

The study findings revealed that medication adherence among patents with essential hypertension was at a low level (at 61%). Perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication were at a moderate level (63.30%, 66.40%, 69.50%, and 69.50%, respectively), and they predicted medication adherence in essential hypertensive patients by 21% with a statistical significance ($R^2 = .210$, $p < .01$). It was found that perceived self-efficacy was the best predictor ($\beta = .352$, $p < .01$), followed by perceived barriers to medication adherence ($\beta = -.202$, $p < .05$).

บทนำ

สม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไตและการเสียชีวิต และมีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีดีกว่า ผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง⁴ สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 38⁵ และยังสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง⁶ การการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อติดตามไป 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่รับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทาน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคมาก จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรค ในการรับประทานน้อย⁷ การศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่อง⁸ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกหรือสภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์⁹ คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การได้รับคำแนะนำต่อเนื่อง สถานบริการสุขภาพและแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา² เป็นต้น รวมถึงการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอเนื่องเพิ่ม

ขึ้น การที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจกับบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึงการมีเวลาในการให้คำแนะนำ การให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุยและบอกเล่าอาการ การตอบคำถามและการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา จะมีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง⁹

งานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเด็นเหล่านี้ยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาถึงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบริการระดับต้นที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เป็นบริการด่านแรกและใกล้ชิดประชาชน ทั้งสถานที่ตั้งและสัมพันธภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผู้ให้บริการต้องมีความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิตของชุมชน มีเทคนิคการสื่อสาร และประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับวิถีชีวิตของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

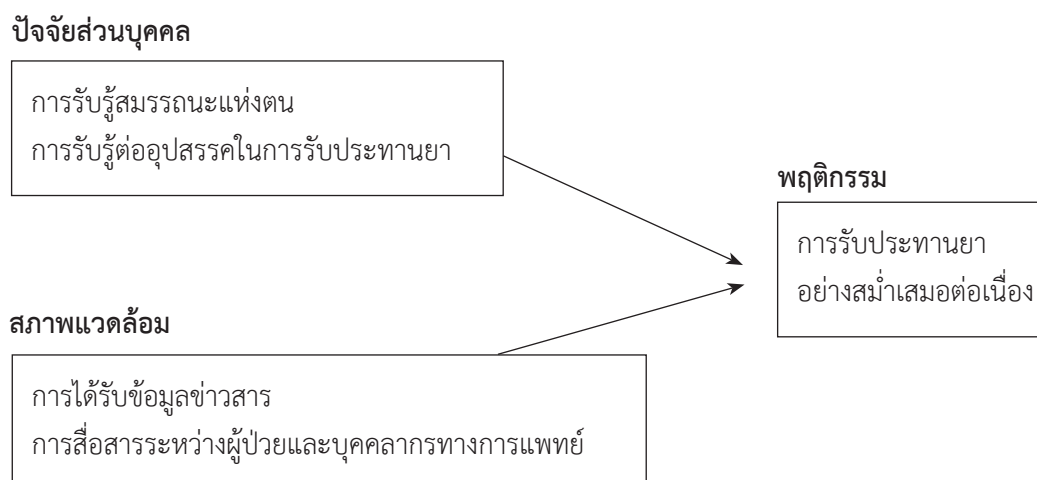
สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคใน
การรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ

รับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนวยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura¹⁰ มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ยังต้องใช้กระบวนการทางการใช้เหตุผล การนึกคิด และการตัดสินใจจากการสังเกตของตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นร่วมกับการประเมินตน โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันขององค์ประกอบ 3 ประการ คือ พฤติกรรม สติปัญญาปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม กล่าวคือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหา หากรู้สึก หรือพบว่างานที่ทำยากลำบาก จะทำให้ละความพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นนอกจากนี้ สภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลจากการกระทำของผู้อื่น การพูดชักจูงจากบุคคลรอบข้าง หรือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่างๆ ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น¹¹



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

เท่ากับ 0.87, 0.80, 1.0 และ 0.81 ตามลำดับ และนำแบบ
สัมภาษณ์ที่หาค่าความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปใช้กับตัวอย่าง
จำนวน 128 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ เท่ากับ
0.67, 0.81, 0.82, 0.91 และ 0.64 ตามลำดับ ซึ่งยอมรับได้¹⁵

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ 503/2555 (EC4) เลขที่หนังสือรับรอง Si 559/2012 และกรรมการแพทย์กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ 007.56 เลขที่ พ.41 และปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่า P value เท่ากับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยใช้ Multiple regression ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว

ผลการวิจัย

ตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 76.60 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.10 อายุเฉลี่ย 63.06 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.7 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.50 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 67.19 มีรายได้ใน ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.60 มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคอื่นร่วมด้วย 1 โรค ร้อยละ 43.75 โรครวม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 32.04 โรครวมที่เป็นมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ไม่เกิน 5 ปี และรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ใน
ระยะเวลา 5 ปี ร้อยละ 50.78

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 , 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยใช้สมมติฐานที่สามสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386, p < .01$) ดังตารางที่ 3 และจากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้ multiple regression พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของตัวอย่างได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .210, p < .01$) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ย 5.88 มีเพียงร้อยละ 19 ที่อยู่ในระดับสูง โดยตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีพฤติกรรมการลืมรับประทานยา ร้อยละ 51.56 ลืมนำยาความดันโลหิตติดตัวไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกนอกบ้าน ร้อยละ 56 ซึ่งสอดคล้องกับ Schoenthaler et al.¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่อง ร้อยละ 55 และสอดคล้องกับขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่อง ร้อยละ 50 - 70 การวิจัยครั้งนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.10 (mean = 63.06 ปี) อายุที่เพิ่มมากขึ้นยิ่งมีโอกาสลืมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการรุนแรง ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะการเป็นโรคร่วมเพียงแค่ 5 ปี และมีอาการแสดงที่ไม่รุนแรง เป็นผลให้ตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่รับประทานต้านไวรัสเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการแสดงที่รุนแรงที่พบว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอายเฉลี่ยอยู่ในวัยทำงาน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (n = 128)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean = 36.06 , S.D = 4.71, Range = 27-45)		
ระดับต่ำ (<31.35)	21	16.40
ระดับปานกลาง (31.35-40.77)	81	63.30
ระดับสูง (>40.77)	26	20.30
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา (Mean = 18.15 , S.D = 5.54 , Range = 10- 38)		
ระดับต่ำ (<12.61)	20	15.60
ระดับปานกลาง (12.61-23.69)	85	66.40
ระดับสูง (>23.69)	23	18.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา (Mean = 19.60 , S.D = 6.48 , Range = 9- 40)		
ระดับต่ำ (<13.12)	22	17.20
ระดับปานกลาง (13.12-26.08)	89	69.50
ระดับสูง (>26.08)	17	13.30
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 44.88, S.D = 8.14 , Range = 21- 60)		
ระดับต่ำ (<36.74)	21	16.40
ระดับปานกลาง (36.74-53.02)	89	69.50
ระดับสูง (>53.02)	18	14.10

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ตามระดับความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยา (n = 128)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean = 5.88, S.D = 1.60, Range = 2-8)		
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	78	61.0
ระดับปานกลาง (6- 7.75 คะแนน)	25	19.5
ระดับสูง (8 คะแนน)	25	19.5

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจมีความแตกต่างจากผลงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่^{7, 8} ที่เป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องของผู้วิจัยแต่ละท่านแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้ง visual analogue scale แบบสอบถามของ Johnson & Roger⁸ สำหรับงานวิจัยของ Prakobchai และ สมาลี วัจนกรและคณะ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล

ระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในสถานบริการระดับชุมชนซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโอกาเข้าถึงระบบบริการหรือการให้บริการต่างๆ ได้น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสสูงที่จะรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจในสถานบริการหรือโรงพยาบาลระดับชุมชนที่พบว่าเมื่ออัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในระดับต่ำ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-				
2. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.186*	-			
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	.217*	-.017	-		
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.345**	-.302**	.384**	-	
5. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง	.386**	-.286**	-.023	.202*	-

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (n = 128)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
ค่าคงที่	2.645	1.295		2.042	.043
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.120	.029	.352	4.085	.000
- การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.058	.025	-.202	-2.374	.019
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	-.032	.022	-.129	-1.465	.146
- การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.013	.019	.069	.726	.469

$R^2 = .210$, $df = 8.195$, $p < .001$

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 63.30 และสามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .352, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ร้อยละ 66.40 และสามารถทำนายการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในทางลบได้อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($\beta = -.202, p < .05$) สำหรับการได้รับข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่าง
ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถทำนายการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความ
สัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($r = .202, p < .05$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสาร
เกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
อาจเป็นเพราะตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน
อยู่บ้านเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และการอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างเป็น
สังคมเมือง ต่างคนต่างทำงานทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และ
แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาน้อย
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ถนัดการใช้หรือเล่น

อินเทอร์เน็ต ตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับ
ประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ตัวอย่างส่วน
ใหญ่เจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
และต้องมาได้รับการรักษาและรับยาเป็นประจำจึงทำให้ตัวอย่าง
มีความคุ้นเคยและสนิทกับบุคลากรทางการแพทย์ การที่ต้องมา
รับยาเป็นประจำทำให้เห็นภาระงานของเจ้าหน้าที่ เกิดความ
เห็นใจ เกรงใจ และเข้าใจเพราะเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์
มีผู้ป่วยในความดูแลมาก

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะ
 แห่่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการ
 แพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการรับประทานยาอย่าง
 สม่าเสมอต่อเนื่อง ($r = .386, p < .01$ และ $r = .202, p < .05$
 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามีความ
 สัมพันธ์เชิงลบต่อการรับประทานยาอย่างสม่าเสมอต่อเนื่อง
 ($r = -.286, p < .01$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
 การรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่าง
 สม่าเสมอต่อเนื่อง เมื่อนำปัจจัย การรับรู้สมรรถนะแห่่งตน
 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสาร
 เกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและ
 บุคลากรทางการแพทย์ ไปวิเคราะห์อำนาจในการทำนาย
 การรับประทานยาอย่างสม่าเสมอต่อเนื่อง พบว่า สามารถรั่วม
 ทำนายได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.21$,
 $p < .001$) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยา
 อย่างสม่าเสมอต่อเนื่อง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่่งตน
 ($\beta = .352, p < .01$) ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงสุด และ
 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($\beta = -.202, p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง และลดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยมีการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เพิ่มแรงจูงใจ และหาวิธีการเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้เทคนิควิธีการสื่อสารและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา
2. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น อายุ เพศ เป็นต้นและควรมีการศึกษาให้มีความหลากหลายของตัวอย่างและมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

3. ควรมีการศึกษาในด้านการรับประทานยา ร่วมกับ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการวิเคราะห์ถึงการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากมีผลกระทบต่อระดับ
ความดันโลหิตอย่างไร

References

1. Buranakitjaroen P. Essential Hypertension. Bangkok: Thaihealthbook Publishing; 2010. (in Thai)
2. Bailey, J. E., Wan, J. Y., Tand, J., Ghani, M. A., & Cushman, W. C. Antihypertensive Medication Adherence, Ambulatory Visits, and Risk of Stroke and Death (Vol. 25): Society of General Internal Medicine 2010.
3. Roumie, C. L., et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med* 2011; 34 (4): 244-253. doi: 10.1007/s10865-010-9304-6
4. Wungthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factor affecting medication-taking behavior of patients with hypertension. *Songkla Med J* 2008; 26 (6): 539-547. (in Thai)
5. Prakobchai, S. Factors influencing medication-taking behavior of hypertensive patients. The degree of master of nursing science (Adult nursing), Mahidol University Bangkok. 2010.
6. Hill, M. N., Miller, N. H., & DeGeest, S. ASH position paper: Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2010, 12 (10), 757-764. doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00356.
7. Bandura, A. Social foundations of thought and action A Social Cognitive Theory New Jersey, United States of America: Prentice-Hall, Inc; 1986.

8. Khamthung R, Suwonnaroop N, Kitnarong N, Wattayu N. The relationship among knowledge of Glaucoma, perceived susceptibility, received information and preventive behavior of glaucoma in population at risk. *Journal of Nursing Science* 2011; 29 (2): 93-101. (in Thai).
9. Cohen, J. *Statistical Power Analysis For the Behavioral Sciences* (2^{ed}). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.1988.
10. Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension* 2008; 10 (5): 348-354.
11. Ingkamanee N, Kusuma Na Ayuthya S, Puwarawuttiapanit W, Peerapatdit T. Effectiveness of promoting a problem-solving ability program on medication adherence in patients with type 2 diabetic. *Journal of Nursing Science* 2011; 29 (2): 56-64. (in Thai).
12. Polic, D. F. & Beck, C. T. *Nursing research*. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins. 2004.
13. Schoenthaler, A.,et al. Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans (Publication no. doi: 10.1016/j.pec.2008.09.018). from Published by Elsevier Ireland Ltd. 2009.
14. World Health Organization. Hypertension in adherence to long-term therapies evidence for action 2003. Retrieved May 14, 2012
15. Prajanket Ong-On. The effect of counseling using motivational interviewing on adherence to antiretroviral therapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2008; 9 (2): 56-68. (in Thai).
16. Naewbood, S. Factors related to medication adherence among persons with hypertension. The degree of master of nursing science, Mahidol University, Bangkok, Thailand. 2005.