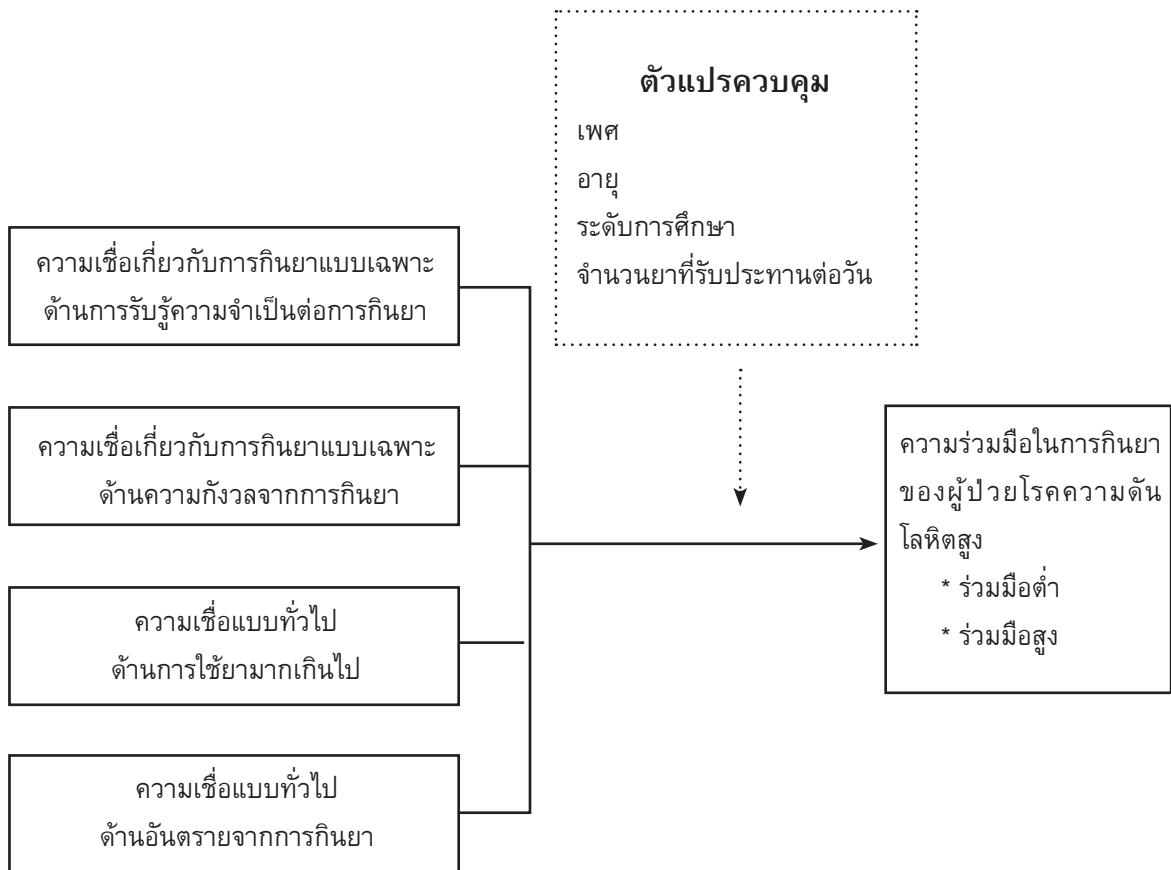
ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลข้างทุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล บ้านคลองแอง จังหวัดตราด โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด และโรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ในปี พ.ศ 2555 จำนวน 100 คน
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย
ตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรตามแนวคิดความเชื่อในการกินยา ซึ่งมี 4 ตัวได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา 3) ความเชื่อแบบทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป

- 4) ความเชื่อแบบทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยาตัวแปรตาม ได้แก่ ความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา - ความกังวลจากการกินยา (Necessity - concern framework) ของฮอร์น^{8,9} มาเป็นกรอบในการอธิบายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง เนื่องจากความร่วมมือในการกินยา มีความสัมพันธ์กับตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษาและจำนวนยาที่รับประทาน¹⁴⁻¹⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ด้วย และเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross – sectional analytical research) โดยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาเดียว ได้แก่ เดือนเมษายน ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลช้างทูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลสะตอ จังหวัดตรัง โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตรัง และโรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ในปีพ.ศ 2555 การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวางแผนใช้สถิติ logistic re-

gression analysis ซึ่งต้องมีจำนวนตัวอย่างในการวิเคราะห์ที่เพียงพอด้วย ซึ่งจะต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 10 เท่าของตัวแปรต้นต่อกลุ่ม 17 ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรต้นเท่ากับ 4 ตัว และตัวแปรตามมี 2 กลุ่ม ดังนั้นขนาดตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ $10 \times 4 \times 2$ เท่ากับ 80 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้เท่ากับ 100 คน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายในเรื่องความร่วมมือในการกินยา ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มตัวอย่างให้มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และมีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าสู่วิจัยดังนี้ 1) สัญชาติไทย 2) อ่านหนังสือหรือสื่อสารให้ข้อมูลได้ 3) เป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาด้วยยาเกินมาแล้ว อย่างน้อย 1 ปี 4) ไม่มีภาวะอัมพาต

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน
2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา(beliefs about medicines, BMQ) ซึ่งพัฒนาโดยฮอร์นและคณะ¹⁸ ประกอบด้วยความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลจากการกินยาจำนวน 10 ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป (BMQ general) ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยาจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งได้ 1 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาและด้านความกังวลจากการกินยาจึงเท่ากับ 25 คะแนน ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยาจึงเท่ากับ 20 คะแนน ผู้วิจัยทำการทดสอบค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าแอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ 0.82 ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเท่ากับ 0.82 ด้านความกังวลจากการกินยาเท่ากับ 0.84 ด้านการใช้ยามากเกินไปเท่ากับ 0.72 ด้านอันตรายจากการกินยาเท่ากับ 0.74

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการกิน

ยา เป็นแบบสอบถามความร่วมมือในการกินยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ที่ผู้วิจัยแปลจาก medication adherence rating scale (MARS) ที่พัฒนาโดยฮอร์น¹⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการกินยา 5 ข้อ เช่น ฉันลืมกินยา ฉันปรับขนาดยาที่กินเอง เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติดังนี้ เป็นประจำสม่ำเสมอได้ 1 คะแนน บ่อยๆ ได้ 2 คะแนน เป็นบางครั้งได้ 3 คะแนน น้อยครั้งมากได้ 4 คะแนน และไม่เคยเลยได้ 5 คะแนน คะแนนรวมจึงเท่ากับ 5 ถึง 25 คะแนน การแบ่งกลุ่มความร่วมมือในการกินยาจะพิจารณาจากจุดตัดที่ 21 คะแนน ความร่วมมือในการกินยาในระดับต่ำจะมีคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน และความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงจะมีคะแนนที่ 22 – 25 คะแนน²⁰ ผู้วิจัยทำการทดสอบค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติต่างๆ ดังนี้ พรรณนาข้อมูลทั่วไป ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรควบคุมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนยาที่รับประทานกับความร่วมมือในการกินยาด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันกับสถิติไครส์แควร์ และวิเคราะห์อิทธิพลของความเชื่อในการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ด้วยสถิติความถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยกำหนดให้ความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงมีคะแนนเท่ากับ 1 และความร่วมมือในการกินยาในระดับต่ำมีคะแนนเท่ากับ 0

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 60) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 84) อายุเฉลี่ย 57.16 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.07) และประมาณครึ่งหนึ่งรับประทานยาต่อวัน 2 – 3 เม็ด (ร้อยละ 54)

2. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาโดยส่วนใหญ่ในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีค่าเท่ากับ 20.98 ± 3.48 ด้านความกังวลจากการกินยามีค่าเท่ากับ 14.50 ± 4.36 ด้านการใช้ยามากเกินไปมีค่าเท่ากับ 13.20 ± 2.71 และด้านอันตรายจากการกินยามีค่าเท่ากับ 11.46 ± 3.78 กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูง ร้อยละ 60 และร่วมมือในระดับต่ำร้อยละ 40

3. ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรควบคุมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและจำนวนยาที่รับประทานต่อวันกับความร่วมมือในการกินยาพบว่า เพศและจำนวนยาที่รับประทานต่อวันมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .086$; -1.14 และ $p = .395$; $.261$ ตามลำดับ) อายุและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 2.778$

; 221 และ $p = .144$; $.640$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงสามารถหาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่มีต่อความร่วมมือในการกินยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงได้โดยไม่ต้องควบคุมตัวแปรเหล่านี้

3. ผลการศึกษาอิทธิพลของความเชื่อในการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงพบว่า 1) เมื่อควบคุมอิทธิพลของความเชื่อต่อการกินยาด้านอื่นแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเมื่อกำหนดตัวแปรที่มีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงเท่ากับ 1.7831 เท่า (adjusted OR = 1.783) ส่วนความเชื่อด้านที่เหลือมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาระดับมากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีอำนาจทำนายความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงได้เท่ากับร้อยละ 37.7 (Cox and Snell R^2 .377) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Adjusted Odd Ratio ของอิทธิพลของความเชื่อในการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง (n = 100)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	Adjusted OR	95%CI	p-value
ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา	1.783	1.353-2.351	<.001
ด้านความกังวลจากการกินยา	.960	.827-1.115	.960
ด้านการใช้ยามากเกินไป	.926	.727-1.178	.530
ด้านอันตรายจากการกินยา	.962	.736-1.258	.778
Constant	7.126		<.001

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของความเชื่อในการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ซึ่งอาจจะไม่ได้สะท้อนรูปแบบความเป็นเหตุเป็นผล (causal model) ได้ชัดเจนที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งสองประการคือ ประการแรก เป็นการศึกษาที่มีสัดส่วนของผู้ที่ร่วมมือในการกินยาระดับสูงและระดับต่ำที่ใกล้เคียงกัน ทำให้มีความผันแปรของข้อมูลในการศึกษาวิจัยได้ดี ประการที่สองเป็นการศึกษาแรกที่ใช้ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอธิบายความร่วมมือในการกินยาในประเทศไทย ผลการศึกษาที่ค้นพบในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิจารณ์ผลการศึกษาดังนี้

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงเท่ากับ 1.7831 เท่า (adjusted OR = 1.783) และความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีอำนาจทำนายความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงได้เท่ากับร้อยละ 37.7 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และมีผลสืบเนื่องที่สำคัญตามมาได้แก่ การมีเส้นเลือดในสมองแตก ซึ่งผลสืบเนื่องและระยะเวลาของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาได้ โดยผู้ป่วยที่มีอาการของความเจ็บป่วยและตีค่าว่า

ความเจ็บป่วยนั้นจะมีอาการรุนแรงรวมถึงมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยนานจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามากกว่าผู้ป่วยที่ดีค่าผลสืบเนื่องของความเจ็บป่วยน้อย และมีเวลานั้นกว่า⁹ ผลการศึกษาที่ได้ี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา^{10, 20, 21}

ขณะเดียวกันผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านความกังวลจากการกินยาด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยา ไม่สามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า สังคมไทยเป็นสังคมที่มีค่านิยมของการจัดการความเจ็บป่วยในระดับต่างๆ ด้วยยากันมาอย่างยาวนาน โดยตามปรกติแล้ว หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่นปวดศีรษะ เป็นไข้ ก็จะมีการส่งเสริมให้ใช้ยาสามัญประจำบ้าน ซึ่งสามารถซื้อหาได้ตามร้านยา โดยไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ด้วยช่องทางการเข้าถึงยาที่สะดวก ทำให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถซื้อยามาบริโภคกันเองได้ง่าย จนเกินความจำเป็นและสร้างความเชื่อได้ว่า ไม่กังวลใจกับการที่จะต้องกินยาซึ่งแตกต่างจากสังคมตะวันตกที่จะเน้นการดูแลตนเองและใช้ยาเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการใช้ยานั้น เป็นความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไปที่มีความสัมพันธ์และทำงานผ่านความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา⁹ ดังนั้นหากความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านความกังวลจากการกินยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาแล้ว ย่อมมีโอกาส

ที่ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการใช้ยาจะไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาไปด้วย การกินยานั้นไม่อันตราย และยินดีที่จะรับประทานยาจำนวนมากเพื่อให้ตนเองหายจากความเจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆที่ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านความกังวลจากการกินยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการกินยาไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา^{11, 22}

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ค้นพบได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า 1) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นจากการกินยา และความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่มีแนวโน้มจะกินยาในระดับต่ำ 2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการที่เป็นพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ หรือในหน่วยงานอื่นๆที่มีการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความจำเป็นจากการกินยาในระดับต่ำ ควรมีการจัดการเพื่อ

ให้ผู้ป่วยรับรู้ความจำเป็นของการกินยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้เพิ่มขึ้น เช่น การมีระบบการติดตามและให้คำปรึกษาเรื่องยาที่เฉพาะเจาะจง 3) ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) ถึงความสัมพันธ์ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยา เพื่อจะได้เห็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกัน (causal model) ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรทำการศึกษาวิจัยหารูปแบบการส่งเสริมความเชื่อด้านความจำเป็นในการกินยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับต่ำ เพื่อจะได้เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือต่อการกินยาในระดับสูงขึ้นได้ รวมถึงควรทำการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการกินยาเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Balkrishnan R, Jayawant SS. Medication adherence research in populations: measurement issues and other challenges. *Clinical Therapeutics* 2007;29:1180 -3.
2. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: who care. *Mayo Clin Proc* 2011;86:304 - 14.
3. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication adherence: a call for action. *American Heart Journal* 2011;162:412-24.
4. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *Am J Hypertens* 2006;19:1190 - 6.

5. Magadza C, Rodloff SE, Srinivas SC. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, belief about medicines and adherence. *Res Social Adm Pharm* 2009;5:363 - 75.
6. Baune BT, Aljeesh Y, Bender R. Factors of non - compliance with the therapeutic regiment among hypertensive men and women: a case - control study to investigate risk factors of stroke. *Eur J Epidemiol* 2005;20:411 - 9.
7. Karaeren H, Yokusoglu M, Uzun S, Baysan O, Koz C, Kara B, et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertension patients - original investigation. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009;9:183 - 9.
8. 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. p 155 - 88.
9. Horne R. Treatment perceptions and self regulation. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. *The self - regulation of health and illness behavior*. London: Routledge; 2003. p 138 - 53.
10. Menckeberg TT, Bouvy ML, Bracke M, Kaptein AA, Leufken HG, Raaijmakers JAM, et al. Belief about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *J Psychosom Res* 2008;64:47-54.
11. Maguire LK, Hughes CM, McElnay JC. Exploring the impact of depressive symptoms and medication beliefs on medication adherence in hypertension - a primary care study. *Patient Educ Couns* 2008;73:371 - 6.
12. Schuz B, Marx C, Wurm S, Warner LM, Ziegelman JP, Schwarzer R, et al. Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *J Psychosom Res* 2011;70:179 - 87.
13. Allen LaPointe NM, Ou FS, Calvert SB, Melloni C, Stafford JA, Harding T, et al. Association between patient belief and medication adherence following hospitalization for acute coronary syndrome. *Am Heart J* 2011;161:854 - 63.
14. Park J-H, Shin Y, Lee S-Y, Lee SL. Anti-hypertensive drug medication adherence and its affecting factors in South Korea. *Int J Cardiol* 2008;128:392 -8.
15. Stoehr GP, Lu S-Y, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chung-Chou H, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the steel valley seniors survey. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008;6:225-63.
16. Gazmararian JA, Kripalan S, Miller MJ, Echt KV, Ren J, Rask K. Factors associated with medication refill adherence in

- cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *J Gen Intern Med* 2006 ;21:1215-21.
17. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis: A global perspective* .7 th.ed. San Francisco: Pearson Prentice Hall; 2010.
18. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the developments and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999;14:1-24.
19. Horne R, Weinman J. Self - regulation and self - management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non - adherence to preventer medication. *Psychol Health* 2002;17:17-32.
20. Clatworthy J, Bowskill R, Parham R, Rank T, Scott J, Horne R. Understanding medication non - adherence in bipolar disorders using a necessity - concern framework. *J Affect Disord* 2009;116:51-5.
21. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999; 47: 555 -67.
22. Nakhutina L, Gonzalez JS, Margolis SA, Spada A, Grant A. Adherence to antiepileptic drugs and belief about medication among predominantly ethnic minority patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 22:584 - 6.