

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือ  
ในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
ภายใต้การควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยา

Association between Belief about Medication and  
Medication Adherence among Diabetes and Hypertensive  
Patients Controlled by Medication Taking Period

ยศพล เหลืองโสมนภา\* ลลิตา เดชาวุธ\* กฤษณี สุวรรณรัตน์\*  
สุกัญญา ขันวิเศษ\* ปาลีรัญญ์ ฐาสีรสวัสดิ์\* ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล

Yosapon Leungsomnapa\* Lalita Dechavoot\* Kritsanee Suwannarat\*  
Sukanya Khanwiset\* Paleerun Thasirasawad\* Chuanchom Peaschpunpisal\*

บทคัดย่อ

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการกินยา การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้การควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่กรกฎาคม 2558 ถึง กุมภาพันธ์ 2559 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและความร่วมมือในการกินยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และใช้ไควสแควร์สามตัวแปรและทดสอบอิทธิพลของผลกระทบด้วยคราเมอร์วี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยา 1- 5 ปีนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 69.2 รองลงมาได้แก่ กลุ่มรับรู้ความจำเป็น = กังวลจากการกินยา ร้อยละ 15.6 และกลุ่มกังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ และมีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 76.8 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยามากกว่า 5 ปี นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 76.2 รองลงมาได้แก่ กลุ่มกังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยาร้อยละ 14.8 และกลุ่มรับรู้ความจำเป็น = กังวลจากการกินยา ร้อยละ 9

ตามลำดับ และมีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 80.4 ก่อนการควบคุมตัวแปรระยะเวลา กินยา ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p < .001$  มีค่า effect size .197 (Small Effect Size) หลังควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาแล้ว ในกลุ่มที่มีระยะเวลากินยา 1-5 ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  มีค่า Effect size .175 (Small Effect Size) และในกลุ่มที่มีระยะเวลากินยาที่ระยะเวลา  $> 5$  ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  มีค่า Effect Size . 258 (Medium Effect Size)

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรมีการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในผู้ป่วยเรื้อรังที่กินยาไปแล้ว 1 ปี เพื่อทราบข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ปัญหาและอุปสรรคของการกินยา ตลอดจนออกแบบกิจกรรมการให้ความรู้หรือปรับความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ในผู้ที่มีปัญหาของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เพื่อให้การกินยาได้ผลดี

**คำสำคัญ :** ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ความร่วมมือในการกินยา เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

### ABSTRACT

Belief about medication is a factor which associate with medication adherence. This descriptive cross-sectional study was designed to study the correlation between belief about medication and medication adherence controlled by medication taking period. Participants were 400 diabetes mellitus and hypertensive patients who under the responsibility of Thachang Subdistrict Administrative Organization, Chanthaburi, Thailand. Research tools were belief about medication questionnaire and medication adherence questionnaire. Data were collected from July 2014 to February 2015. The SPSS version 24 was used and data analyzed using descriptive statistic, three variables of chisquare test and Cramer's V.

The research found that most of participants who had medication taking period during 1-5 years had belief in necessity > concern (69.2%), follow by equality between necessity and concern belief (15.6%) and concern > necessity belief (15.2%) respectively and also had high medication adherence (76.8%). Research results also found that most of participants who had medication taking period > 5 years had belief in necessity > concern (76.2%), follow by concern > necessity belief (14.8%) and equality between necessity and concern belief (9%) respectively and also had high medication adherence (80.4%). Before controlled medication taking period, belief about medication had statistically associated with medication adherence ( $p < .001$ , effect size .197; small). After controlled medication taking period variable in 1 – 5 years group, belief about medication had statistically associated with medication adherence ( $p < .05$ , effect size .175; small) and reveal that in > 5 years group, belief about medication had also statistically associated with medication adherence ( $p < .01$ , effect size .258; medium).

Base on these findings, health care provider should assess belief about medication in chronic patients who have been taken medicine one year in order to know belief about medication, problem and barrier to taken medicine and also create an activity to give knowledge and change belief about medication in patients who have problem about these.

**Keywords :** Belief about Medication, Medication Adherence, Diabetes Mellitus, Hypertension

## บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่สร้างภาระอย่างมากต่อระบบสุขภาพของประเทศ นอกเหนือจากการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังกลุ่มนี้แล้ว การจัดการกับโรคอย่างเหมาะสมมีความสำคัญเช่นกัน ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังควรให้ความร่วมมือในการรักษาโรค (Therapeutic Adherence)<sup>1</sup> ประกอบด้วย ความร่วมมือในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม (Changing Life Style Adherence) เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การไม่สูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา เป็นต้น และความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (Medication Adherence) เพราะยาเป็นเครื่องมือสำคัญทางการแพทย์ที่ใช้ในการควบคุมและจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>2-3</sup> อย่างไรก็ดี ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อยมีความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์ที่ไม่ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย คือ ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพ ด้านปัจจัยสังคมหรือเศรษฐกิจ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และมิติด้านปัจจัยเกี่ยวกับโรค ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยนั้นเป็นปัจจัยที่ทำลายความสามารถของบุคคลากรทางการแพทย์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกินยาที่ดีได้ ทั้งนี้ ความรู้และความเชื่อของแต่ละบุคคลต่อการกินยาเป็นปัจจัยที่สำคัญสุดในมิติของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย<sup>4</sup> ดังนั้นการศึกษาข้อมูลตามปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs About Medication) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยา ฮอร์น (Horn)<sup>5-6</sup> ได้พัฒนาแนวคิดความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาในการอธิบายความร่วมมือในการกินยา

ในรูปของกรอบแนวคิดการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ความกังวลจากการกินยา (Necessity - Concern Framework) โดยฮอร์นกล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีสองกลุ่ม คือ ความเชื่อแบบเฉพาะ (Specific Beliefs) และความเชื่อแบบทั่วไป (General Beliefs) ทั้งนี้ความเชื่อแบบเฉพาะเป็นความเชื่อหลักที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยา ประกอบด้วยด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา (Specific -Necessity ) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และด้านความกังวลจากการกินยา (Specific - Concern) เป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา ดังผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายความร่วมมือในการกินยาในโรคเรื้อรังได้ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคหอบเป็นต้น<sup>7-10</sup>

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาที่นำเสนอไปแล้วข้างต้นนั้น นำเสนอด้วยการใช้ 1) คะแนนดิบของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา แต่ละด้านของกลุ่มความเชื่อแบบเฉพาะ และกลุ่มความเชื่อแบบทั่วไป หรือ 2) ผลต่างของความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยากับความเชื่อแบบเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา (Mean Difference of Necessity and Concern) มาหาความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการกินยา วิธีการนี้อาจทำให้ตีความได้ยากว่าแท้จริงแล้วบุคคลแต่ละคนนั้นมีการตัดสินใจในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาอย่างไร ทั้งนี้การตัดสินใจว่าจะกินยาหรือไม่กินยานั้น ขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล วิธีการหนึ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจเบื้องหลังวิธีคิดของปัจเจกบุคคลได้คือวิธีคิดแบบหลักเศรษฐศาสตร์ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุน ผลประโยชน์ (Cost – Benefit Analysis, CBA)

เป็นเหตุผลในการตัดสินใจว่าจะกินหรือไม่กินยา โดยการเทียบเคียงความเชื่อแบบเฉพาะเกี่ยวกับการกินยาทั้งสองด้านกับหลักคิดของผลประโยชน์และต้นทุน ซึ่งความเชื่อเฉพาะในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยานั้น เทียบเคียงได้กับการรับรู้ผลประโยชน์และข้อดีของการกินยา ส่วนความเชื่อเฉพาะในด้านความกังวลจากการกินยา เทียบเคียงได้กับการต้นทุนและคำนึงถึงข้อเสียของการกินยา<sup>6</sup> ดังนั้นหากมีการศึกษาที่นำผลต่างของคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาทั้งสองด้านมาหักลบกัน นำเสนอเป็นกลุ่มความแตกต่างของคะแนน และนำไปหาความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา น่าจะเห็นภาพและเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของปัจเจกบุคคลอีกมุมมองหนึ่งที่ชัดเจนและยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาด้วยรูปแบบนี้มาก่อน

จากความสำคัญข้างต้นนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและความร่วมมือในการกินยา โดยการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเด็นของการออกแบบการวิจัย โดยการจัดกลุ่มความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่อยู่บนฐานของการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มรับรู้ความจำเป็นมากกว่ากังวลจากการกินยา กลุ่มรับรู้ความจำเป็นเท่ากับกังวลจากการกินยา และกลุ่มกังวลมากกว่ารับรู้ความจำเป็นจากการกินยา โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและศึกษาในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งทำให้มีโอกาสได้คำตอบความเชื่อที่หลากหลาย อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการกินยามีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับ

การกินยา เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นจุดกำเนิดของความเชื่อด้านความจำเป็นต่อการกินยา<sup>6</sup> และระยะเวลามีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยาด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยเรื้อรังจะมีความร่วมมือในการกินยาดีในช่วง 1 ปีแรกของการรักษา หลังจากนั้นจะเริ่มมีความร่วมมือในการกินยาลดลงในช่วง 5 ปีแรก ประกอบกับมีรายงานการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการมารับบริการรักษาซึ่งสะท้อนถึงระยะเวลาในการกินยาได้ทางอ้อมนั้น มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา<sup>11</sup> ดังนั้นจึงนำตัวแปรระยะเวลาในการกินยาเป็นตัวแปรควบคุมในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดจุดตัดระยะเวลาที่ 5 ปี ตามเหตุผลที่กล่าวแล้วข้างต้น ผลการศึกษานี้จะขยายพรมแดนความรู้ (Frontier of Knowledge) ของความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและความร่วมมือในการกินยาได้ และจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

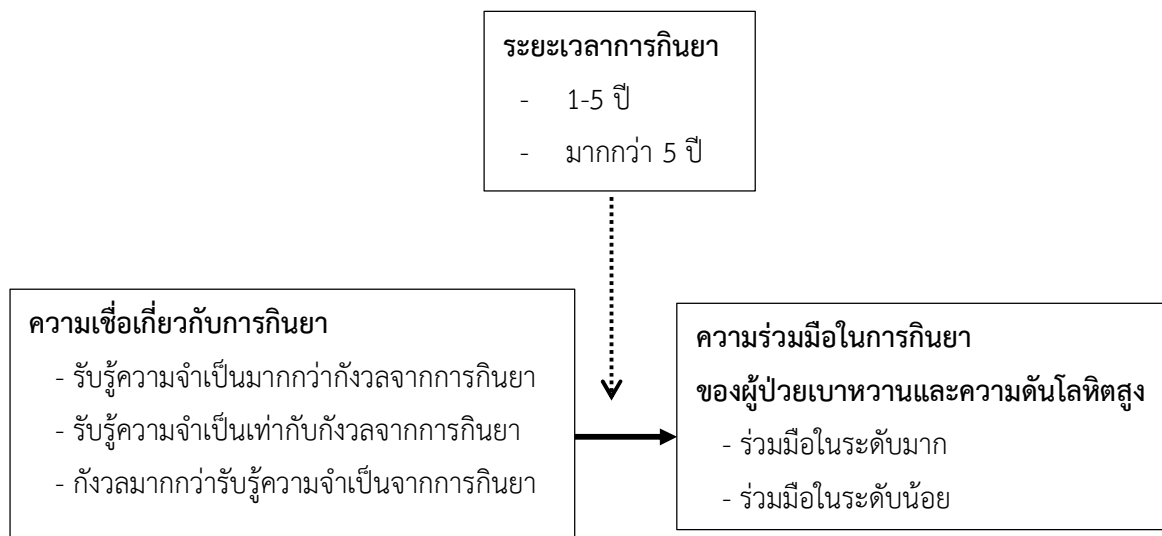
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและอิคความดันโลหิตสูงภายใต้การควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา ความกังวลจากการกินยา ของฮอร์น<sup>5-6</sup> มาเป็นกรอบในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับกินยากับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ฮอร์นกล่าวไว้ว่า ความเชื่อเฉพาะในการกินยา

มีสองด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และด้านความกังวลจากการกินยา ซึ่งความเชื่อดังกล่าวนี้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา การศึกษานี้ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรระยะเวลาในการกินยาเนื่องจากมีการศึกษา พบว่า

ระยะเวลาในการมารับการศึกษาซึ่งสะท้อนถึงระยะเวลาในการกินยาได้ทางอ้อมนั้น มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา<sup>11</sup> โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

**สมมติฐานการวิจัย**

เมื่อควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 -5 ปี และกลุ่มมากกว่า 5 ปี แล้วความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา

**นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ**

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการกินยาเบาหวานและความดันโลหิตสูงของตนเอง ประเมินโดยแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา จำนวน 10 ข้อ คำตอบจะมีสามกลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มรับรู้ความจำเป็นมากกว่ากังวลจากการกินยา 2) กลุ่มรับรู้ความจำเป็นเท่ากับกังวลจากการกินยา และ 3) กลุ่มกังวลมากกว่ารับรู้ความจำเป็นจากการกินยา

ความร่วมมือในการกินยา หมายถึง พฤติกรรมการกินยาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่แพทย์สั่ง ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาในประเด็น การลืมกินยา การหยุดกินยา และการปรับขนาดยาเอง ประเมินโดยแบบสอบถาม Medication Adherence Rating Scale (MARS) คำตอบมีสองกลุ่ม คือ ความร่วมมือในการกินยาในระดับน้อยและความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก

**วิธีดำเนินการวิจัย**

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Design) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้



### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ รายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ที่ปรากฏในทะเบียนรายชื่อในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 2,133 ราย การกำหนดพื้นที่แห่งนี้เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงตามประชากรเป้าหมาย คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร  $n = (N^2 \cdot 2 \cdot p(1-p)) / (e^2(N-1) + Z^2 \cdot 2 \cdot p(1-p))$  แทนค่าสัดส่วนของความร่วมมือการกินยาในระดับมากจากการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ<sup>10</sup> ได้จำนวนตัวอย่าง 315 ราย ปรับขนาดตัวอย่างตามการปรับแก้ปัญหาการสูญหายร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่าง 400 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจากทะเบียนรายชื่อผู้ที่เป็โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยกำหนดให้จำนวนประชากรต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (sampling fraction) เท่ากับ  $2133/400 = 5.33$  หรือประมาณ 5 จากนั้นสุ่มหาผู้ป่วยรายแรก และเลือกผู้ป่วยรายถัดไปทุกระยะห่างคนที่ 5 จนได้ครบจำนวนตัวอย่าง กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) สัญชาติไทย และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) เต็มใจให้ข้อมูลและสื่อสารให้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันได้ 3) รับประทานยารักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาอย่างน้อย 1 ปี และเกณฑ์คัดออกคือ 1) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคไตวาย โรคหัวใจ 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล เช่น มีไข้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล เพศ ระดับการศึกษา อายุ ระดับการศึกษา การจัดเตรียมมารับประทาน และระยะเวลากินยา

2. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา เป็น แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของฮอร์น และคณะ<sup>12</sup> แปลย้อนกลับโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ<sup>10</sup> และผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน<sup>13</sup> การศึกษาครั้งนี้ใช้เฉพาะองค์ประกอบความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา 5 ข้อ และความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา 5 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน หาค่าความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติแอลฟา ครอนบาช ได้ค่าความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเท่ากับ .874 ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาเท่ากับ .834 คิดคะแนนโดยการนำคะแนนความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยาลบความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการกินยา แปลผลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) รับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา 2) รับรู้ความจำเป็น = กังวลจากการกินยา 3) กังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา

3. แบบสอบถามความร่วมมือในการกินยา เป็นแบบสอบถาม Medication Adherence Rating Scale (MARS) ที่พัฒนาโดยฮอร์น<sup>14</sup> แปลโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ<sup>10</sup> ประเมินความ

ร่วมมือในการกินยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการกินยา 5 ข้อ เช่น ฉันทืมกินยา ฉันทปรับขนาดยาที่กินเอง เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติดังนี้ เป็นประจำ สม่ เสมอ ได้ 1 คะแนน บ่อย ๆ ได้ 2 คะแนน เป็นบางครั้ง ได้ 3 คะแนน น้อยครั้งมาก ได้ 4 คะแนน และไม่เคยเลย ได้ 5 คะแนน คะแนนรวมจึงเท่ากับ 5 ถึง 25 คะแนน แบ่งกลุ่มความร่วมมือในการกินยา โดยพิจารณาจากจุดตัดที่ 21 คะแนน ความร่วมมือในการกินยาในระดับน้อยจะมีคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน และความร่วมมือในการกินยาในระดับมากจะมีคะแนนที่ 22-25 คะแนน<sup>15</sup> มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรีรหัส CTIREC 005 พ.ศ 2558 และ ปรับชื่อเรื่องด้วยรหัส รหัส CTIREC 005 พ.ศ 2560 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจ ตอบข้อสงสัยและอธิบายการออกจากการ วิจัยของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีผลใดๆ พร้อมทั้งแนบ เอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัยเพื่อลงนาม

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2558 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2559 โดยภายหลังได้รับ อนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าช้าง จันทบุรี ให้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จาก ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าช้าง จันทบุรี จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตามนัดกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง

ที่รับบริการจากสถานบริการอื่น ผู้วิจัยประสาน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไปยังบ้าน กลุ่มเป้าหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ต่อไป ก่อน ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และ รายละเอียดของจริยธรรมวิจัย และทำการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาข้อมูล ส่วนบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา และความร่วมมือในการกินยา ด้วยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ เกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้การ ควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาของผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ ไคว้สแควร์ (chisquare Test) แบบสามตัวแปร หาค่าขนาดความแตกต่างของผลกระทบ (Effect Size) ด้วยคราเมอร์ วี (Cramer's V) กำหนดเกณฑ์ แปลค่าในผลที่  $df = 2$  ดังนี้ .07 = Small Effect Size .21 = Medium Effect Size .35 = large Effect Size<sup>16</sup>

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 46.5 รองลงมาได้แก่ เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.3 ศึกษาชั้นประถม ศึกษา ร้อยละ 74 ปัจจุบันรับยาโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ร้อยละ 64.3 และเป็นผู้จัดเตรียมยากินเอง ร้อยละ 93 ในส่วนของระยะเวลาการกินยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างกินยาตั้งแต่ 5 ปีลงมา ร้อยละ 52.8 และมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 47.3 กินยามากที่สุด 1 - 4 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 81.5



2. ผลการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยา 1- 5 ปี นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 69.2 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มรับรู้ความจำเป็น = กังวลจากการกินยา ร้อยละ 15.6 และกลุ่มกังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยามากกว่า 5 ปีนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 76.2 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มกังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยาร้อยละ 14.8 และกลุ่มรับรู้ความจำเป็น = กังวลจากการกินยา ร้อยละ 9 ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาความร่วมมือในการกินยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยา 1-5 ปี นั้น ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 76.8 ส่วนกลุ่มที่มีระยะเวลากินยา > 5 ปี ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 80.4

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยยังไม่ควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  มีค่า Effect Size .197 (Small Effect Size) ดังตารางที่ 1 หลังจากควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาในกลุ่มที่มีระยะเวลากินยา 1- 5 ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  มีค่า Effect Size .175 (Small Effect Size) และในกลุ่มที่มีระยะเวลากินยา ที่ระยะเวลามากกว่า 5 ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  มีค่า Effect Size .258 (Medium Effect Size) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (n = 400)

ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	ความร่วมมือในการกินยา		$\chi^2$	p-value	ES (Cramer's V)
	n (%)				
	ระดับน้อย	ระดับมาก			
รับรู้ความจำเป็น=กังวลจากการกินยา	12 (14)	36 (12.1)	15.468	< .001*	.197 (small)
กังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา	24 (27.9)	36 (11.5)			
รับรู้ความจำเป็น > กังวลจาก การกินยา	50 (58.1)	240 (76.4)			

\* $p < .001$

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาของกลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภายใต้การควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยา (n = 400)

ระยะเวลาการกินยา	ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา	ความร่วมมือในการกินยา		$\chi^2$	p-value	ES (Cramer's V)
		n (%)				
		ระดับน้อย	ระดับมาก			
1-5 ปี (n =211 )	รับรู้ความจำเป็น =กังวลจากการกินยา	6 (12.2)	27 (16.7)	6.491	.039	.175 (small)
	กังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา	13 (26.6)	19 (11.7)			
	รับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา	30 (61.2)	116 (71.6)			
> 5 ปี (n =189 )	รับรู้ความจำเป็น=กังวลจากการกินยา	6 (16.2)	11 (7.2)	12.535	.002*	.258 (Medium)
	กังวล > รับรู้ความจำเป็นจากการกินยา	11 (29.7)	17 (11.2)			
	รับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา	20 (54.1)	124 (81.6)			

\*p<.01

### สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่แบ่งกลุ่มความเชื่อตามแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ และความร่วมมือในการกินยาภายใต้การควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยา กลุ่ม 1 -5 ปี และ > 5 ปีขึ้นไป ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  มีค่า Effect Size .197 (Small Effect Size) หลังจากควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยา กลุ่มที่มีระยะเวลาการกินยา 1 - 5 ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  มีค่า Effect Size .175 (Small Effect Size) และควบคุมตัวแปร

ระยะเวลาการกินยา กลุ่มที่มีระยะเวลาการกินยา > 5 ปี พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .01$  มีค่า Effect Size .258 (Medium Effect Size) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า เมื่อควบคุมตัวแปรระยะเวลาการกินยาของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 -5 ปี และกลุ่ม > 5 ปี แล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา ทั้งนี้อธิบายในส่วนของผลการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยา ทั้งสองกลุ่มระยะเวลาการกินยาได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (Beliefs About Medication) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยา การตัดสินใจว่าจะกินยาหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล

ผู้ป่วยหลายคนใช้วิธีการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ (Cost – Benefit Analysis, CBA) เป็นเหตุผลในการตัดสินใจว่าจะกินหรือไม่กินยา โดยความเชื่อเฉพาะในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยานั้น เทียบเคียงได้กับการรับรู้ผลประโยชน์และข้อดีของการกินยา ส่วนความเชื่อเฉพาะในด้านความกังวลจากการกินยา เทียบเคียงได้กับการต้นทุนและค่านึงถึงข้อเสียของการกินยา<sup>6</sup> ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือสูงเมื่อใช้รูปแบบการตัดสินใจที่มีความเชื่อเฉพาะในด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยามากกว่าด้านความกังวลจากการกินยา นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ<sup>7-10</sup>

ผลการศึกษาพบว่าขนาดความแตกต่างของผลกระทบที่เกิดขึ้น (Effect Size) ของความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาที่มีระยะเวลากินยามากกว่า 5 ปี นั้นมีค่ามากกว่ากลุ่มที่กินยามาระยะเวลา 1-5 ปี กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า ผู้ที่กินยามา > 5 ปีนั้น จะมีความสัมพันธ์ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาที่มากกว่าผู้ที่กินยามา 1 - 5 ปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการกินยาที่มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการกินยา ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการกินยาดีในช่วง 1 ปีแรก และจะมีความร่วมมือลดลงในช่วง 5 ปีแรกของการรักษา<sup>11</sup> หากพิจารณาตามความสัมพันธ์ของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาและความร่วมมือในการกินยาแล้ว ย่อมน่าจะมี ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาที่แตกต่างกันในกลุ่มที่กินยา 1-5 ปี กับกลุ่มที่กินยา > 5 ปี ได้ เนื่องจากระยะเวลาการกินยาเป็นตัวสะท้อนระยะเวลาความเจ็บป่วย ผู้ที่กินยามานานย่อมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เรียนรู้เป็นความเชื่อและเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามมา<sup>17</sup> เห็นได้จากข้อมูล

การศึกษาเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยา 1- 5 ปี นั้น ความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 69.2 และมีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 76.8 ขณะที่ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลากินยามากกว่า 5 ปี นั้น มีผลที่ดีกว่า กล่าวคือความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับรู้ความจำเป็น > กังวลจากการกินยา ร้อยละ 76.2 และมีความร่วมมือในการกินยาในระดับมาก ร้อยละ 80.4 นอกจากนี้ระยะเวลาในการกินยาเป็นภาพความต่อเนื่องของเวลาที่บุคคลผ่านประสบการณ์ของการกินยาที่แพทย์ย่อมมีการปรับขนาดของยาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจนบุคคลสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วย และรับรู้ผลดีจากการกินยาจนตกผลึกเป็นความเชื่อในความจำเป็นของการกินยา และความมีวินัยในการกินยาของแต่ละบุคคลได้ดีขึ้นตามระยะเวลาการกินยาที่ผ่านไป จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่กินยา > 5 ปี มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการกินยากับความร่วมมือในการกินยาในระดับที่มากกว่ากลุ่มที่กินยา 1 - 5 ปี

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า ในส่วนของภาคบริการนั้น บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรมีการประเมินความร่วมมือในการกินยาและความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยปีละครั้ง โดยเฉพาะ ผู้ที่มีแนวโน้ม หรือมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลหรือระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี เพื่อทราบข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการกินยา ปัญหาและอุปสรรคของการกินยา ทั้งนี้ในกลุ่มที่กินยา 1-5 ปี ควรมีกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจถึงความจำเป็นของการกินยาเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ว่าจะส่งผลดีอย่างไรกับสุขภาพของตนเอง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่วนในกลุ่มที่กินยามากกว่า 5 ปี ควรมีกิจกรรมเน้นย้ำความจำเป็นของการกินยาเช่นกัน และควรเพิ่มการประเมินความกังวลในการกินยา พร้อมทั้งมีกิจกรรมให้ความรู้เพื่อลดความกังวลจากการกินยา ในส่วนของภาคการศึกษา ควรมีการสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้รู้และเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับการกินยารวมถึงความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยา เพื่อที่จะได้นำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาได้เหมาะสมต่อไป ในส่วนของการวิจัยนั้นอาจทำการศึกษาวิจัยในรูปของการติดตามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละรายว่า มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเป็นอย่างไร

## REFERENCES

1. Park, K-A., Kim, J-G., Kim, B-W., Kam, S., Kim, K-Y., Ha, S-W., et al. Factors that Affect Medication Adherence in Elderly Patients with Diabetes Mellitus. *Korean Diabetes J.*, 2010; 34(1): 55-65.
2. Leungsomnapa, Y., Thasirasawad, P., & Dechavoot, L. Beliefs about Medication: Idea and Association with Medication Adherence. *J Prapokklao Hosp Clin Educat Center*, 2014; 25(2): 95-105. (in Thai)
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(3): 412-24.
4. WHO. *Towards the Solution, Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization, 2003. p. 27-38.
5. 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.
6. 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.
7. Maguire, LK., Hughes, CM., McElhany, JC. Exploring the Impact of Depressive Symptoms and Medication Beliefs on Medication Adherence in Hypertension - A Primary Care Study. *Patient Education and Counseling*, 2008; 73: 371-6.
8. Menckeborg, TT., Bouvy, ML., Bracke, M., Kaptein, AA., Leufken, HG., Raaijmakers, JAM., et al. Belief about Medicines Predict Refill Adherence to Inhaled Corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008; 64: 47-54.

9. 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. *Journal of Psychosomatic Research*, 2011; 70: 179-87.
10. Leungsomnapa, Y., Promproh, S., Leungsomnapa, S., Sourthao, Y. Influence of Belief about Medication on High Group of Medication Adherence in Hypertensive Patients. *J Prapokklao Hosp Clin Educat Center*, 2013; 30(2): 146-57. (in Thai)
11. Tarutani, S., Kikuyama, H., Ohta, M., Kanazawa, T., Okamura, T., Yoneda, H. Association between Medication Adherence and Duration of Outpatient Treatment in Patients with Schizophrenia. *Psychiatry Investic*, 2016; 13(4): 413-9.
12. 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. *Psychology and Health*, 1999; 14: 1-24.
13. Leungsomnapa, Y., Promproh, S., Leungsomnapa, S., Thasirasawad, P., Keawchaum, R., & Suraworawathanakul, W. Confirmatory Factor Analysis of Beliefs about Medicine Questionnaire in Thai Version. *J Prapokklao Hosp Clin Educat Center*, 2014; 2014: 297-310. (in Thai)
14. 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. *Psychology and Health*, 2002; 17(1): 17-32.
15. Clatworthy, J., Bowskill, R., Parham, R., Rank, T., Scott, J., & Horne, R. Understanding Medication Non-adherence in Bipolar Disorders Using a Necessity-concern Framework. *Journal of Affective Disorders*, 2009; 116: 51-5.
16. Gravetter, FG., Wallnau, LB. *The Chisquare Statistic: Tests for Goodness of Fit and Independence* [online]. n.p [cited 2017/3/18]. Available from: <https://www.slideshare.net/jasondroesch/gw-e8ch15>
17. Jaiyungyuen, U. Factor Influencing Health-promoting Behavior of Patients with Hypertension. *Journal of Nursing and Education*, 2009; 2(1): 39-47. (in Thai)