

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ*

Predictors of Medication Adherence in Ischemic Stroke Patients

ชวนพิศ จุลศรี**

Chuanphit Julsri

รัตน์ศิริ ทาโต***

Ratsiri Thato

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*A part of the Thesis in Master of Nursing Science Program, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์จาก คณะพยาบาลศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*Scholarship granted from Faculty of Nursing and Graduate School of Chulalongkorn University

**นิสิตระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Graduate student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

***คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

***Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok 10330 Thailand

Corresponding author, E-mail: ratsiri99@gmail.com

Received: June 20, 2019; Revised: June 9, 2020; Accepted: October 20, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จากปัจจัยด้าน อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างน้อย 3 เดือน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา รวม 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 6) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล 7) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และ 8) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .80, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนที่ 3, 5, 6, 7 และ 8 มีค่าความสอดคล้องภายในจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .78, .87, .78, .83 และ .74 ตามลำดับ ส่วนที่ 4 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 35.38 มีความร่วมมือในการรับประทานยา 2) ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา โดยสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 46.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัย อายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และความกังวลเกี่ยวกับยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ข้อเสนอแนะคือใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมุ่งเน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา โรคหลอดเลือดสมองตีบ

Abstract

The objectives of this descriptive predictive research were to study medication adherence in stroke patients and identify its predictive factors, including age, beliefs about the necessity of medication, concern of medication, perceived severity, knowledge, depression, and doctor-patients relationship. A simple random sampling was used to recruit subjects from Rajavithi hospital and Prasat Neurological Institute, totally 130 subjects. Data were collected by using 8 questionnaires: 1) demographic data form, 2) health data sheet, 3) beliefs about medication questionnaire (BMQ), 4) stroke knowledge, 5) perceived severity of stroke, 6) doctor-patients relationship, 7) depression questionnaire (9Q), and 8) medication adherence. The questionnaires were tested for content validity by 5 experts, their CVIs were .80, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, and 1.00, respectively. Cronbach's alpha coefficients of questionnaire number 3, 5, 6, 7 and 8 were .78, .87, .78, .83 and .74, respectively. KR-20 of questionnaire number 4 was .74. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

The findings revealed that: 1) Overall, 35.38% of stroke patients was classified as adherent to medication., 2) Four variables were significant predictors of medication adherence in stroke patients at level .05. They were perceived severity (Beta = .676), knowledge (Beta = .168), depression

(Beta = -.162), and beliefs about the necessity of medication (Beta = .140). They could explain 46.30% of medication adherence in stroke patient ($p < .05$). However, age, doctor-patients relationship, and concern of medication were not able to predict medication adherence in stroke patients. The recommendations from this study are that using the data to support medication adherence in stroke patients by focusing on perceived severity of ischemic stroke.

Keyword: Medication adherence, Ischemic stroke patients

บทนำ

ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน และพบพิการจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.50¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ และอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาวะโรค และการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชาย และเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย)² โรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.80 และผู้ป่วย 1 ใน 3 ของโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดความพิการถาวร ประมาณ ร้อยละ 70-80 ผู้ป่วยอาจได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้³ ในประเทศไทยพบการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.39 การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในผู้ป่วยชายมี 3.04 คนต่อปี และผู้ป่วยหญิง 2.52 คนต่อปี ต่อประชากร 100 คน⁴ ซึ่งการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำนั้น ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ⁵ การรับประทานยาสม่ำเสมอในที่นี้

รวมถึงยาทุกชนิดที่แพทย์สั่งให้รับประทาน เพื่อช่วยควบคุมโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้⁶

ผลกระทบจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ อาจทำให้เกิดการแตกหรืออุดตันซ้ำ ซึ่งอัตราการตายในระยะแรกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำในครั้งที่ 2 สูงถึงร้อยละ 56.20 หรือ 1.50 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งแรก ส่วนการเกิดซ้ำในครั้งที่ 3 อัตราการตายจะสูงถึงร้อยละ 80 และส่งผลให้เกิดความพิการตามมามากขึ้น รวมทั้งระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่าย และทรัพยากรต่าง ๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้น⁷ ฉะนั้น เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งหมายถึง ระดับของพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยที่สอดคล้องตรงกันกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยอย่างสมเหตุสมผล⁸

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาถึงความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 19.20 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา และจากการศึกษาของ สรลรัตน์ สโดอยู่ และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาปริมาณ

ยาเหลือใช้ สาเหตุ และการจัดการยาเหลือใช้ในผู้ป่วยชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ คือ สัมภินยาบางมื้อร้อยละ 28.90 ตั้งใจหยุดยาบางมื้อร้อยละ 11.20 ปรับยาเองร้อยละ 6.10 และปัญหาจากการใช้ยาตามความเชื่อร้อยละ 2.40 ตามลำดับ⁹

จากกรอบแนวคิดของ World Health Organization: WHO¹⁰ ได้กำหนดปัจจัยของความร่วมมือในการรักษา ไว้ 5 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ การว่างงาน และปัจจัยทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ และสถานะทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ได้แก่ ช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ระดับความพร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคม อาชีพ และการมีโรคร่วม เช่น ภาวะซึมเศร้า 4) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา ระยะเวลาของการรักษา ความล้มเหลวของการรักษาก่อนหน้า และ 5) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ความกังวล การรับรู้ความรุนแรง และประสบการณ์ของผู้ป่วย

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทายยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบพบเพียงการศึกษาของ นันทิยา แสงทรงฤทธิ์¹¹ ที่ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการ

รับประทายยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันได้ร้อยละ 22.60 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายยา ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาที่ครอบคลุมปัจจัยอื่นเพิ่มเติม โดยใช้กรอบแนวคิดของ WHO เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายยาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

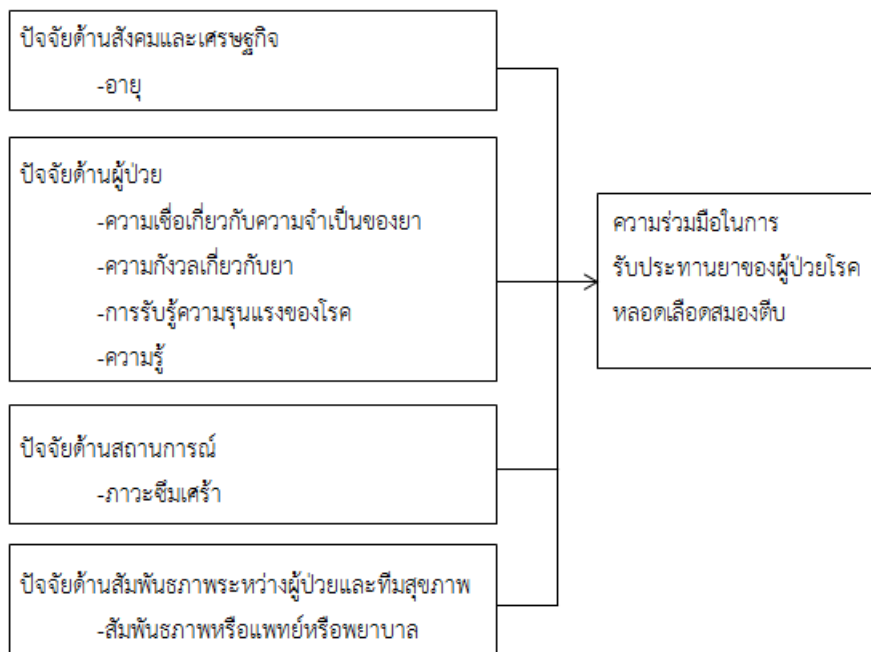
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา ความกังวลเกี่ยวกับยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย อ้างอิงตาม WHO (2003)¹⁰

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกแผนกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และรับประทานยา เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และรับประทานยาเพื่อช่วยควบคุมโรคอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง น้อย 3 เดือน อายุ 18 - 59 ปี มีระดับความรู้สึกตัวปกติ สามารถจัดยารับประทานได้ด้วยตนเอง มีคะแนน สมรรถภาพทางสมองของไทย

(Thai Mental State Examination: TMSE อย่างน้อย 25 คะแนน กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม G*power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจทดสอบ 90% ขนาดอิทธิพลปานกลาง ($F^2 = .15$) พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 130 คน และผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันหากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 156 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างเลือกโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรโดยสุ่มเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาก เป็นหน่วยประชากรขนาดใหญ่จึงเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร เลือกสุ่ม 2 โรงพยาบาลจาก 12 โรงพยาบาล โดยการสุ่มแบบง่ายชนิดไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) โดยสุ่มได้โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

สะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกที่ศึกษาไว้ โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 70 คน และสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 86 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 156 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Report Scale: MARS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Horne และคณะ¹² ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร¹³ และประยุกต์ใช้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ และเพื่อประเมินความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ มีความร่วมมือในการรับประทานยา ต่ำ (5.00 - 11.67) มีความร่วมมือในการรับประทานยา ปานกลาง (11.68 - 18.34) มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (18.35 - 25.00) มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medicine Questionnaire: BQM) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Horne และคณะ¹² บนพื้นฐานของ common sense model of self-regulation แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร¹³

1. ด้านความจำเป็นของยา เป็นการใช้วัดความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นหรือความต้องการ

ในการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาสูง

2. ด้านความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นการวัดความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 - 25 คะแนนมาก หมายถึง มีความกังวลจากการรับประทานยาสูง มีค่า CVI เท่ากับ .08 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม และสร้างคำถามให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการของงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูง มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วย Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่า r เท่ากับ .74

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาโดย รุ่งอรุณ จันทน์น้อย¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 7 แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาล และผู้ป่วยโดย พิมพ์ภา กิตติวงศ์¹⁵ ดัดแปลงมาจาก อูมาพร กาญจนรักษ์¹⁶ ตามแนวคิดของ Risser ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับทีมสุขภาพดี มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .78

ส่วนที่ 8 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุขและคณะ¹⁷ เป็นเครื่องมือประเมินและจำแนกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนนมากกว่า 13 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .83

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีรายละเอียด ดังนี้ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา $CVI = .80$, แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง, แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทายาทั้งหมดมีค่า $CVI = 1.00$ แล้วนำไปหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลราชวิถี และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ดังนี้ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง $KR-20 = .74$, แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับยา $\alpha = .78$, แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง $\alpha = .87$, แบบวัดสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วย $\alpha = .78$, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า $\alpha = .83$ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทายา $\alpha = .74$

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการวิจัย 61153

และสถาบันประสาทวิทยา รหัสโครงการวิจัย 61057

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาติหนังสือจาก คณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขณะรอพบแพทย์ พร้อมแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พหุคูณ (multiple regression) และวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) และสร้างสมการทำนาย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตึบ โรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.60 ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับยาที่ตัวเองรับประทายา คิดเป็นร้อยละ 96.90 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องรับประทายา 2 มื้อต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 62.50 ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตึบ อยู่ในช่วง 3 - 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการร่างกายอ่อนแรง คิดเป็นร้อยละ 62.30 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 89.20 โดยโรคร่วมที่เป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 74.10 รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 56.90

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n = 130)

ปัจจัยทำนาย	ช่วงคะแนน	Min	Max	$\bar{x}$	S.D
ความเชื่อตามความจำเป็นของยา	5-25	10.00	25.00	18.60	3.45
ความกังวลเกี่ยวกับยา	5-25	5.00	20.00	11.65	3.02
ความรู้	0-10	5.00	10.00	9.63	.69
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	10-50	23.00	50.00	38.63	4.74
สัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล	9-36	26.00	36.00	32.21	3.10
ภาวะซึมเศร้า	0-27	.00	6.00	2.22	1.65
อายุ	-	19.08	59.5	51.48	8.12

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ของโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.63 (S.D = 4.74) สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.21 (S.D = 3.10) ภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 (S.D = 1.65) และอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.48 ปี ยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.60 (S.D = 3.45) ความกังวลเกี่ยวกับยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.65 (S.D = 3.02) ความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.63 (S.D = .69) การรับรู้ความรุนแรง (S.D = 8.12)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 130)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1.00							
2. ความเชื่อตามความจำเป็นของยา	.16	1.00						
3. ความกังวลเกี่ยวกับยา	.13	.03	1.00					
4. ความรู้	-.04	.05	.11	1.00				
5. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.01	.15	-.07	.04	1.00			
6. สัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล	.08	-.20*	-.00	-.16	-.05	1.00		
7. ภาวะซึมเศร้า	-.04	.14	-.15	.08	.36**	.09	1.00	
8. ความร่วมมือในการรับประทานยา	.06	.23**	.00	.19*	.64**	-.04	.12	1.00

* p < .05, ** p < .01

จากตารางที่ 2 พบว่า ความเชื่อตามความจำเป็นของยา ($r = .23, p < .01$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r = .64, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และความรู้ ($r = .19, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) ($n = 130$)

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.86	.08	.67	9.69	.00
2 ความรู้	1.01	.39	.16	2.60	.01
3 ภาวะซึมเศร้า	-.21	.09	-.16	-2.31	.02
4 ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา	.08	.04	.14	2.12	.03
Constant	.72	.52		1.36	1.73

$R = .69$ Adjusted $R^2 = .46$ S.E. = .30 $F = 4.53$ ($p < .05$)

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณในรูปแบบของคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .69 ($R = .69$) มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (S.E.) เท่ากับ .30 ส่วนความกังวลเกี่ยวกับ ยา อายุ และสัมพันธ์ภาพกับแพทย์หรือพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบ

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบจำนวน 130 คน ร้อยละ 35.38 มีความร่วมมือในการรับประทานยา มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการ

รับประทานยา เท่ากับ 23.58 ($S.D = 2.08$) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตบมากที่สุด 3-6 เดือน ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ยังผ่านมานาน ประกอบกับผู้ป่วยเกินกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 37.70) มีร่างกายอ่อนแอจึงทำให้เห็นถึงความสำคัญ และเห็นถึงประโยชน์ของการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองตบ

ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา พบว่าสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .14, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ป่วยที่เชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคสามารถที่จะควบคุม และรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ก็จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างถึง 1 ใน 3 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้สามารถหาข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเห็นถึงความสำคัญของยา และเชื่อว่ายามีความจำเป็นต่อการรักษาโรคสามารถที่จะควบคุม และรักษาอาการของความเจ็บป่วยได้ อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ หรือป้องกันไม่ให้โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เป็นอยู่มีอาการแย่ลงกว่าเดิม จึงทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .67, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อบุคคลรับรู้อันตรายต่อร่างกายอันจะก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก การใช้เวลา เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตีบสูง มีการรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นแล้วอาจเป็นซ้ำได้ และการเป็นซ้ำจะทำให้โรคมีอาการรุนแรง มีความพิการมากกว่าการเป็นครั้งแรก หรือเสียชีวิตได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา

ความรู้ พบว่า สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = .16, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพเพื่อป้องกัน และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการกระทำด้วยความเชื่อว่าจะทำให้ตนมีสุขภาพดี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจึงเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพราะหากไม่รับประทานยาอย่างถูกต้อง และเหมาะสมอาจทำให้เสียชีวิต พิการ หรือสูญเสียสุขภาพได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีความรู้สูง มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

ภาวะซึมเศร้า พบว่า สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Beta = -.16, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าต่ำจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความร่วมมือในการรับประทานยา

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีปัจจัยทำนาย 3 ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับยา สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล และอายุ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

สัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาล พบว่า ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($Beta = .06, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรับรู้ว่ายาคือพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถามเองจึงอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถามนี้ จึงส่งผลให้ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

อายุ พบว่า ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ($Beta = .03, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และไม่มีความพิการ จึงทำให้ดูแลตนเองในการรับประทานยาได้ดี เห็นได้จากผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองตีบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถ จัดารับประทานได้ด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยแม้จะมีอายุมาก หรืออายุน้อยก็เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงสามารถดูแลตัวเอง ได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ไม่มีความแตกต่างในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

ความกังวลเกี่ยวกับยา พบว่า ไม่สามารถ ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบได้ ($\beta = .00, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้รับยาตามแผนการรักษา แล้วรู้สึกว่าไม่ทำให้ชีวิตมีความยุ่งยาก ไม่สับสนในยา รักษาโรค ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทานอยู่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กลัวอันตรายจากการรับประทานยา ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับการ พึงยามากเกินไป และไม่มี ความกังวลถึงอันตรายจาก การรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ไม่มีความกังวลใจหากต้องรับประทานยา

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบร้อยละ 35.38 มีความร่วมมือในการรับประทานยา ($\bar{x} = 23.58, S.D = 2.08$) ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง ของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับ ความจำเป็นของยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้ร้อยละ 46.30 ($\text{Adjusted } R^2 = .463$) อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เหลือ อาจเป็นผลจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงควรมี การศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปใช้ เพื่อให้ เข้าใจผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการ รับประทานยา โดยมุ่งเน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค หลอดเลือดสมองตีบ อาจจัดทำในรูปแบบโปรแกรมกลุ่ม มีการจัดทำสื่อ เช่น วีดิโอ แผ่นพับ คู่มือ เป็นต้น เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมที่สามารถ ร่วมกันอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เช่น ระยะเวลาของการรักษา และการว่างงาน เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงทดลองที่มีการ ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: WSO (2019). World stroke campaign database on the [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 7]. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/>
2. Phanwung N, Yu-leislob A, Ceapor A. Campaign substance paralysis issue 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 7]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/78a5b91d92a079c1a35867c6347a9299.pdf> (in Thai)
3. Nualnetr N. Physical therapists and stroke in the community. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2011;6(3):45-9. (in Thai)
4. Suwanno JO, Suwanno JU, Angkol K, Radboriruk K. Cardiovascular risk factors in young adult patients with acute ischemic stroke. Journal of Thai Stroke Society 2018;17(1):5-16. (in Thai)
5. Tippayanate N, Chanabutr W. Knowledge of stroke risk factors and warning signs: a case study of the stroke education program in Mahasarakham factory [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 2]. Available from: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/1052?group=29> (in Thai)
6. Thungpho P. Prevention of recurrent stroke in the elderly. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2018;13(2):56-67. (in Thai)
7. Theiymkeao S. Recurrent ischemic stroke in Srinagarind Hospital. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience 2009;3(1):31-8. (in Thai)
8. Horne R, Weinmam J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. Journal of Psychosomatic Research 1998;47(6):555-67.
9. Sadoyoo S, Jirapreeya N, Treesak C, Sangjam P. Leftover medications in patients with chronic diseases from home health care visits: a community study in Bangkok. Dialogue on Pharmacy and Health Care Practice 2014;1(1):1-7. (in Thai)
10. World Health Organization: WHO. Adherence to long-term therapies evidence for action [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 27]. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
11. Sangsongrit N. Predictors of medication adherence in ischemic stroke patients [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai)
12. Horne R, Weinmam J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychology & Health 1999;14(1):1-24.

13. Rujisathiyn N. The relationship between perception of illness and beliefs about medicine. Consistency in taking glucose lowering drugs in patients with type 2 diabetes mellitus [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2009. (in Thai)
14. Jannoy R. Factors related to health behaviors for the prevention of stroke in Phetchabun Province [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2012. (in Thai)
15. Kittiwongin P. Factors predicting drug use behavior according to the treatment criteria of schizophrenic patients using substance abuse [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
16. Kanjanarak U. Predicting factors of drug use behavior according to the treatment criteria of schizophrenic patients in the community [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002. (in Thai)
17. Department of Mental Health. (2015) Guideline for using mental health for medical personnel. Guidelines for using mental health tools for public health personnel in community hospitals. (Chronic Disease Clinic) Revised version. Nonthaburi: Printing house, Agricultural Cooperative of Thailand Limited; 2015. (in Thai)