

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

พ.ต.ท. หนึ่ง ดร. สุกฤดี ธัญญการสกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากพลีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 387 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Fernandez และคณะ (2008) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน และแบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 80.4 ระดับปานกลางร้อยละ 18.3 และระดับสูงร้อยละ 1.3 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอายุ สถานภาพสมรส ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ความถี่ของการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาลดความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ การเดินทางไม่สะดวก เพื่อมารับยา และการเกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต ($p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับเพศ และประวัติโรคร่วม ($p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับระดับการศึกษา และการลิ้มรับประทานยา ($p < .01$) ดังนั้น แนวทางการพยาบาลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรคำนึงถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความร่วมมือในการรับประทานยา ความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ (สบ2) ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

Factors Related to Medication Adherence Self-efficacy among Hypertensive Persons in Pak-Plee, Nakhon Nayok Province

Pol. Lt. Col. Sookruadee Thutsaringkarnsakul, Ph.D. (Nursing)

Abstract

The aim of this descriptive research was to examine factors related to medication adherence self-efficacy among hypertensive persons. The Shortened Revised Medication Adherence Self-efficacy Scale (MASES-R) (Fernandez, et al., 2008) was administered to 387 persons with essential hypertension attending at the outpatient department, Pak-Plee Hospital and Tambon Health Promoting Hospital in Nakhon Nayok Province between April and May 2014. The Cronbach's alpha coefficient for MASES-R questionnaire was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, Spearman's rank correlation coefficient, and Point biserial correlation.

The results showed that the MASES scores among sample were at high level (80.4%), at moderate level (18.3%), and at low level (1.3%), respectively. The result of point biserial analysis demonstrated MASES was less positively and significantly associated with age, marital status, maximum daily dose frequency, duration of hypertension, frequency of follow-up visits, blood pressure control ($p < .01$). For spearman's rank correlation analysis disclosed MASES was significantly associated with gender and co-morbid diseases ($p < .05$), but less positively related. Education level, and forgetfulness were significantly associated with MASES ($p < .01$), but less negatively associated. Moreover, travel inconvenience and encounter side effect were significantly associated with MASES ($p < .01$), but less positively associated.

Findings recommended the medication adherence self-efficacy should be addressed in nursing care strategies among hypertensive persons to improve medication adherence behavior in daily nursing practice at primary care unit.

Keywords : Self-efficacy Medication adherence Hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีสัดส่วนเพิ่มทั้งประชากรวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของอัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรจะมีภาวะความดันโลหิตสูง ก่อให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (ร้อยละ 63) ของสาเหตุทั้งหมดของประชากรทั่วโลก โดยความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 (World Health Organization, 2012) สำหรับประเทศไทยพบคนไทยมีความดันโลหิตสูง จำนวน 11.5 ล้านคน พบรายใหม่เพิ่มปีละ 8 แสนคน มีอัตราการเข้ารับการรักษในแผนกผู้ป่วยในของกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระหว่างปี 2550-2555 คิดเป็นอัตราต่อแสนคน ดังนี้ 1,025.44 1,150.39 1,230.16 1,349.39 1,433.61 และ 1,570.63 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนั้นยังพบว่าประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมดได้รับการรักษา แต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) (วิชัย เอกพลากร, 2553) สำหรับอัตราการเข้ารับการรักษาสถานบริการสาธารณสุขของจังหวัดนครนายกของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ระหว่างปี 2550-2555 คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร ดังนี้ 1,619.66 1,831.15 1,878.44 1,942.83 2,000.53 และ 2,073.07 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) สำหรับสถิติของอำเภอปากพลี ระหว่างปี 2548-2550 ดังนี้ 1,156 1,264 และ 1,328 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2551) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นชนิดที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 90) (Kaplan, 2006) ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดโป่งพอง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต เป็นต้น (Kearney, Whelton, Reynolds, Muntner, Whelton, & He, 2005) จะเกิดขึ้นตามมาหากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การมารับการรักษาและรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่า การไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้สูญเสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา (Fashey, Schroeder and Ebrahim, 2005; Wang and Vasan, 2005) รวมทั้งส่งผลต่ออัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

(Skar, et al., 1999; Rizzo and Simons, 1997) มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มาได้รับการรักษาด้วยความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาภายใน 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าสัดส่วนความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตอย่างมีเพียงร้อยละ 50-70 เท่านั้น (Karakurt, and Kasikci, 2012)

ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องเกิดการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองที่จะรับประทานยาลดความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมทั้งความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะทำแม้จะเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการรับประทานยาลดความดันโลหิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคร่วม ความถี่ของการมาตรวจตามนัด การรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (Danial and Veiga, 2013; Morris, Pharm, Li, and Kroenke, 2006; Johnson, Williams, and Marshall, 1999) เป็นต้น

จากการนิเทศงานอนามัยชุมชนของผู้วิจัยพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่มาตรวจตามนัดทำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ประสพการณ์จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มาตรวจตามนัด แต่ไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเพื่อเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ โดยส่งเสริมความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ นำไปสู่การพัฒนางานบริการของหน่วยงานและวิชาชีพพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยด้านโครงสร้างและบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค การมีโรคร่วม การรู้จักภาวะแทรกซ้อนของโรค และปัจจัยด้านการรับประทาน ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ ชนิดของยาลดความดันโลหิตที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานยา กับการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอ ปากพลี จังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ บุคคลนั้นจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้ได้ตามผลลัพธ์อย่างที่เคยคาดหวังไว้ ถ้าบุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น (Bandura, 1997)

พฤติกรรมการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม (Ogedegbe et al., 2003) ตามแนวคิดของแบนดูรา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Bandura, 1982) มีหลักฐานสนับสนุนในการนำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมมาประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้สมรรถนะ โดยนำมาใช้ในเรื่อง ความร่วมมือในการรักษามากกว่า 20 ปี รูปแบบของทฤษฎีถูกนำมาประยุกต์ใช้เรื่องการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความร่วมมือในการกินยาของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Ogedegbe et al., 2003) McCann, Clark, and Lu (2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว ผลที่เกิดขึ้นตามมา คือ ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความรู้เกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ถูกต้อง สามารถลดปัญหาที่เกิดจากการรับประทานยาได้ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งหมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลปากพลี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก จากสถิติพบว่า มีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 2,598 ราย

ตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของแดเนียล (Daniel, 1991) โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่าง

$Z^2 \alpha/2$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ $\alpha = .05$, $\alpha/2 = .025$, $Z = 1.96$

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต
จากงานวิจัยของ สุภาพร แนวนบุตร (2548) = 19.72

d^2 = ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต = $0.1 \times \alpha$, = $0.1 \times 19.7 = 1.97^2$

จากการคำนวณโดยใช้สูตรดังกล่าว

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (19.7)^2}{(1.97)^2} = 384.16$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จำนวน 384 ราย และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์จึงคิดเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Hair, Anderson, Thatham and Black (1998)) คิดเป็น 38 ราย รวมตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 422 ราย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยาอย่างน้อย 3 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

5. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

การเลือกตัวอย่าง โดยการทบทวนประวัติการรักษาความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจากเวชระเบียน ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากพลี และคลินิกโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก และเลือกตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนด หลังจากใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากเลขรหัสเวชระเบียน จนครบตามขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีจำนวน 19 ข้อ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการรับประทานยาลดความดันโลหิต ประกอบด้วย ประวัติโรคร่วม ชนิดของยาลดความดันโลหิต ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ความถี่ของการมาตรวจตามนัด การรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมความดันโลหิตตามเกณฑ์ และเหตุผลของการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของ โอจีเด็คและคณะ (Ogedegbe et al., 2003) มีจำนวน 13 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่มั่นใจ) ถึง 4 (มั่นใจมาก)

เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตรายข้อ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนขั้น (Best, 1977: 174 อ้างใน ขวัญใจ ศุภรณันท์, 2554: 240) แบ่งระดับการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง หมายถึง การได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01- 4.00 ระดับปานกลาง หมายถึง การได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 และระดับต่ำ หมายถึง การได้คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา จำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.85 จากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวไปให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 5 ราย ช่วยอ่านเพื่อทำความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม ก่อนนำไปทดลองใช้ และคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงภายในคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ วจ 30/2557 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยให้ตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามที่เก้าอี้ นั่งรอตรวจในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยจะใช้เวลาในการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามก่อนเข้ารับบริการ ในคลินิกตั้งแต่เวลา 07.00-09.00 น. พร้อมให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งลงลายมือชื่อของพยาน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนและวิธีตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัย ระหว่างวันที่ 30 เมษายน 2557 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2557 ได้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา กลับคืนมาจำนวน 422 ฉบับ เป็นแบบวัดที่สมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 387 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.71 แล้วจึงนำมาลงรหัสข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างตามตัวแปรที่ศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านโครงสร้างและบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านยา กับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของ สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient: r_s) และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation: r_{pbis})

ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้างและบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านยา กับต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการแปลความหมายดังนี้ (Dancey and Reidy, 2004) 1 = สมบูรณ์ (Perfect), 0.7-0.9 = เข้มแข็ง (Strong), 0.4-0.6 = ปานกลาง (Moderate), 0.1-0.3 = ต่ำ (Weak), 0 = ไม่มีความสัมพันธ์ (Zero)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 236 คน (ร้อยละ 61.0) อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 36.2 รองลงมา คือช่วงอายุ 60-69 ปี

ร้อยละ 25.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 255 คน (ร้อยละ 65.9) มากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.2) รายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท (ร้อยละ 53.0) มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 93.5 เกือบทุกคนมีสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 96.6 ไม่มีประวัติโรคร่วม ร้อยละ 86.3 ใช้จ่ายลดความดันโลหิตจำนวน 1 ชนิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือ ใช้จ่ายลดความดันโลหิตจำนวน 2 ชนิดร้อยละ 33.9 ความถี่ในการรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78 ความถี่ของการมาตรวจตามนัดคือเมื่อรู้สึกว่าจะเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 56.1 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.5 เหตุผลในการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอคือ การลืมรับประทานยา ร้อยละ 71.6 (ตาราง 1 และ 2)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ระยะเวลาที่ได้รับ

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ความถี่ของการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาลดความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .25$, $r_s = .13$, $r_s = .14$, $r_s = .26$, $r_s = .35$, $r_s = .20$, $r_s = .33$ ตามลำดับ) เพศ และการมีประวัติโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pbis} = .10$, $r_{pbis} = .11$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา และการลืมรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{pbis} = -.26$, $r_{pbis} = -.19$, $r_{pbis} = -.15$ ตามลำดับ) สำหรับ อาชีพ รายได้ ครอบครัว จำนวนชนิดของยาลดความดันโลหิต และการรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต สำหรับการเดินทางไม่สะดวกเพื่อมารับยา และการเกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_{pbis} = .40$, and $r_{pbis} = .15$ ตามลำดับ) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 311 คน (ร้อยละ 80.4) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 71 คน (ร้อยละ 18.3) และน้อยที่สุดคือ ระดับสูง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.3) (ตาราง 3 และ 4)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ (n=387)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	151	39.0
หญิง	236	61.0
อายุ (ปี)		
≤ 35	5	1.3
36-49	77	19.9
50-59	140	36.2
60-69	98	25.3
70-79	57	14.7
≥ 80	10	2.6
สถานภาพสมรส		
โสด	14	3.6
คู่	264	68.2
หม้าย/หย่า/แยก	109	28.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	38	9.8
ประถมศึกษา	255	65.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	69	17.8
อนุปริญญา/ปวส.	13	3.4
ปริญญาตรี/เทียบเท่า/สูงกว่าปริญญาตรี	12	3.1
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	87	22.5
เกษตรกรรวม	206	53.2
พนักงานบริษัท	8	2.1
รับจ้างทั่วไป	79	20.4
พนักงานรัฐวิสาหกิจพนักงานมหาวิทยาลัย/	5	1.3
รับราชการ	2	0.5

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคลของตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ (n=387) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	205	53.0
5,001-10,000 บาท	95	24.5
10,001-20,000 บาท	76	19.6
20,001-30,000 บาท	5	1.3
≥ 30,001 บาท	6	1.6

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (n=387)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ประวัติโรคร่วม		
มี	53	13.7
ไม่มี	334	86.3
ชนิดของยาลดความดันโลหิต		
1 ชนิด	213	55.0
2 ชนิด	131	33.9
3 ชนิด	38	9.8
มากกว่า 3 ชนิด	5	1.3
ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต		
วันละ 1 ครั้ง	302	78.0
วันละ 2 ครั้ง	78	20.2
วันละ 3 ครั้ง	3	0.8
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4	1.0

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา (n=387) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
<i>ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</i>		
< 1 ปี	248	64.1
1-5 ปี	98	25.3
6-10 ปี	25	6.5
> 10 ปี	16	4.1
<i>ความถี่ของการมาตรวจตามนัด</i>		
เมื่อรู้สึกเจ็บป่วย	217	56.1
หลายครั้งใน 1 เดือน	27	7.0
ทุก 2 เดือน	59	15.2
ทุก 3 เดือน	7	1.8
<i>การรับรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง</i>		
รู้จัก	296	76.5
ไม่รู้จัก	91	23.5
<i>การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์*</i>		85.3
คุมได้ตามเกณฑ์	330	
คุมไม่ได้ตามเกณฑ์	57	14.7
<i>เหตุผลการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ</i>		
ลืมรับประทานยา	277	71.6
เดินทางมารับยาไม่สะดวก	57	14.7
จดจำยาที่ต้องรับประทานไม่ได้	73	18.9
ไม่ชอบรับประทานยา	5	1.3
เกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต	12	3.1
เกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต	1	0.3
ร่วมกับยาอื่น ๆ		

* เกณฑ์ควบคุมความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วม หรือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวาน โรคไต หรือโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดสมองเป็นโรคร่วม

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียลระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านโครงสร้างและบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านยา กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (n=387)

ตัวแปร	rs /rpbis	p-value
เพศ ¹	.10	.047*
อายุ ²	.25	.000**
สถานภาพสมรส ²	.13	.010**
ระดับการศึกษา ²	-.26	.000**
อาชีพ ²	.05	.319
รายได้ของครอบครัว ²	-.06	.232
ชนิดของยาลดความดันโลหิต ²	-.02	.708
ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ²	.14	.006**
ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ²	.26	.000**
ความถี่ของการมาตรวจตามนัด ²	.35	.000**
ประวัติโรคร่วม ¹	.11	.026*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ¹	.02	.731
การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ¹	.33	.000**
เหตุผลการรับประทานยาลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ		
ลืมรับประทานยา ¹	-.15	.003**
การเดินทางไม่สะดวกเพื่อรับยา ¹	.40	.000**
จดจำยาที่ต้องรับประทานไม่ได้ ¹	-.06	.240
ไม่ชอบรับประทานยา ¹	.13	.013*
เกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต ¹	.15	.002**
เกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานร่วมกับยาอื่น ๆ ¹	.01	.915

หมายเหตุ 1 หมายถึง ตัวแปรที่วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Point biserial correlation

2 หมายถึง ตัวแปรที่วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation

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

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (n=387)

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00-2.00)	311	80.4
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	71	18.3
ระดับสูง (3.01-4.00)	5	1.3

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.4 เนื่องจาก ความไม่รู้และไม่เข้าใจในคำอธิบายการรับประทานยา เพราะตัวอย่างส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 65.9) เพราะผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต แต่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มักจะไปตรวจตามนัดและส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้วย (Karakurt and Kasikci, 2012; Danial and Veiga, 2013) อีกทั้งการลิ้มรับประทานยา (ร้อยละ 71.6) การเดินทางไม่สะดวกเพื่อรับยา (ร้อยละ 14.7) ไม่ชอบรับประทานยา (ร้อยละ 1.3) เกิดอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 3.1) เป็นเหตุผลของการไม่รับประทานยาลดความดันโลหิตที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทำให้ตัวอย่างมีความมั่นใจในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Karakurt and Kasikci (2012) ที่กล่าวว่า การลิ้มรับประทานยา การอยู่คนเดียว และการไม่ใส่ใจ เป็นสาเหตุของการไม่รับประทานยาลดความดันโลหิต

สำหรับผู้ที่มิคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (ร้อยละ 18.3) และระดับสูง (ร้อยละ 1.3) อาจเนื่องด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 36.2) มักจะมีภาวะสูงวัยกว่าในวัยหนุ่มสาว รวมทั้งมีความเข้าใจในการรักษาความดันโลหิตสูงของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุน้อย มักไม่ใส่ใจต่อความรุนแรงของโรค เพราะการเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยที่อายุน้อย อาจขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดเนียล และไวกา, แรมลี อัลเมต และพาไรดาทาทุ และแจมบีดู (Danial and

Veiga, 2013; Ramli, Almed, and Paraidathathu, 2012; Jambedu, 2006) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) สถานะการณในปัจจุบัน การพัฒนาระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม ทำให้เพศหญิงต้องมีความรับผิดชอบดูแลครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้เพศหญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการหารายได้ จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เพศหญิงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตดีกว่าเพศชาย เนื่องจาก (สุภาพร แนวนุตร, 2548; Ramli, Almed, and Paraidathathu, 2012; Haruna Ahmed Jambedu, 2006; Schoberberger et al., 2002) และการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสทำให้มีการกระตุ้นเตือนและเป็นแรงเสริมให้เกิดความมั่นใจในการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยเฉพาะในกลุ่มสถานภาพคู่ โสด หรือหย่าร้าง (Danial and Veiga, 2013; Karaeren et al., 2009) จากผลการวิจัยตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 64.1) ความถี่ในการรับประทานยาลดความดันโลหิตวันละ 1 ครั้ง อีกทั้งไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 86.3) จากเหตุผลดังกล่าว ตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สามารถรับประทานยาลดความดันโลหิตได้ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 1-5 ปี จะมีความเข้มแข็งในการดูแลตนเองรวมทั้งเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงด้วย (Bakoglu and Yetkin, 2000; Hant et al., 2000) หากรับประทานยาลดความดันโลหิต วันละครึ่ง ก็ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่าวันละครึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีความสะดวกในการรับประทานยา ไม่เป็นภาระที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำให้เกิดความยุ่งยากในการรับประทานยา (สุมาลี วังธนากร และคณะ, 2551; Ramli, Almed, and Paraidathathu, 2012; Balkrishnan, 1998) จากการที่ตัวอย่างมาตรวจตามนัดเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 56.1) เนื่องจากการมาตรวจตามนัดจะส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ได้ตามเกณฑ์ จากผลการศึกษา ตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 85.3) ซึ่งเกิดแรงจูงใจและเจตคติที่ดีในการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตและการเห็นประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด (Danial and Veiga, 2013) และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต (Khan et al., 2013; Ramli, Almed, and Paraidathathu, 2012; Morris et al., 2006)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ดังนั้น การจัดกิจกรรม/โครงการเพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทุษร้ายความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรเน้นในเรื่องการทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและการให้ความรู้กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มีการถ่ายทอดข้อมูลเรื่องการรับประทุษร้ายที่ถูกต้อง

2. เนื่องจากเหตุผลการรับประทุษร้ายลดความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอส่วนใหญ่ คือ การลืมรับประทุษร้าย ดังนั้น การจัดกิจกรรม/โครงการเพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทุษร้ายความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรเน้นเรื่องการออกแบบกิจกรรมหรือนวัตกรรมอื่น ๆ ที่ใช้กระตุ้นเตือน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยลืมรับประทุษร้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทุษร้ายลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

2. ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทุษร้ายลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตเมือง กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่อยู่ในเขตต่างจังหวัด

3. ออกแบบโครงการเพื่อสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทุษร้ายลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลปากพลี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภopakพลี ที่อำนวยความสะดวกตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญใจ ศุภรนนท์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตเมือง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 31(3): 237-246.
- วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, (2556). สถิติการตาย จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2550-2555 [homepage on the Internet]. กรุงเทพมหานคร: งานบริการข้อมูลสารสนเทศ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [เข้าถึงเมื่อ 2013 Oct 24]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.19.191/Death.html>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. The exercise of control. NY: W.H. Freeman and Company.
- Danial A.C. & Veiga E.V. (2013). Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein*, 11(3): 331-337.
- Fahey, S.K., Ebrahim S.T. (2005). *Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings*. Cochrane Database Syst Rev; (2): CD004804.
- Fernandez, S., Chaplin, W., Schoenthaler, A.M., Ogedegbe, G. (2008). Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31: 453-462.
- Johnson, M.J., Williams, M.& Marshall, E.S. (1999.). Adherent and Nonadherent Medication-Taking in Elderly Hypertensive Patients. *Clinical Nursing Research*, 8(4): 318-335.
- Karakurt, P. & Kasikci, M. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with Hypertension. *Journal of Vascular Nursing*. 4: 118-126.
- McCann, T, Clark, E. & Lu, S. (2008). The Self-Efficacy Model of Medication Adherence in chronic mental illness. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 329–340.

- Morris, A.B., Pharm, D., Li, J., Kroenke, K. (2006). Factors associated with drug adherence and blood pressure control in patients with hypertension. *Pharmacotherapy*, 26(4): 483-492.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C.A., Allegeante, J.P., & Charlson, M.E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 520-529.
- Rizzo, J.A., Simons, W.R. (1997). Variations in compliance among hypertensive patients by drug class : implications for health care costs. *Clinical Therapeutics*, 19(6), 1446-1457.
- Skar, T.L., Sclar, D.A., Robison, L.M. (1999). Noncompliance with antihypertensive therapy economic consequences. *Pharmaco Economics*, 9(1),1-4.
- Wang, T.J. & Vasan, R.S. (2005). Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*, 112(11): 1651-1662.
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics 2012: World Health Organization*; 2012 [cited 2013 May 22]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world__health__statistics/2012/en/.