ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
Factors Influencing Medication Adherence in Hypertensive Patients without Complications

วรารมย์ จิตอุทัย* เขมารดี มาสิงบุญ** สายฝน ม่วงคุ้ม***
Wararom Jitautai,* Khemaradee Masingboon,** Saifone Moungkum***
* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province
,* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
,* Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province
** Corresponding Author: khemaradee@nurse.buu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 5.95, SD = 1.66) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ไม่สามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ทั้งหมดและการศึกษายังไม่ครอบคลุมในทุกมิติตามแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด (β = .24, p = < .05 และ β = .24, p = < .05 ตามลำดับ) รองลงมา คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (β = .22, p = < .05) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (β = .18, p = < .05)

Received: June 3, 2021, Revised: June 30, 2021; Accepted: July 13, 2021

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือด้านอื่นๆ ได้แก่ มิติด้านอาการป่วยและมิติด้านการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

Abstract

A predictive research design was applied in this study and aimed to examine the medication adherence and its influencing factors in hypertensive patients without complications. Ninety-seven participants were recruited by a simple random sampling method. The research instruments comprised of 6 questionnaires including a demographic questionnaire, basic health literacy questionnaire, patient-healthcare provider interpersonal relationship questionnaire, perceptions of hypertension questionnaire, perceived self-efficacy to medication adherence questionnaire, and medication adherence questionnaire. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results showed that 40.2% of the participants had a low level of medication adherence (Mean = 5.95, SD = 1.66). The health literacy, patient-healthcare provider interpersonal relationship, perceptions of hypertension, and perceived self-efficacy to medication adherence explained 28.5% in the variance of medication adherence among hypertensive patients without complications. However, the participants in this study had no complication from hypertension and the study had not been examined comprehensively based on the multidimensional adherence model, thus the generalization of the results is limited. The model suggested that health literacy (β = .24, p = < .05) and perceived self-efficacy to medication adherence (β = .24, p = < .05) were the best influencing factors to medication adherence. The patient-healthcare provider interpersonal relationship and perceptions of hypertension were the factors that followed health literacy and perceived self-efficacy influencing the medication adherence (β = .22, p = < .05, and β = .18, p = < .05, respectively).

The knowledge gained from this study suggested that the nursing intervention to promote medication adherence should emphasize on perceptions of self-efficacy to medication adherence, health literacy, self-awareness on hypertension, and interpersonal

relationship between patients and healthcare providers. The intervention may be beneficial for the patients with hypertension by triggering their self-awareness and reminding the importance of medication adherence. The future research may focus on other factors based on the multidimensional adherence model including condition-related factors, and therapy-related factors. The examination of these factors may provide a useful knowledge for developing a guideline of medication adherence among hypertensive patients. We believe that the guideline may encourage patients to take the medication effectively and comprehensively.

Keywords: medication adherence, health literacy, patient-provider relationship, perception of hypertension, self-efficacy to medication adherence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทั่วโลกมีประชากรโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,130 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง 1,560 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2] โดยพบว่ามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก[3] สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งพบในเพศชาย ร้อยละ 25.6 และในเพศหญิง ร้อยละ 23.9[4] ทั้งนี้พบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 8 หมื่นล้านบาทต่อปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,525 ราย และในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 8,590 ราย[5]

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่บุคคลมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท[1] เป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการจึงมีการเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นเพชฌฆาตเงียบ[1,2,6] หากปล่อยให้ระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลต่ออวัยวะที่สำคัญในร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา และหลอดเลือด[7] เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย[8] หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ[9,10] แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา[4] ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพื้นฐานในการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตได้ แต่จากการทบทววรรณกรรม พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอยังเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรค ลืมรับประทานยา กลัวผลข้างเคียงของยา[4] การรักษาด้วยยามีความสำคัญเนื่องจากยาจะช่วยลดความต้านทานของ

หลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[10,11] การรักษาด้วยยาจะต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา[12] จึงจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 30[1] รวมถึงลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตได้[13,14]

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยสอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องและมีความต่อเนื่อง โดยต้องมีอัตราความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป[12] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าร้อยละ 50[15] ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาหลังได้รับการรักษาไปแล้ว 1 ปี[16] สำหรับในประเทศไทย พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเพียงร้อยละ 19[17] และร้อยละ 20[18] อีกทั้งจากการศึกษาปัญหายาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือใช้มากที่สุด โดยมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยหยุดยาเองหรือลืมรับประทานยา[19] ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค[13,18] ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และวิตกกังวลจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ร่วมด้วย[20] ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[13] ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น[10]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีหลายปัจจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ของ WHO[12] แบ่งออกเป็น 5 มิติ คือ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team and system-related factors) มิติด้านอาการป่วย (Condition-related factors) มิติด้านการรักษา (Therapy-related factors) และมิติด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) โดยผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาตามแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ จำนวน 3 มิติ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่า มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาแบบครอบคลุมทั้ง 3 มิติ

มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา แหล่งสนับสนุนทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ โดยกล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ ความสามารถของบุคคลในการอ่าน ทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง[12] โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการเข้าใจ เข้าถึง และนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความลำบากในการทำความ

เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา ความสามารถในการจดจำและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะลดลง[12,34] ดังนั้นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยา จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ($r = .784$, $p < .001$)[21] และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ($r = .227$, $p < .001$)[22]

มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team and system-related factors) คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และระบบสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์[12] โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient-provider relationship) คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการสื่อสาร[12] ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเกิดสัมพันธภาพ สัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้อยตาม และเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์[12,23] นำไปสู่ความไว้วางใจและส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค[24] โดยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = .202$, $p < .05$)[18] เนื่องจากความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพที่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[25]

มิติด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) คือ ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ ความคาดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Perception of hypertension) คือ การรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการมีประสบการณ์หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่เป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองโดยเปรียบเทียบข้อดี และข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ถ้าบุคคลรับรู้อุปสรรคน้อยจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา[12] ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้ว่า หากไม่รับประทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .836$, $p < .001$)[21] จึงส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคตามมา ($r = .845$, $p < .001$)[21,26] และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ($r = .344$, $p < .05$)[27] เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา[18]

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา (Medication adherence self-efficacy) คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้[12] ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[18] โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้ได้ตามผลลัพธ์ที่ได้ตั้งใจไว้ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถึงแม้จะมีอุปสรรคใดๆ แต่บุคคลก็ยังเชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา[28] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับปานกลาง ($r = .550$, $p < .01$)[28]

ความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และจากสถิติในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง[4] อีกทั้งในกลุ่มที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นกลุ่มที่ยังไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการหรือมีอาการที่ไม่ชัดเจน[1,18] ซึ่งสามารถส่งผลกระทบที่ร้ายแรงต่อชีวิตอันก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยจึงขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา และการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทั้งในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงด้านเดียว เช่น ปัจจัยด้านความเชื่อ[17] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงด้านเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ เพราะความร่วมมือจะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบไปด้วยปัจจัยหลายมิติ[12] ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและระดับสูงต่อความร่วมมือในการรับประทานยา[21,28]

ดังนั้นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแบบพหุปัจจัย โดยครอบคลุมปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้ป่วย จะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ของ WHO ซึ่งกล่าวว่า ความร่วมมือเป็นปรากฏการณ์หลายมิติแต่ละมิติจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนควรต้องมี**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมี**สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์** ผ่านการสื่อสารที่ดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในคำแนะนำที่ได้รับ เกิดความรู้สึกคล้อยตาม และเชื่อถือในบุคคลกรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด**การรับรู้เกี่ยวกับโรค** โดยเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือเกิดจากการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับโรคจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่ตนเองเป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ร่วมกับบุคคลมี**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน** คือ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้ได้ตามผลลัพธ์ที่ได้ตั้งใจไว้ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถึงแม้จะมีอุปสรรคใดๆ แต่บุคคลก็ยังเชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ คือ เป้าหมายของการรักษาและการควบคุมระดับความดันโลหิต จึงนำไปสู่ความร่วมมือในการในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและรับการรักษาด้วยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ .13 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง[29] ซึ่งการใช้ขนาดอิทธิพลปานกลางสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลถือว่ามีความเพียงพอสำหรับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 97 ราย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป มีระดับความรู้สึกตัวดี บอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่าน และเขียนด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเฉียบพลัน โดยทำการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยติดโปสเตอร์ประกาศเชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัยบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินคุณสมบัติตามที่กำหนด จัดทำรายชื่อและทำการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตที่ได้รับการตรวจครั้งที่แล้วและครั้งล่าสุด โรคร่วมอื่นๆ ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง การจัดยารับประทาน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ยาอื่นๆ ที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต และผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา ของ เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสรดา หนุ่มคำ และ ณิชมน รักกะเปา[30] ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ ของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนรีมาลย์ นีละไพจิตร โดยแบบสอบถามเน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจเนื้อหา มีข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ เนื่องจากแบบสอบถามสามารถใช้ประเมินได้ทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามข้อที่ 16 เหลือ จำนวน 15 ข้อ 4 ตัวเลือก แบบสอบถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อที่ตอบถูก คิดเป็น 1 คะแนน และ ข้อที่ตอบผิด คิดเป็น 0 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดคะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 0 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 12 - 15 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ของ วิภาภรณ์ วังวรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และ กนกพร หมู่พยัคฆ์[18] สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้คำแนะนำ ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดคะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ น้อยกว่า $\bar{X}$ - 1SD หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ระหว่าง $\bar{X} \pm$ 1SD หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง และมากกว่า $\bar{X}$ + 1SD หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง โดยที่ $\bar{X}$ และ SD คือ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

4. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของ อำภรพรรณ ข้ามสาม[31] สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรค ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 25 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่ได้จากแบบสอบถามมาคิดคะแนน โดยคะแนนระหว่าง 25 - 50 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 51 - 75 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 76 - 100

คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ของ สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของ Ogedegbe และคณะ[32] ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจบางครั้ง มั่นใจมากที่สุด จำนวน 13 ข้อ คิดคะแนนโดยใช้คะแนนรวมแต่ละข้อรวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด จะได้คะแนนเฉลี่ย โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00 - 4.00 (13 - 52 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.00 (13 - 26) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01 - 3.00 (27 - 39) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01 - 4.00 (40 - 52) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

6. แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ของ วิภาภรณ์ วังวรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และ กนกพร หมู่พยัคฆ์[18] ใช้วัดความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 8 คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะการให้คะแนน 0 และ 1 คะแนน และในข้อคำถามที่ 8 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกยุ่งยากใจในการรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึก รู้สึกนานๆ ครั้ง รู้สึกบางครั้ง รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกเป็นประจำ คิดคะแนนโดยใช้คะแนนรวม คะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 6 - 7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 8 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 20 ราย ประกอบไปด้วย แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา นำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82, 0.88, 0.88, 0.82 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา หาค่าความเที่ยงโดยใช้ KR - 20 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-Hs 063/2563 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยและจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รหัส 64-2-001-0 วันที่รับรอง 16 กันยายน 2562 วันสิ้นสุดการรับรอง 15 กันยายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยติดโปสเตอร์เชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระโดยใช้ระยะเวลาช่วงรอพบแพทย์ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 - 45 นาที เมื่อถึงคิวได้รับการตรวจของกลุ่มตัวอย่าง จะมีเจ้าหน้าที่ประจำแผนกมาแจ้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษาตามลำดับต่อไป ซึ่งก่อนการ

เก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทาง การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ใช้รหัสแทนและนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ไม่นำข้อมูลไปทำประโยชน์อื่นที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยใช้ผลของคะแนนรวมแต่ละแบบสอบถามในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม และเป็นอิสระต่อกัน ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ข้อมูลทุกชุดไม่มีค่าผิดปกติ (Outlier) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และไม่มีพหุร่วมเชิงซ้อน (Multicollinearity)

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 97 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 52.12 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี และมีอายุสูงสุด 79 ปี โดยมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.2 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.1 ในส่วนค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 47.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.2 ไม่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.6 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67 มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 และอ้วนระดับ 3 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.63 ปี (SD = 4.44) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด 1 ปี และมากที่สุด คือ 20 ปี โดยร้อยละ 66 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม ร้อยละ 50.5 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 44.3 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.4 มียาที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 50.5 พบว่า เป็นยารักษาโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 96.1 มีจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน 1 - 2 เม็ด ร้อยละ 63.9 จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 100 และให้ข้อมูลว่าลืมรับประทานยา ร้อยละ 72.2 โดยจะรับประทานยาในมื้อถัดไป ร้อยละ 60

ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median = 13.00, IQR = 2.00)

ค่ามัธยฐานของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Median = 52.00, IQR = 12.00) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 76.99, SD = 8.00) ค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Median = 48.00, IQR = 7.00) และค่ามัธยฐานของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Median = 6.00, IQR = 2.00) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ รองลงมามีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับปานกลาง ร้อยละ 38.2 และกลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 21.6 ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และระดับของความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 97)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			สูง
(Median = 13.00, IQR = 2.00, Min = 3 Max = 15.00)			
ระดับต่ำ (0 - 11 คะแนน)	14	14.4	
ระดับสูง (12 - 15 คะแนน)	83	85.6	
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์			สูง
(Median = 52.00, IQR = 12.00, Min = 12 Max = 60)			
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 39.30)	11	11.3	
ระดับปานกลาง (ระหว่าง 39.31 - 59.51)	71	73.2	
ระดับสูง (มากกว่า 59.52)	15	15.5	
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง			สูง
(Mean = 76.99, SD = 8.00, Range = 56 - 100)			
ระดับปานกลาง (51 - 75 คะแนน)	40	41.2	
ระดับสูง (76 - 100 คะแนน)	57	58.8	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา			สูง
(Median = 48.00, IQR = 7.00, Min = 30 Max = 52)			
ระดับปานกลาง (27 - 39 คะแนน)	9	9.3	
ระดับสูง (40 - 52 คะแนน)	88	90.7	
ความร่วมมือในการรับประทานยา			
(Median = 6.00, IQR = 2.00, Min = 1 Max = 8)			ต่ำ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	39	40.2	
ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	37	38.2	
ระดับสูง (8 คะแนน)	21	21.6	

IQR = Interquartile Range

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r = .378, r = .346 ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ระดับ .01 (r = .288) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์บวกระดับต่ำ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .251) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยากับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 97)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1				
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.052	1			
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.148	.009	1		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	.270**	.200*	.136	1	
ความร่วมมือในการรับประทานยา	.346**	.288**	.251*	.378**	1

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

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 97)

ตัวแปร	B	SE	β	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.23	.09	.24	.010
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.03	.01	.22	.014
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.03	.01	.18	.048
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	.07	.03	.24	.011
Intercept = -5.401, Adj R^2 = .285, $F_{(4, 92)}$ = 9.181, sig of F < .001				

จากตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวแปร สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (β = .24, p < .05) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา (β = .24, p < .05) มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองลงมา คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (β = .22, p < .05) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (β = .18, p < .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32 อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยอยู่ในวัยต้องทำงานประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว จึงอาจลืมรับประทานยาในบางครั้ง โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) เนื่องจากวัยกลางคนเป็นวัยที่มีการดำเนินชีวิตที่ยุ่งยากกว่าวัยผู้สูงอายุ[33] และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจและจดจำข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์[28,34] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ซึ่งมีโอกาสที่จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย เพราะยังไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงยังไม่มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการรับประทานยา[18] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 50.5 การมีโรคร่วมอาจจะทำให้มีแผนการรักษาที่เพิ่มขึ้น[12] เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องรับประทานยามากกว่า 1 ชนิด ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาที่ลดลง

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .24$, $p < .05$) จากแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อทำการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง จากผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการต่อเนื่องเป็นประจำทุก 1 - 2 เดือน ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทำให้มีความสามารถในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติ โดยจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .22$, $p < .05$) จากแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้อยตามและเชื่อถือในบุคคลกรทางการแพทย์ จากผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการอย่างต่อเนื่อง และได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการสื่อสาร จึงเกิดความพึงพอใจ

ในคำแนะนำที่ได้รับ ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา[18]

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .18$, $p < .05$) จากแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่ตนเองเป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมากจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อมารับยาจะได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง จึงเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและรับรู้ว่าหากไม่รับประทานยา โรคที่เป็นอยู่จะมีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อันนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา[26,27]

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ($\beta = .24$, $p < .05$) จากแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่นของบุคคล ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จะสามารถรับประทานยาแม้จะอยู่ในสถานการณ์ต่างๆ แต่บุคคลก็ยังเชื่อมั่นว่าจะสามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา[28]

ดังนั้นหากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับที่เพียงพอหรือในระดับสูง ร่วมกับมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย ร่วมกับการนำข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมาวิเคราะห์เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.2 บุคลากรทางการแพทย์ควรจัดกิจกรรมพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. จากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา ได้เพียงร้อยละ 28.5 จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ

3. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ไม่สามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ทั้งหมด ดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตพื้นที่อื่น เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. [cited 2019 March 5]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
2. Zhang Y, Li X, Mao L, Zhang M, Li K, Zheng Y, et al. Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: evidence from Xinjiang, China. Dove Medical Press 2018;12(1):803-12.
3. Singh S, Shankar R, Singh GP. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in Urban Varanasi. International Journal of Hypertension 2017;15(10):1-10.
4. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Bangkok: Trickthink; 2019. (in Thai).
5. Division of Non Communicable Disease. Hypertension: measure first, know first, can prevent. [Internet]. [cited 2019 March 5]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/962020191223152713.pdf. (in Thai).
6. Dzau VJ, Balatbat CA. Future of hypertension: the need for transformation. Hypertension 2019;74(3):450-7.
7. Sinsap N, Jankra J, Jaiman B. Hypertension is elderly: silence killer should be aware. Journal of Phrapokklao Nursing College 2017;28(1):100-9. (in Thai).
8. Thai Hypertension Society Hypertension in diabetic patients. [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: http://www.thaihypertension.org/files/11.08Dec200618-AttachFile1165550538.pdf. (in Thai).
9. Park S. Ideal target blood pressure in hypertension. Korean Circ J 2019;49(11):1002-9.
10. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. Biomed Central Research Notes 2018;11(1):1-8.
11. Boratas S, Kilic HF. Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. Pakistan Journal of Medical Sciences 2018;34(4):959-63.
12. World Health Organization. Adherence to long–term therapies evidence for action. Geneva World Health Organization; 2003.
13. Kim HJ, Yoon SJ, Oh IH, Lim JH, Kim YA. Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. Korean Circulation Journal 2016;46(3):384-93.

14. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. Circulation 2016;134(6):441-50.
15. Burnier M, Egan BM. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circulation Research 2019;29(7):1124-40.
16. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension. Frontiers in Pharmacology 2017;1(8):1-6.
17. Puengdokmai P, Charoenkitkarn V, Pinyopasakul W, Sriprasong S, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. Princess of Naradhiwas University Journal 2015;8(1):16-24. (in Thai).
18. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):131-8. (in Thai).
19. 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).
20. Guerra AF, Rodriguez-Lopez L, Vargas-Ayala G, Huerta-Ramirez S, Serna DC, Lozano-Nuevo JJ. Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. Experimental & Clinical Cardiology 2013;18(1):10-2.
21. Arindari DR, Jerayingmongkol P, Sanguanprasit B. Factors related to medication adherence among hypertensive patients in Muara Enim, Indonesia. Anpor Annual Conference 2015;12(1):3-7.
22. Lahkaew A, Chaleekroa T. Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension, Ban Piang Luang sub-district health promoting hospital, Chiang Mai province. In: The 6th NEU National and International Conference 2019 (NEUNIC 2019): educational innovation for sustainable society development. July 20, 2019. Nouthestern University, Khon Kean. (in Thai).
23. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the doctor-patient relationship. The Primary Care Companion for CNS Disorders 2015;17(5):15-8.
24. Murray B, McCrone S. An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. Journal of Advanced Nursing 2015;71(1):3-19.
25. Mahmoudian A, Zamani A, Tavakoli N, Farajzadegan Z, Fathollahi-Dehkordi F. Medication adherence in patients with hypertension: does satisfaction with doctor-patient relationship work?. Journal of research in medical sciences: the official. J Res Med Sci 2017;22:48. doi: 10.4103/jrms.JRMS_205_16. eCollection 2017.

26. Saleema L, Panpakdee O, Arpanantikul M, Chai-Aroon T. The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. Pacific Rim Int J Nurs Res 2016;20(1):5-17.
27. Rusawang S. Factor related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. Journal of Nursing, Siam University 2017;18(35):6-23. (in Thai).
28. Prakobchai S, Ayuthya SK, Wattanakitkrileart D, Buranakitjaroen P. Factors influencing medication-taking behavior of hypertensive patients. Nursing Science Journal of Thailand 2014;32(4):43-51. (in Thai).
29. Ellis PD. The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. Cambridge University Press; 2010.
30. Chaiyata A, Numkhum L, Rakkapao N. The relationship between health literacy, medication intake, and doctor's appointment behavior among patients with diabetes mellitus and hypertension in Lamphun province. Thai Science and Technology Journal 2020;28(1):182-93. (in Thai).
31. Kamsam A. Health belief and compliance behavior with prescribed medication among people with hypertension at Thakham District Health Promoting Hospital, Mueang district, Phrae province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Chiang Mai University; 2015. (in Thai).
32. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. J Clin Epidemiol 2003;56(6):520-9.
33. Ruangthip T, Wattanakitkrileart D, Charoenkitkarn V, Dumavibhat C. Factors influencing medication adherence in patients with chronic heart failure. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(4):51-63. (in Thai).
34. Thongma P. Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. Thai Red Cross Nursing Journal 2020;13(1):50-62. (in Thai).