

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Factors Related to Medication Taking Behaviors in Hypertensive Patients

ณรากร จันทร์สงคราม¹

Narakorn Jansongkram¹

¹โรงพยาบาลสาละยา จังหวัดนครปฐม

¹Salaya Hospital Nakhon Pathom Province

Received: November 4, 2020

Revised: January 25, 2021

Accepted: February 1, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของ ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามทะเบียนผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลสาละยา จังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน โดยการใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ ง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากจากบัญชีรายชื่อที่ผ่านการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.78-0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (2) การรับรู้ความ รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และสามารถทำนายอิทธิพล ของปัจจัยร่วมกันได้ร้อยละ 97.60 โรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมจัดการตนเอง เนื่องจากปัจจัยที่ส่ง ผลต่อโรค ความดันโลหิตสูงมิได้มีเพียงปัจจัยพฤติกรรมการรับประทานยาเท่านั้น หากแต่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย จะช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานยา

Abstract

This cross-sectional survey studied the relationship between personal characteristics factors and medication taking behavior in hypertensive patients and analyzed the influence of people's perception factors such as perception of severity of disease, recognition of benefits and realization of barriers to medication adherence in patients with hypertension. The sample group covered 200 hypertensive patients according to hypertension case registration; receiving service at Salaya Hospital, Nakhon Pathom Province. The researcher used the simple random sampling method to draw lots from the list of patients selected based on the criteria. Data were collected by using questionnaires the concordance index of which were between 0.67–1.00 and Cronbach's alpha coefficient were between 0.78–0.95. Data were analyzed by frequency distribution, percentages, mean, standard deviation, Chi Square statistics and multiple regression analysis statistics. It was found that (1) Factors of age, education level and income significantly related to hypertension medication-taking behavior at .05 (2) Perception of severity of the disease, recognition of benefits and realization of barriers to medication adherence in patients with hypertension had significant effect on the high blood pressure medication-taking behavior at .01 and could predict the influence of co-factors 97.60 percent. Hospital and concerned parties should have plan for organizing patient's friend group activities for sharing and learning and reinforcing self-management behavior because factors contributing to high blood pressure were not only limited to medication-taking behavior but also other associating factors that would enable the patients to get the treatment and control high blood pressure more effectively.

Keywords: hypertensive patients, medication taking behaviors



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก แม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่กลับมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ต้องรักษาตลอดชีวิต ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาผู้ป่วย จากสถิติสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์สำนังานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจากจำนวน 3,936,171 คน เป็นจำนวน 5,597,671 คน มีจำนวนประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขอัตราการ

ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจากจำนวน 540,013 คน เป็นจำนวน 813,485 คน (Bureau of Non Communicable Diseases, 2018) นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (Chockalingam, Campbell & Fodor, 2006) โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประเทศไทยนานกว่า 10 ปี ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงอาจมากกว่าที่พบทั้งนี้เนื่องมาจากความดันโลหิตสูงอาจไม่ใช่สาเหตุหลัก แต่จะมีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์ร่วมกับการเสียชีวิต

ด้วยโรคอื่น ๆ โดยจากการตรวจร่างกายของประชาชนในปี 2552-2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีถึงร้อยละ 21.4 และสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมโรคได้เพียง ร้อยละ 20.9 (Satiprasert, Leelukkanaveera & Homsin, 2015)

ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุค สังคม และประเทศ ด้านร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น ส่งผลต่อสมอง เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดตีบอุดตันหรือหลอดเลือดในสมองแตก มีเลือดออกในเนื้อสมองส่งผลให้เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ อาจทำให้เสียชีวิตเฉียบพลัน มีผลต่อหัวใจทำให้เกิดหัวใจโต เส้นเลือดหัวใจตีบตันและเกิดหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่มีหัวใจวายจะมีประวัติของความดันโลหิตสูงมาก่อน มีผลต่อหลอดเลือดที่ตา เช่น เลือดออกที่จอประสาทตา หลอดเลือดเล็ก ๆ ที่จอประสาทตาอุดตัน จอประสาทตาหลุดลอกออกมาได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการใด ๆ หรืออาจมีอาการตามัวถึงตาบอดได้ อีกทั้งยังมีผลต่อไตทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้ไตเสื่อม สมรรถภาพจนอาจทำให้เกิดไตวาย ผลต่อด้านจิตใจเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประกอบอาชีพ ของผู้ป่วยลดลงจนเกิดความเครียดขึ้นได้ ผู้ป่วยต้องหยุดงานทำให้ต้องสูญเสียรายได้ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้อาจเกิดความกังวลเกี่ยวกับการควบคุมอาหารหรือโรคแทรกซ้อน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดได้ สำหรับด้านสังคม เช่น หน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ในสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงมีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวรวมทั้งเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จากผลกระทบดังกล่าว จึงต้องมีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ 2 วิธี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Thongsilp, 2011)

การลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การมารักษาและรับประทานยาสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Wungthanakorn, Phatidumrongkul & Khomchan, 2008; Thongyuan, 2015) การรักษาความดันโลหิตสูงระดับอ่อน-ปานกลางอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณ ร้อยละ 30-40 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 15 แต่เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะไม่มารับการรักษา ไม่รับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาภายใน 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอจะอยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 เท่านั้น (World Health Organization, 2012) และจากการศึกษาของ Clark (1991) พบว่า ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 60 ที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการควบคุมความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่จะเกิดขึ้นนั้นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรครวมกันไป การไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมออาจเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จแล้ว ยิ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงขึ้นแก่ผู้ป่วย และครอบครัวทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศที่ต้องใช้ในด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมักเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ตามความเข้าใจของตนเอง ซึ่งหากบุคคลมีความเชื่อ

ในเรื่องโดยอ้อมปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของตนเอง จากกรอบแนวคิดของลีเวนทาล Leventhal, Beisette and Levelthal (2003) เชื่อว่าบุคคลจะใช้พื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความรุนแรงของโรคและด้านการควบคุมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและรับประทานยาตามแผนการรักษาและเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Janz and Becker (1984) ที่กล่าวถึงสิ่งจูงใจซึ่งเป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์กับ (1) การรับรู้ของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นรับรู้และเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัวต่อสังคมของตนเองมักจะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (2) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นต้น และ (3) ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติ แต่ถ้าวินิจฉัยถึงอุปสรรคมากกว่าย่อมมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยจากการรวบรวมการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 29 การศึกษาของ Janz et al. (1984) พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรง สามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเกือบ ทุกการศึกษา (ร้อยละ 91 81 77 และ 59 ตามลำดับ) ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการสรุปข้อมูลประจำปี 2560 จากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลสาธิต พบว่า ในพื้นที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงสุดในจำนวนของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (Salaya Hospital, 2560) และจากการปฏิบัติงานของผู้วิจัย พบว่า ร้อยละ 35 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด หลังได้รับการวินิจฉัยทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา และจากการสอบถามผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายหลังจากมารับการรักษาและรับยาไปแล้ว เมื่ออยู่ที่บ้านไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสาธิต จังหวัดนครปฐม โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับโรงพยาบาลและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องไปใช้ในการวางแผนในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงให้ตระถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมมารับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสาธิต จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสาธิต จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (theory of self-care) ของ Rosenstock,

Strecher and Becker (1998) ที่เชื่อว่ามีปัจจัยหลาย ประการที่มีอิทธิพลกับความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงตามทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลศาลายา จังหวัดนครปฐม จำนวน 652 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตาม ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการใน โรงพยาบาลศาลายา จังหวัดนครปฐมที่ศึกษา จำนวน 200 คน ซึ่งได้จากการคำนวณตัวอย่างตามสูตร Hoy and Miskel (2005) โดยผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีก 5 เปอร์เซนต์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัย โดยมีจำนวนเพิ่ม ขึ้น 10 คน ทำให้ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวน 200 คน หลังจากนั้นใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลากจากบัญชีรายชื่อที่ ผ่านการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทาน ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

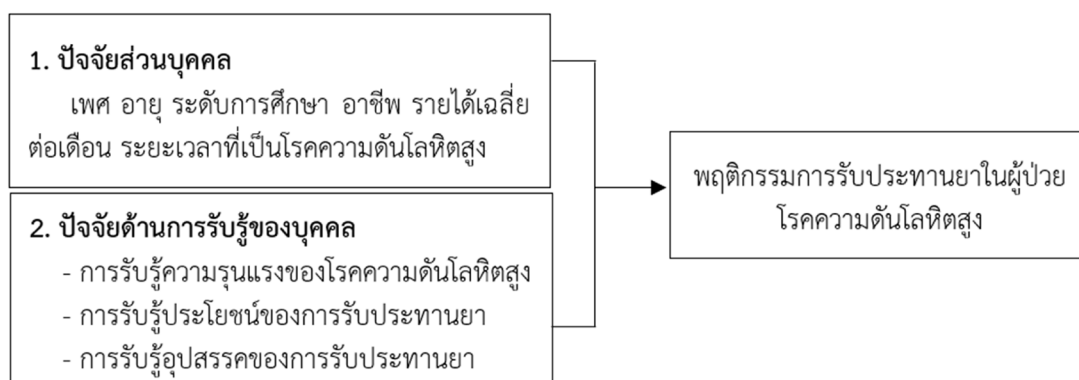
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทาน ยารักษาความดันโลหิตสูงสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยและ เอกสารที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) เกณฑ์ในการประเมิน พฤติกรรมการรับประทานยา โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีกำหนดอันตรภาคชั้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วย คะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการโดยอิงของเบทส์ (Best, 1981) ได้ช่วงคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการ รับประทานยาอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการ รับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการ รับประทานยาอยู่ในระดับดี



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทัน ยารักษาความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ของ (Wungthanakorn et al., 2008) และจากการทบทวน เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถาม การรับรู้ความ รุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรค จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก (5 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (6 คะแนน) การแปล ผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ทำการตรวจสอบและทดสอบด้วยการนำ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยง (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพเพื่อตรวจสอบ ถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาของคำถาม ในแต่ละข้อ จากนั้นนำมาปรับปรุงและแก้ไข เพื่อให้ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้เที่ยงตรงในเชิง เนื้อหาตามที่ต้องการ ค่า IOC ที่คำนวณได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทำการทดสอบ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าทดสอบ ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient (Unarmromlert, 2006) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.78-0.95 แปลผลได้ว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาล รวมทั้งขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วย ตรวจในการคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อ

ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัย แนะนำตัวเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การตอบแบบสอบถามและสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการรับประทัน ยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบด้วยค่าความแปรปรวน ทางเดียว (One Way Analysis of Variance: One Way ANOVA) และวิธีทดสอบแบบ Fisher's Least Significant Difference

2. การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการรับ รู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรม การรับประทันยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการโดยวิธี Enter regression ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการ ตรวจสอบความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์มีความเป็น อิสระต่อกัน (ไม่เกิด autocorrelation) โดยวิธี Durbin-Watson

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 008/2562 โรงพยาบาล ศาลายา นอกจากนี้ในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยแก่ผู้ป่วย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกรายมีการ ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการรับประทัน ยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 41.50 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.50 และระดับอนุปริญญา/อาชีวศึกษา ร้อยละ 27.50 มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 97.0 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 12,001-15,000 บาท โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2-3 ปี ร้อยละ 51.00 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 51.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มียาที่ต้องกินต่อวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิดต่อวัน ร้อยละ 73.50 มีมียาที่รับประทานต่อวัน ๆ ละ 1 มื้อต่อวัน ร้อยละ 49.00 และไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 85.00

1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงรายละเอียดตาราง 1 ถึง ตาราง 10 ดังต่อไปนี้

จากตาราง 1 และตาราง 2 พฤติกรรมการรับประทานยาของเพศทั้งสองกลุ่ม มีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.795 ซึ่งมากกว่า 0.05 จึงใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test โดยพฤติกรรมรับประทานยา มีค่า Sig. (2-tailed) เท่ากับ 0.914 ซึ่งมากกว่า 0.01 หมายถึง เพศที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากตาราง 3 และตาราง 4 จากการทดสอบความแปรปรวนแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า มีค่า Sig เท่ากับ 0.974 ซึ่งมากกว่า 0.01 ก็จึงใช้วิธีทดสอบแบบ Fisher's Least Significant Difference ทดสอบ พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของอายุผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการรับประทานยาทุกช่วงอายุมีพฤติกรรมการรับประทาน

ยาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 และตาราง 6 ทดสอบค่าความแปรปรวนแต่ละระดับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มีค่า Sig เท่ากับ 0.928 ซึ่งมากกว่า 0.01 จะใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference โดยผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการศึกษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งทุกรายคู่มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน

จากตาราง 7 และตาราง 8 ผลการทดสอบความแปรปรวนโดยจำแนกรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มีค่า Sig. เท่ากับ 0.668 ซึ่งมากกว่า 0.01 จึงใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่าง

จากตาราง 9 และตาราง 10 ผลการทดสอบความแปรปรวนโดยจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยา มี Sig. เท่ากับ 0.905 ซึ่งมากกว่า 0.01 ซึ่งจะใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกับพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกันมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1

แสดงการทดสอบค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยจำแนกตามเพศ

ตัวแปรที่ศึกษา	Levene's Test of Equality of Variances	
	F	Sig.
พฤติกรรมการรับประทานยา	0.068	0.795

ตาราง 2

แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยจำแนกตามเพศ

ตัวแปรที่ศึกษา	t-test for Equality of Means					
		$\bar{X}$	SD	t	df	Sig. (2-tailed)
พฤติกรรมการรับประทานยา	ชาย	4.1141	0.52778	-.109**	88.047	0.914
	หญิง	4.1260	0.54595			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 3

แสดงการทดสอบค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามอายุ

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df1	df2	Sig
พฤติกรรมการรับประทานยา	28.135**	2	96	0.974

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของอายุของพนักงานกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ LSD Test

อายุ	$\bar{X}$	20-30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61 ปีขึ้นไป
		4.0975	4.1326	4.1279	4.1211	4.1170
20-30 ปี	4.0975	-	0.3511 (0.824)	0.0304 (0.854)	0.0236 (0.912)	0.01953 (0.904)
31-40 ปี	4.1326	-	-	0.0047 (0.847)	0.0115 (0.913)	0.1558 (0.897)
41-50 ปี	4.1279	-	-	-	0.0068 (0.892)	0.0109 (0.859)
51-60 ปี	4.1211	-	-	-	-	0.0041 (0.881)
61 ปีขึ้นไป	4.1170	-	-	-	-	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 5

แสดงการทดสอบค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามระดับการศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df1	df2	Sig
พฤติกรรมมารับประทานยา	28.135**	2	96	0.928

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 6

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระดับการศึกษาของพนักงานกับพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ไม่ได้รับการ ศึกษาในระบบ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา	ปริญญาตรี
		4.1154	4.1345	4.1256	4.2152	4.0611
ไม่ได้รับการศึกษา ในระบบ	4.1154	-	0.01912** (0.871)	0.0102 (0.785)	0.0098 (0.912)	0.05432** (0.789)
ประถมศึกษา	4.1345		-	0.0089 (0.858)	0.0807 (0.904)	0.07343** (0.707)
มัธยมศึกษา	4.1256			-	0.0896 (0.881)	0.0645 (0.812)
อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา	4.2152				-	0.1541 (0.921)
ปริญญาตรี	4.0611					-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 7

แสดงการทดสอบค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df1	df2	Sig
พฤติกรรมมารับประทานยา	28.135**	2	96	0.668

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 8

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	น้อยกว่า 6,000 บาท	6,001- 9,000 บาท	9,001- 12,000 บาท	12,001- 15,000 บาท	15,001- 18,000 บาท	มากกว่า 18,001 บาท
		4.0975	4.1853	4.0814	4.1902	4.1287	4.1415
น้อยกว่า 6,000 บาท	4.0975	-	0.08778 (0.726)	0.01613* (0.926)	0.0927 (0.882)	0.0312 (0.904)	0.0440 (0.915)
6,001-9,000 บาท	4.1853		-	0.10391* (0.878)	0.0049 (0.891)	0.0566 (0.813)	0.0438 (0.843)
9,001-12,000 บาท	4.0814			-	0.1086 (0.920)	0.0473 (0.791)	0.0601 (0.792)
12,001-15,000 บาท	4.1902				-	0.0615 (0.832)	0.0487 (0.914)
15,001-18,000 บาท	4.1287					-	0.0128 (0.827)
มากกว่า 18,001 บาท	4.1415						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 9

แสดงการทดสอบค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยจำแนกตามระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df1	df2	Sig
พฤติกรรมการรับประทานยา	28.135**	3	95	0.905

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 10

แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของพนักงานกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สูง โดยใช้สถิติ Fisher's Least Significant Difference

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	0-1 ปี	2-3 ปี	4-5 ปี	มากกว่า 5 ปี
		4.1660	4.1415	4.0590	4.1600
0-1 ปี	4.1660	-	0.02449 (0.896)	0.10703* (0.592)	0.00600 (0.982)
2-3 ปี	4.1415		-	0.08254 (0.512)	0.01849* (0.933)

ตาราง 10 (ต่อ)

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	0-1 ปี	2-3 ปี	4-5 ปี	มากกว่า 5 ปี
		4.1660	4.1415	4.0590	4.1600
4-5 ปี	4.0590			-	0.10103* (0.659)
มากกว่า 5 ปี	4.1600				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. การวิเคราะห์หิอทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1 พฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 และ 4.05 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 ดังตาราง 11

2.2 การวิเคราะห์หิอทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สามารถอธิบายค่าแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 13 ($R^2=0.13$, $p<.01$) โดยพบว่า ทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.140$, $p<.00$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta=0.139$, $p<.00$) และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta=0.150$, $p<.00$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และสามารถทำนายอิทธิพลของปัจจัยร่วมกันได้ร้อยละ 97.60 ดังตาราง 12

อภิปรายผล

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เฉพาะปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ส่วนปัจจัยด้านเพศ อาชีพ และระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 สามารถอภิปรายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้ ดังนี้

1.1 เพศ จากผลการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง นั่นหมายความว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แม้ในอดีตจะพบว่า เพศชายส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะไม่ค่อยเข้ารับบริการตรวจ จากแพทย์หรือพยาบาล มักรอให้หายเอง หรือบางครั้งให้ญาติมารับยาแทนหรือซื้อยารับประทานเองโดยไม่ต้อง ตรวจแต่ในปัจจุบันผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสาธิตา มีอัตราการเข้ารับบริการในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศหญิงและชาย เนื่องจากในปัจจุบันมีการทำงานเชิงรุกมากขึ้นและที่สำคัญจะมีคลินิกเฉพาะโรค เช่น คลินิกผู้ป่วยเรื้อรังในแต่ละเดือน ส่วนผู้ป่วยที่ขาดนัดจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยทุกคนไม่ว่าเพศชายหรือหญิงจะได้รับบริการที่เท่าเทียมกันในทุก

บริการโดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานยาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยทั้งหญิงและชายไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lalun, Nangkurang and Malarat (2011); Ritthirong (2011); Kummak (2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khammak and Kaewmune (2015) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

1.2 ปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยารักษาความดันโลหิต ซึ่ง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี จะมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบในการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอเท่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sujamnong, Therawiwat and Imamee (2013); Lakeaw and Charliekea (2017) ที่พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Chulawattaka (2008); Wolwat, Suwan, Chanthamolee and Srisuphanunt (2019) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 11

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิต

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.05	0.82	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	4.19	0.75	มาก
การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา	2.34	0.89	ปานกลาง

ตาราง 12

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของยา และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	b	β	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.124	0.140	11.800	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	0.209	0.139	10.463	<.000
การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยา	0.190	0.150	9.704	<.000

R = 0.988 R² = 0.976 , p = .000

Y = 0.124+0.209A+0.190C+0.551D

1.3 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ระดับการศึกษาสูงยังมีการรับรู้เข้าใจในการรับประทานยาได้ถูกวิธี ส่งผลต่อการอ่านการเข้าใจในวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องถูกวิธี และผู้ที่ระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ภาวะอันตรายทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองในทางที่ดี ซึ่งการเรียนรู้เป็นลักษณะที่เกิดจากประสบการณ์ โดยตามธรรมชาติของมนุษย์เมื่อเผชิญปัญหาหรือประสบการณ์ใด ๆ ย่อมจะพยายาม ดึงเอาสิ่งที่เก็บสะสมไว้มากำใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยการแสดงออกมา และพยายามแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lakeaw et al. (2017); Thongyuan (2015) ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ .05

1.4 อาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ทำให้มีผลในการรับประทานยาไม่ต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lakeaw et al. (2017); Thongyuan (2015) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษา Seijak et al. (2013) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 12,001-15,000 บาท ซึ่งนับว่ามีรายได้ไม่สูงมากนัก ทำให้มีข้อจำกัดด้านการรักษาและรับประทานยาที่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่อาจไม่สามารถบริหารจัดการยาที่เหมาะสมกับโรคและภาวะของโรคที่เป็นอยู่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lakeaw et al. (2017); Seijak et al. (2013) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ

Kummak (2016) ซึ่งพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.6 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยอาจเข้าใจว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและไม่มีอาการที่ชัดเจน การเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องใช้ระยะเวลานานแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือต้องรับประทานตลอดชีวิต การไม่รับประทานยา หรือการลืมรับประทานยา ในบางครั้งอาจไม่เห็นผลหรืออันตรายที่ชัดเจนและรวดเร็ว และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2-3 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาสม่ำเสมอและคุ้นชินกับการรับประทานยาอยู่แล้ว เนื่องจากมีการรักษาโรคนานมีการเรียนรู้จากการมีประสบการณ์ที่พบเห็นหรือเกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากโรงพยาบาลสาละมาตลอดระยะเวลาที่ป่วย จึงทำให้ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sujamnong et al. (2013) พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ๆ

2. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 และ 4.19 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 นั้นหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ในการรับประทานยารักษาโรคที่เป็นอยู่จะรุนแรงมากขึ้นและอาจทำให้เสียชีวิตได้เมื่อขาดการรับประทานอย่างต่อเนื่อง

จึงมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี เนื่องจาก (1) โรงพยาบาลสาละวินมีการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพบผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการ ความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่จะมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยทันที และมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วย และทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจและรับยาตามนัดที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่จะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและประโยชน์ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซ้ำอีก อีกทั้งมีการบอกให้ทราบวาระระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย อยู่ในระดับใด และควรปฏิบัติตัวอย่างไร (2) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการปฐมภูมิให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอทำให้เกิดความสนิทสนม คั่นเคย ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดี มักทำให้เกิดความไว้วางใจ การยอมรับและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันนำไปสู่การให้คำปรึกษาแนะนำที่ตรงกับปัญหาตรงความต้องการและความร่วมมือในการดูแลตนเอง และ (3) ความเชื่อมั่นในแพทย์และการรักษา เนื่องจากโรงพยาบาลสาละวินเป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในจังหวัดนครปฐม มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ และมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Wungthanakorn et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะเชื่อถือแพทย์และแพทย์มีความรู้เรื่องยา นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kooariyakul et al. (2017); Samruayruen and Sribenchamas (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน สำหรับการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโดยตรง จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหน่วยบริการในการรักษาพยาบาลยังไม่ไกลสามารถเดินทางไปมาเพื่อเข้ารับบริการสะดวก ใช้เวลาไม่นาน และมีรถประจำทางหรือรถรับจ้างอยู่ทั่วไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง

จากการศึกษาปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ทั้ง 3 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 นั้นหมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล จึงมีโอกาสได้รับรู้ ความรุนแรงของโรคส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อาจเพราะกลุ่มรับรู้ถึงความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองหากขาดการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องและเห็นว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษาสามารถทำให้ตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstoc et al. (1988) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกาย เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักต่อภาวะสุขภาพและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungsawang (2015) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง จากอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และสอดคล้องกับ Prakobchai, Kusuma Na Ayuthya and Wattanakitrilearn (2014) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นั้นหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ จะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ส่งผลต่อความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว การใช้ยาอย่างถูกต้องทำให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง หากรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของ Janz et al. (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภัยคุกคามของโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสีย แล้วเลือกปฏิบัติดังที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungsawang, (2015); Hunsuwan and Kanokthet (2019) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองรวมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวอย่างไรแล้วจะมีผลดีแก่ตนเองก็จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น จึงพบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นเป็นความไม่สะดวกและรู้สึกว่ามีอุปสรรคขัดขวางมากกว่า การรับรู้ถึงประโยชน์จะมีแนวโน้มที่ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rungsawang, (2015) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมี

อิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wungthanakorn et al. (2008) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนมาตรการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และจากผลการศึกษา ยังพบว่า ผู้ป่วยยังมีอุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยา โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หากโรงพยาบาลสามารถมีมาตรการเพื่อลดอุปสรรคเหล่านั้น ให้ยิ่งน้อยลงย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาค่าความดันโลหิตสูงในประชากรที่มารับบริการในสถานบริการตั้งแต่แรกเพื่อจะได้ป้องกันแนะนำการปฏิบัติตน เพื่อลดปัจจัยด้านพฤติกรรมต่าง ๆ อันจะมีผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะมีปัจจัยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการวางแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูงมิได้มีเพียงปัจจัยพฤติกรรมการรับประทานยาเท่านั้น หากแต่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น



Reference

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>.
- Best, J. (1981). *Research in education* (4th ed). London: Prentice-Hall International.
- Bureau of Non Communicable Diseases. (2006). *Campaign issues for Hypertension Day*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/61.pdf>. (in Thai)
- Chockalingam, A., Campbell, N. R., & Fodor, J. G. (2006). Worldwide epidemic of hypertension. *The Canadian Journal of Cardiology*, 22(7), 553–555. [https://doi.org/10.1016/s0828-282x\(06\)70275-6](https://doi.org/10.1016/s0828-282x(06)70275-6).
- Chulawattaka, S. (2008). Relationship between knowledge and self-care behavior of hypertension patients in Sakon Nakhon Province. *Journal of Public Health Isan Region*, 22(5), 25-27. (in Thai)
- Clark, L. T. (1991). Improving compliance and increasing control of hypertension: Needs of special hypertensive populations. *American Heart Journal*, 121(2 Pt 2), 664–669. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(91\)90443-l](https://doi.org/10.1016/0002-8703(91)90443-l).
- Hunsuwan, B., & Kanokthet, T. (2019). Effects of self-management programs on hypertensive patients in Phetlakorn District Health Promoting Hospital, Nongphai District, Phetchabun Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(2), 239-253. (in Thai)
- Hoy, W. K., & Miskel, C. G. (2005). *Educational administration: Theory, research, and practice* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>.
- Khammak, P. Khummak, S., & Kaewmunee, M. (2015). Factors related to self-watching behavior of hypertensive patients in Khlong Ri Sub-district, Sathing Phra District, Songkhla Province. *Journal of the Southern Region College of Nursing and Public Health Network*, 2(3), 74-91. (in Thai)
- Kooariyakul, A., & Meesri, C. (2017). Knowledge and self-care behaviors of patients with hypertension at Tambon Pasao Health Promoting Hospital, Amphur Mueung Uttaradit Province. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 9(2), 28-40. (in Thai)
- Kummak, S. (2016). Self-care behaviors among hypertension patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Sathingpha, Songkhla Province. *Journal of the Southern Region College of Nursing and Public Health Network*, 3(3), 153-169. (in Thai)
- Lakeaw, A., & Charliekuea, T. (2017). Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai Province. *Journal of Graduate Studies Suan Sunandha Rajabhat University*, 22(2), 635-649. (in Thai)

- Lalun, P., Nangkurang, N., & Malarat. A. (2011). Self care behavior of patients high blood pressure who come to receive the medical outpatient department Somdet Medical Center Hospital Phra Thep Rattanathasuda Siam Princess Royal. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 18(3), 160-169. (in Thai)
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (p. 42–65). London: Routledge & CRC Press.
- Prakobchai, S., Kusuma Na Ayuthya, S., & Wattanakitriearth, D. (2014). Factors influencing medication-taking behavior of hypertensive patients. *Journal of Nursing Science*, 32(4), 43-51. (in Thai)
- Ritthirong, P. (2011). *Self-care behavior of hypertensive patients used to collect data in patients with hypertension: Hypertension at the clinic in chronic disease Ban Don Kha Health Promoting Hospital, Ton Hong Sub-district, Phrom Khiri District, Nakhon Si Thammarat Province*. Retrieved from <http://www.promkiri.go.th/detail/doc>. (in Thai)
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>.
- Rungsawang, S. (2015). Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Medical Technology, Region 11*, 29(2), 195-202. (in Thai)
- Salaya Hospital. (2560). *Summary of 2017 annual medical records of Salaya Hospital*. Nakhon Pathom: Salaya Hospital. (in Thai)
- Samruayruen, K., & Sribenchamas, N. (2019). Effectiveness of medication using literacy program on medication use behaviors among hypertensive patients in Pho Sai Ngam Health Promoting Hospital, Bueng Na Rang district, Phichit Province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(2), 297-306. (in Thai)
- Satiprasert, A., Leelukkanaveera, Y., & Homsin, P. (2015). Effects of coaching on health behaviors and blood pressure of patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing and Education*, 8(3), 33-51. (in Thai)
- Seijak, P. Therawiwat, M. Imamee, N., & Pradipasen, M. (2013). Factors related to-self-management behaviors on blood pressure control of persons with hypertension. *Journal of health Education*, 36(124), 17-29. (in Thai)
- Sujamnong, S., Therawiwat, M., & Imamee, N. (2013). Factors related to self-management of hypertensive patients, Taladkwan District health promoting hospital, Nontaburi Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 29(2), 20-30. (in Thai)

- Thongsilp, R. (2011). *Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prompting medication adherence among older persons with hypertension Wiang Papao Hospital Chiang Rai Province* (Master's thesis). Chiang Mai University. Chiang Mai. (in Thai).
- Thongyuan, J. (2015). Factors related to health behavioral among hypertensive patients at Surattani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 29(2), 195-202. (in Thai)
- Unarmromlert, T (2006) *Educational research tools: Building and development*. Nakhon Pathom: Silpakorn University. (in Thai)
- Wolwat, K., Suwan, P., Chanthamolee, S., & Srisuphanunt, M. (2019). Development of the Elderly Care Model for Hypertension by Community, Wangwiset District, Trang. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(1), 210-221. (in Thai)
- World Health Organization. (2012). *Adherence to long-term therapies evidence for action*. Retrieved from <http://www.who.int/publications/2012/9241545992.pdf>.
- Wungthanakorn, S., Phatidumrongkul, C., & Khomchan, P. (2008). Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(6), 539-547. (in Thai)

