

อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นवलพรรณ ระโหฐาน* พย.บ.

ขวัญเรือน อวิชา* พย.บ.

ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), ศษ.ม. (นวัตกรรมการหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้), ค.ศ. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา), ป. (ระบาควิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ:

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาศูนย์ความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด่านช้าง จำนวน 280 คนเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และ .77 ตามลำดับ มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติทดสอบโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.19, SD = 6.78) และมีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 21.63, SD = 2.76) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยา และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR 1.081, 95%CI 1.023 - 1.214, p = .034 และ OR .904, 95%CI .828 - .988, p = .026 ตามลำดับ) โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาสามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke $R^2 = .450$)

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา, ความเชื่อในการรับประทานยา, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลด่านช้าง

**Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

วันที่รับบทความ 7 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ธันวาคม 2567 วันตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2567

Influence of Beliefs about Medication on Medication Adherence of Patients with Hypertension

Nuanphan Rahothon B.N.S.*

Khanruan Avicha B.N.S.*

*Teepatad Chintapanyakun** M.N.S. (Adult Nursing), M.Ed. (Innovative Curriculum and Learning Management), Ph.D. (Educational Research Methodology), Dip. (Clinical Epidemiology)*

Abstract:

This cross-sectional study aims to explore beliefs about medication and medication adherence in patients with hypertension, and to examine the predictive power of these beliefs on medication adherence. The sample consisted of 280 patients with hypertension attending the hypertension clinic at Danchang Hospital, selected using a purposive sampling technique. Data were collected using a questionnaire which included sections on general information, beliefs about medication, and medication adherence. The reliability of the instruments was assessed through internal consistency, with Cronbach's alpha values of .82 and .77, respectively and construct validity, which showed overall fit with the empirical data. Descriptive statistics and logistic regression were used for data analysis.

The results showed that the mean score for beliefs about medication was moderate (Mean = 57.19, SD = 6.78), whereas medication adherence was high (Mean = 21.63, SD = 2.76). Specifically, the necessity of medication and concerns about medication were significant predictors of medication adherence, showing statistical significance at the .05 level (OR 1.081, 95% CI 1.023 – 1.214, $p = .034$; OR 0.904, 95% CI 0.828 – 0.988, $p = .026$, respectively). The overall beliefs about medication, including specific necessity, specific concerns, general overuse, and general harm, accounted for 45% of the variance in medication adherence (Nagelkerke $R^2 = .450$).

Keywords: Beliefs about medication, Medication adherence, Patients with hypertension

**Expert professional nurse, Nursing Service Department, Danchang hospital*

***Corresponding author, Expert Level, Registered Nurse at Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University,*

E-mail: teepatad.chi@mahidol.ac.th

Received November 7, 2024 Revised December 10, 2024 Accepted December 27, 2024

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่าปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนเพิ่มสูงถึง 1,560 ล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2560 - 2564 เพิ่มขึ้นจาก 13.1 เป็น 14.5 ต่อแสนประชากร² แนวการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย มีเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 mmHg และหากมีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรต่ำกว่า 130/80 mmHg³ โดยผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เช่น การลดบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการรักษาด้วยยา นอกจากนี้แล้ว การรักษาด้วยยาซึ่งมีความสำคัญสำหรับการรักษาในระยะยาว เนื่องจากขาดความดันโลหิตจะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น จึงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁴ ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวข้องกับ การรับประทานยาที่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ โดยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์⁵ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีความต่อเนื่อง สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาวได้ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตลงได้^{6,7,8} จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังเช่นการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ ร้อยละ 40.00 สอดคล้องกับการศึกษาของวรารมย์ จิตอุทัย⁷ พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.20 ขณะที่การศึกษาของพรทิพย์ ลากพล¹⁰ พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาประมาณร้อยละ 47.34¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Malih et al.¹² พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.50 แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเกิดขึ้นได้ดี น่าจะเกิดจากความเชื่อในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย^{9,13}

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about medication) ตามแนวคิดของ Home et al.¹⁴ กล่าวว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พิจารณาได้ 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ความเชื่อแบบเฉพาะ (Specific beliefs) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา (Specific - necessity) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นและประสิทธิภาพของยา และด้านความกังวลจากการรับประทานยา (Specific - concern) เป็นความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของยา ส่วนกลุ่มที่สอง คือ ความเชื่อแบบทั่วไป (General beliefs) เป็นความเชื่อในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไป (General overuse) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (General harm) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่าแพทย์อาจให้ผู้ป่วยใช้ยามากเกินไป และการกินยาหลายชนิด อาจได้รับอันตรายจากสารพิษตกค้างในร่างกายได้ อีกทั้งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หรือไม่มีอาการผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงเป้าหมายได้^{15,16,17} จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและการใช้ยาที่มีแบบแผนซับซ้อนส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีย่อมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะทางสุขภาพที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นั่นคือ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

ปัจจุบันแผนกงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 โดยเฉลี่ย 6,500 - 6,700 คน/ปี จากการเก็บข้อมูลการคัดกรองและวัดสัญญาณชีพย้อนหลัง 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 38.36, 35.45, 31.16 ตามลำดับ และมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/100 mmHg ร้อยละ 48.35, 66.54, 74.16 ตามลำดับ จากการสอบถามเพื่อคัดกรองเบื้องต้น พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูงมาในวันนัดตรวจกับแพทย์ หรือบางท่านมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ โดยไม่ต้องรับประทานยาเนื่องจากกลัวไตเสื่อมจากยา แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีความเชื่อในการรับประทานยาที่ผิดจากแบบแผนการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีน้อย โดยเฉพาะการศึกษาในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความเชื่อในการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิผลต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับใด
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาคลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4Studies¹⁸ เพื่อคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรที่ชัดเจน คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านช้าง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 มีจำนวน 8,884 คน เป็นผู้ป่วยที่ใช้บริการหน่วยคลินิกความดันโลหิตสูงจำนวน 6,734 คน คิดเป็นสัดส่วน (p) เท่ากับ .75 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขอมรับความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 (error = .05) ได้ขนาดตัวอย่าง คือ 280 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่

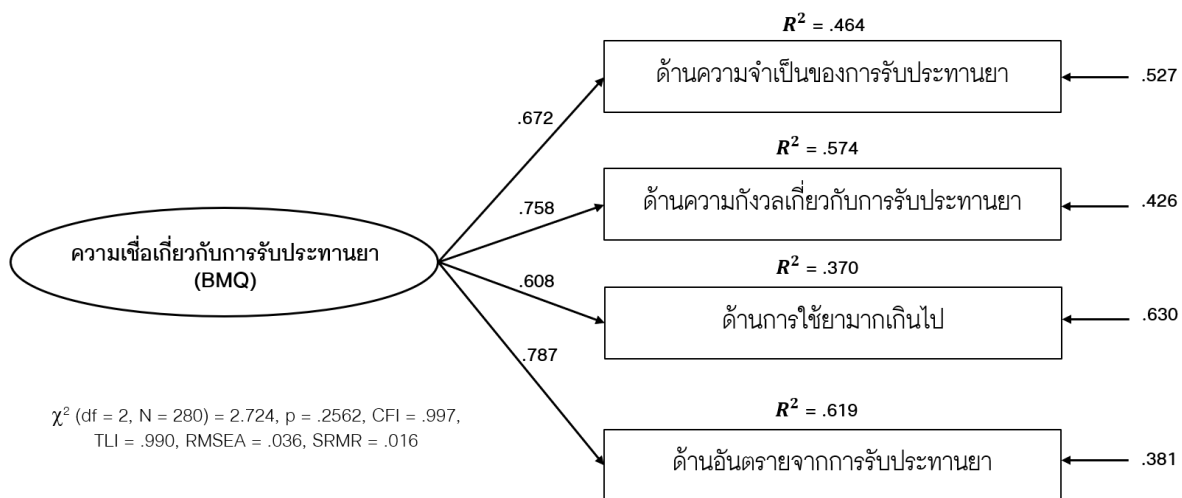
1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว และโรคไตวายเฉียบพลัน เป็นต้น
2. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 mmHg มากกว่า 180/110 mmHg
3. ไม่สามารถให้ข้อมูลตลอดการสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about Medicines Questionnaire: BMQ) ของ Home et al.¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ¹⁹ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ แบ่งเป็นด้านความจำเป็นของการรับประทานยา (Specific necessity) จำนวน 5 ข้อ และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา (Specific concern) จำนวน 5 ข้อ และ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป แบ่งเป็นด้านการใช้ยามากเกินไป (General overuse) จำนวน 4 ข้อ และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (General harm) จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating's scale) คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

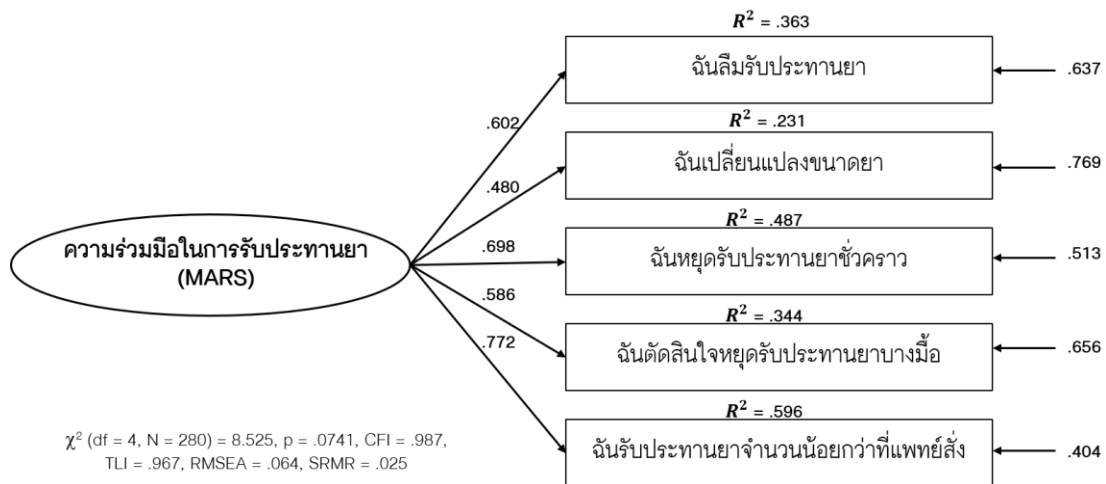
การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ คือ คะแนนรวมของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามีค่าอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ 18-42 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ 43-66 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และ 67-90 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 มีค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82, .84, .72, .74 ตามลำดับ มีความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .82 และมีความตรงเชิงโครงสร้างโดยข้อมูลตามแนวคิดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df = 2, N = 280) = 2.724, p = .2562, CFI = .997, TLI = .990, RMSEA = .036, SRMR = .016) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลการวัดความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ตอนที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale: MARS) เป็นการสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา พัฒนาโดย Home et al.¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ มีจำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามด้านลบทั้ง 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating's scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย ๆ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (4 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (5 คะแนน)

การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ให้คะแนน คือ คะแนนรวมของความร่วมมือในการรับประทานยามีค่า 5-25 คะแนน พิจารณาจากจุดตัดของระดับความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 80 หรือที่ 21 คะแนน ดังนั้น ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ และผู้ที่ได้คะแนน 22-25 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง¹⁶ มีความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 และมีความตรงเชิงโครงสร้างโดยข้อมูลตามแนวคิดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 (df=4, N=280) = 8.525, p = .0741, CFI = .987, TLI = .967, RMSEA = .064, SRMR = .025) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โมเดลการวัดความร่วมมือในการรับประทานยา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 49/2567 (COE No. 29/2567) ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยใช้การรหัส (Code) แทนการระบุตัวตน การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านช้างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในคลินิกความดันโลหิตสูงเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย กระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้ Study ID แทน การนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นอิสระ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้เวลา 15-20 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตที่ได้รับการตรวจครั้งที่แล้วและครั้งล่าสุด โรคประจำตัว ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression) โดยกำหนดให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ มีคะแนนเท่ากับ 0 และความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง มีคะแนนเท่ากับ 1

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.93) มีอายุเฉลี่ย 63.69 (SD = 11.07) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 60-69 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 31.79) รองลงมาคือ 50-59 ปี (ร้อยละ 24.29) และ 70-79 ปี (ร้อยละ 22.50) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.79) และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 64.64) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 39.29) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 32.86) และค้าขาย (ร้อยละ 25.71) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 94.64) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 50.00)

ส่วนข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/เลิกสูบแล้ว (ร้อยละ 86.79) และไม่ดื่มสุรา/เลิกดื่มแล้ว (ร้อยละ 85.71) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.97 (SD = 4.94) กิโลกรัม/เมตร² เมื่อพิจารณาตามช่วงของดัชนีมวลกาย พบช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร² มากที่สุด (ร้อยละ 32.14) รองลงมาคือ 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 23.21) และ 23-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 17.50) ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33.93) รองลงมาคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 32.86) และมากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 20.00) ตามลำดับ ยารักษาโรคที่รับประทานประจำ พบว่า ผู้ป่วยใช้ยา Enalapril มากที่สุด (ร้อยละ 62.86) รองลงมาคือ Statin (ร้อยละ 60.71) และ Amlodipine (ร้อยละ 51.07) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	36.07
หญิง	179	63.93
อายุ (ปี) (Mean = 63.69, SD = 11.07)		
40-49 ปี	37	13.21
50-59 ปี	68	24.29
60-69 ปี	89	31.79
70-79 ปี	63	22.50
ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	23	8.21
สถานภาพ		
โสด	43	15.35
สมรส	187	66.79
หม้าย/หย่า/แยก	50	17.86
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	62	22.14
ประถมศึกษาตอนต้น	181	64.64
มัธยมศึกษา	26	9.29
ปริญญาตรีและสูงกว่า	11	3.93
อาชีพ		
เกษตรกร	92	32.86
รับจ้าง	110	39.29
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	2.14
ค้าขาย	72	25.71
สิทธิการรักษา		
ต้นสังกัด/รัฐวิสาหกิจ	7	2.50
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	265	94.64
เงินสด	8	2.86
รายได้ (บาท/เดือน)		
ไม่มีรายได้	42	15.00
< 5,000 บาท	140	50.00
5,001-10,000 บาท	75	26.79
10,001-15,000 บาท	11	3.93
> 15,000 บาท	12	4.29

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 280) (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	37	13.21
ไม่สูบบุหรี่/เลิกสูบบุหรี่แล้ว	243	86.79
ประวัติการดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	40	14.29
ไม่ดื่มสุรา/เลิกดื่มแล้ว	240	85.71
ดัชนีมวลกาย (Mean = 23.97, SD = 4.94) (กิโลกรัม/เมตร ²)		
< 18.5 (น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน)	33	11.79
18.5 - 22.9 (ปกติ)	90	32.14
23 - 24.9 (อ้วนระดับ 1)	49	17.50
25 - 29.9 (อ้วนระดับ 2)	65	23.21
≥ 30 (อ้วนระดับ 3)	43	15.36
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1- 5	92	32.86
6-10	95	33.93
11-15	37	13.21
> 15	56	20.00
ยารักษาโรคที่รับประทานประจำ		
Amlodipine	143	51.07
Enalapril	176	62.86
Lorsatan	74	26.43
Hydralazine	34	12.14
Doxazosin	22	7.86
Manidipine	36	12.86
Atenolol	37	13.21
Gembifrozil	25	8.93
Statin	170	60.71

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.19, SD = 6.78) ส่วนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมืออยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.93) และภาพรวมก็อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน (Mean = 21.63, SD = 2.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาและความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 280)

ตัวแปรที่ศึกษา	N	Min	Max	Mean	SD	แปลความ
ความร่วมมือในการรับประทานยา	280	9	25	21.63	2.76	สูง
ความร่วมมือในการรับประทานยาค่ำ	115	9	21	19.00	2.31	
ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง	165	22	25	23.45	1.03	
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	280	37	71	57.19	6.78	ปานกลาง
ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา	280	12	25	19.58	2.17	
ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา	280	5	21	13.79	3.75	
ด้านการใช้ยามากเกินไป	280	4	19	12.10	2.48	
ด้านอันตรายจากการรับประทานยา	280	5	16	11.71	2.22	

3. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูงได้ 1.081 เท่า (OR 1.081, 95%CI 1.023 – 1.214, p = .034) และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาลดลง 1 หน่วย มีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูงได้ .904 เท่า (OR .904, 95%CI .828 – .988, p = .026) ทั้งนี้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านต่าง ๆ สามารถร่วมกันอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45 (Nagelkerke R² = .450) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 280)

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95%CI
ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา	.078	.059	1.706	1	.034	1.081	1.023 – 1.214
ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา	-.067	.043	2.476	1	.026	.904	.828 - .988
ด้านการใช้ยามากเกินไป	-.005	.059	.008	1	.929	.995	.887 – 1.16
ด้านอันตรายจากการรับประทานยา	.040	.073	.297	1	.586	1.041	.902 – 1.201
ค่าคงที่	-.627	1.497	0.175	1	.676	.534	

Cox & Snell R² = .332, Nagelkerke R² = .450

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยให้ความสำคัญ และประโยชน์ของการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการรับประทานยา และตระหนักถึงผลเสียของการไม่รับประทานยาหรือการขาดความต่อเนื่องของการรับประทานยา จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยเฉพาะเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน เกิดภาวะโรคไตเรื้อรัง จนนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้²⁰ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลช้างขุน ตำบลสะตอ จังหวัดตราด โรงพยาบาลเขาส้ม จังหวัดตราด และโรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้วมีความร่วมมือในการกินยาในระดับสูงร้อยละ 60

ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อในด้านความจำเป็นของการรับประทานยาและด้านความกังวลของการรับประทานผู้ป่วยนั้น เพราะผู้ป่วยที่มีอาการปกติ อาจมีความเชื่อว่าไม่จำเป็นที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องทุกวัน ผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาเองบ้างบางเวลา และบางครั้งมีความกังวลจากการรับประทานยา เนื่องจากต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ กลัวว่าจะเกิดอันตรายจากการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวว่ายาจะมีผลต่อระบบไต และหากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ก็จะไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือผู้ป่วยหยุดรับประทานยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างจึงอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับการวิจัยของพรทิพย์ ลากพล¹⁰ ที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เขตอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และการงานวิจัยของวรารมย์ จิตอุทัย⁷ พบว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน

2. อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะด้านความจำเป็นของการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าตามแนวคิดของ Home¹⁷ เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยมีภาวะคุกคามจากโรค ผู้ป่วยย่อมมีการรับรู้การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย มีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในด้านความจำเป็นของการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่แพทย์วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการควบคุมภาวะของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ย่อมต้องมีการรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับตัวในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ จนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ

ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สำหรับด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Home¹⁷ ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วย ย่อมพยายามปรับตัว โดยเฉพาะด้านอารมณ์ มีการวางแผนและเผชิญกับปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Coping) ซึ่งลักษณะของการแก้ไขปัญหาเพื่อทำให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะปกติ เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมและรักษาโรค เป็นต้น¹⁵ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง ถึงแม้ว่าจะมีความกังวลต่อผลข้างเคียงของยาที่แพทย์พิจารณาให้มารับประทานเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต แต่พิจารณาประโยชน์ของการรับประทานยามากกว่า จึงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามมา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ผลการวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลด่านช้าง มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูงคอยให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากมีการรับประทานยาแล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ย่อมสามารถมีการปรับยาให้ลดลงได้ในอนาคต แต่ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาก่อน ทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลของการรับประทานยาได้

ขณะที่ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาไม่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด่านช้าง แพทย์จะพิจารณาให้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตสูงตาม แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย จึงให้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational drug use) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ และใช้ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามช่วงของความดันโลหิตของแต่ละคน มีการติดตามผลการรักษาที่เหมาะสมตามคำแนะนำของเวชปฏิบัติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ⁹ ที่พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยา และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นแพทย์และพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาความดันโลหิตแต่ละชนิด ข้อดีและข้อควรระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระยะยาว เพื่อติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงติดตามผลการตรวจทางคลินิกต่าง ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและส่งเสริมความร่วมมือในการดูแลรักษาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่สามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัว จำนวนเม็ดยา เพื่อให้พยาบาลได้ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kario K, Okura A, Hoshide S, Mogi M. The WHO Global report 2023 on hypertension warning the emerging hypertension burden in globe and its treatment strategy. *Hypertens Res* 2024;47(5): 1099-102. doi: 10.1038/s41440-024-01622-w
2. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. *Public Health Statistics A.D.2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
3. Thai Hypertension Society. *Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019*. Bangkok: Trick Think; 2019. (in Thai)
4. Asgedom SW, Atey TM, Desse TA. Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, southwest Ethiopia. *BMC Res Notes* 2018; 11(1): 27. doi:10.1186/s13104-018-3139-6
5. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al. Medication adherence and blood pressure control: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2022; 79(1): e1-e14. doi: 10.1161/HYP.000000000000203

6. Tanukaew D, Watanakijkrilert D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022; 15(1): 127-43. (in Thai)
7. Jitautai W. Factors influencing medication adherence in hypertensive patients without complications. [thesis]. Burapha University. (In Thai)
8. Hamrahian SM, Maarouf OH, Fülöp T. A critical review of medication adherence in hypertension: Barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient Prefer Adherence* 2022; 16: 2749-57.
9. Leangsomnapa Y, Promproh S, Leangsomnapa S, Sourthao Y. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *J Prapokkklao Hosp Clin Med Educat Center* 2013; 30(2): 146-57. (in Thai)
10. Lapphon P. Factors affecting medication adherence among older adult patients with hypertension in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life* 2024; 4(1): 59-70. (in Thai)
11. Dhar L, Dantas J, Ali M. A systematic review of factors influencing medication adherence to hypertension treatment in developing countries. *Open Journal of Epidemiology* 2017; 7: 211-50.
12. Malih Radhi M, Niazy SM, Naser Abed S. Individual-related factors associated with treatment adherence among hypertensive patients. *J Public Health Afr* 2023; 14(6): 2466.
13. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47(6): 555-67.
14. Horne R, Weinman 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. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
15. Sripaksa K, Ua-kit N. The effect of illness perception modification program on medication adherence and blood pressure level among hypertensive patients without complications. *Thai Journal of Nursing* 2018; 67(3): 10-18. (in Thai)
16. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health* 2002; 17(1): 17-32.
17. Horne R. Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.138-153). New York, NY: Routledge; 2003.
18. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.

19. Leungsomnapa Y, Leungsomnapa S, Promproh S, Thasirasawad P, Keawchaum R, Suworawatanakul W. Confirmatory factor analysis of Beliefs about Medicine Questionnaire in Thai Version. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2014; 31(4): 297-310. (in Thai)
20. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circ Res 2019; 124(7): 1124-40.