นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง[@]

สุมาลี วังธนากร[1]
ชุติมา ผาติดำรงกุล[1]
ปราณี คำจันทร์[2]

Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients

Wungthanakorn S[1], Phatidumrongkul C[1], Khomchan P[2].
[1]Department of Nursing Service, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand
[2]Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90112, Thailand
Songkla Med J 2008;26(6):539-547

Abstract:

The purpose of this descriptive study is to describe the medication taking behavior of hypertensive patients. The study also examines the perceived severity of hypertension, benefits of and barriers to taking medication, and also to determine the extent to which these factors explain their behavior. Through systematic random sampling 90 patients at Songklanagarind Hospital who had been diagnosed with primary hypertension, and having universal coverage health insurance were recruited. Data were collected using a set of questionnaires questions that included general information, medication taking behaviors, perceived severity of hypertension, perceived benefits of and perceived barriers to medication taking. The Cronbach's alpha

---

[@]งานวิจัยได้รับทุนสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[1]ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
[2]ภาควิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112
รับต้นฉบับวันที่ 15 พฤศจิกายน 2550 รับลงตีพิมพ์วันที่ 24 ธันวาคม 2551

coefficient for medication taking behaviors, perceived severity of hypertension, perceived benefit of and perceived barriers to medication taking questionnaires was 0.85, 0.71, 0.72, and 0.79, respectively. Data was analysed using descriptive statistics and simultaneous multiple regression analysis.

The results revealed that the mean scores of medication taking behaviors of hypertensive patients were at the good level. The mean scores of perceived severity of hypertension and perceived benefits of medication taking were at the high level, whereas the mean scores of perceived barriers to medication taking of hypertensive patients was only at the moderate level. The perceived severity, benefits and barriers taken together significantly affected medication taking behaviors, which accounted for 16% of explained variance in medication taking behaviors (R^2=0.16, F= 5.518, p<0.01). Perceived barriers was the only significant predictor of medication taking behaviors of hypertensive patients (β=-0.347, t=-3.425, p<0.01).

Findings from this study can be used to develop a care plan that addresses a reduction of barriers, in order to promote proper medication taking behaviors among hypertensive patients, especially for those patients who do not follow the medication regimen and are lost at follow up.

Key words: *hypertension, medication taking behaviors*

บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง และศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยทั้ง 3 ด้านต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 90 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85, 0.71, 0.72 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยพหุแบบปกติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 (R^2=0.16, F= 5.518, p<0.01) โดยการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-0.347, t=-3.425, p<0.01)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเน้นการลดอุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามแพทย์นัด

คำสำคัญ: *ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการรับประทานยา*

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศในปัจจุบัน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2543-2546 สูงขึ้นเป็น 216.6, 259.0, 341.0 และ 389.8 ตามลำดับ และจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรที่เป็นโรคเกี่ยวข้องกับการบริโภคปี พ.ศ. 2546 พบว่าผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 11[1] หากปล่อยให้ความดันโลหิตสูงเรื้อรังและไม่ได้รับการรักษาก็จะทำให้ผู้ที่ป่วยมีชีวิตสั้นลงกว่าคนปกติ 10-20 ปี[2] ทำให้โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนปกติ 3-17 เท่า[3] ภาวะหัวใจวายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 6 เท่า[2] ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองยังเป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประเทศไทยนานกว่า 10 ปี[4] ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงอาจมากกว่าที่พบ ทั้งนี้เนื่องมาจากความดันโลหิตสูงอาจไม่ใช่สาเหตุหลัก แต่จะมีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์ร่วมกับการเสียชีวิตด้วยโรคอื่นๆ

การลดความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว การมารักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าการรักษาความดันโลหิตสูงระดับอ่อน-ปานกลางอย่างสม่ำเสมอสามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ประมาณร้อยละ 30-40 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 15[5] แต่เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาด ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะไม่มารับการรักษา ไม่รับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่าการไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาภายใน 1 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอจะอยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 เท่านั้น[5] สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงขึ้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศที่ต้องใช้ในด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

การรับประทานยาเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันตนเองจากโรค ซึ่งความเชื่อเป็นสิ่งจูงใจประการหนึ่งที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อมักเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ตามความเข้าใจของตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน ซึ่ง Becker[6] ได้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับ 1) การรับรู้ของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นรับรู้และเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัว ต่อสังคมของตนเองก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น 2) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการรับรู้ของบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งจากการรวบรวมการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 29 การศึกษาโดย Janz และ Becker[7] พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในเกือบทุกการศึกษา (ร้อยละ 91, 81, 77 และ 59 ตามลำดับ) และจากการศึกษาของปิยนุช เสาวภาคย์[8] พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมากมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย และการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาในระดับต่ำ มีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมาก ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการปฏิบัติงานพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายมารักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด หลังได้รับการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และจากการติดตามเยี่ยมบ้านพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางรายถึงแม้มารับการรักษาและรับยา แต่เมื่ออยู่ที่บ้านไม่รับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หรือรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา สิ่งเหล่านี้จะทำให้

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยา และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มารับการรักษาและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ นำไปสู่การพัฒนางานบริการของหน่วยงานและวิชาชีพพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

วัสดุและวิธีการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง สำหรับวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) ของ Cohen[9] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) ที่ 0.15 ได้กลุ่มตัวอย่าง 73 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนชนิดยา เม็ดยา มื้อยาที่รับประทาน ผู้ที่ดูแลในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยาโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของชญานิน บุญพงษ์มณี และปิยะนุช จิตตนูนท์[10] และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรค จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (4 คะแนน) เห็นด้วยมาก (5 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (6 คะแนน) การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.25 การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.26-3.50 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.75 การรับรู้อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.76-6.00 ระดับการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านเวชศาสตร์ชุมชน อาจารย์พยาบาลด้านสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลชำนาญการด้านอายุรกรรม ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค

ในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.85, 0.71, 0.72 และ 0.79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลผู้รับบริการที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัยทั้ง 3 ด้านต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงใช้สถิติถดถอยพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 เพศชาย ร้อยละ 28.9 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 60.22 ปี (SD=10.06) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 35.6 มีรายได้เฉลี่ย 5,539.73 บาท/เดือน มีความเพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.9 โดยในจำนวนดังกล่าวพบว่าเป็นเบาหวาน ร้อยละ 32.2 มีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.6 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.61 ปี (SD=4.685) จำนวนชนิดยา และเม็ดยาที่ต้องรับประทาน เฉลี่ย 3.08 ชนิด/วัน (SD=1.632) และ 4.29 เม็ด/วัน (SD=2.859) รับประทานยาวันละ 2 มื้อ ร้อยละ 54.4 โดยตนเองเป็นผู้ดูแลในการจัดเตรียมยารับประทานเอง ร้อยละ 94.4 และไม่ได้ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งร้อยละ 46.7 เหตุผลที่ไม่ไปตรวจตามนัดเนื่องจากลืม ร้อยละ 30.0 ติดธุระ/ทำงาน ร้อยละ 26.7

พฤติกรรมการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=4.05, SD=0.72) (ตารางที่ 1) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.52, SD=0.84, $\overline{X}$=4.19, SD=0.90) ส่วนการรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.28, SD=0.82) (ตารางที่ 2)

อำนาจในการทำนายของปัจจัยการรับรู้ทั้ง 3 ด้านต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบปกติ พบว่าปัจจัยการรับรู้ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน สามารถอธิบายค่าแปรปรวนของพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 16 (R^2=0.16, p<0.01) โดยพบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา (β=-0.347, p<0.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=90)

พฤติกรรม	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการรับประทานยา	1.86-5.00	4.05	0.72	ดี

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=90)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ
การรับรู้ความรุนแรง	1.29-6.00	4.19	0.90	มาก
การรับรู้ประโยชน์	1.40-6.00	4.52	0.84	มาก
การรับรู้อุปสรรค	1.00-4.64	2.28	0.82	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=90)

ตัวแปร	b	β	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรง	6.231E-02	0.078	0.635	0.527
การรับรู้ประโยชน์	7.873E-02	0.091	0.761	0.449
การรับรู้อุปสรรค	-0.306	-0.347	-3.425	0.001

$R=0.402$, $R^2=0.16$, SE=0.670, F=5.518, p=0.001

วิจารณ์

พฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี โดยรับประทานยาเป็นประจำทุกชนิด ร้อยละ 63.3 ครบตามจำนวนเม็ด ร้อยละ 62.2 ทั้งนี้อธิบายได้จาก 1) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริการปฐมภูมิ และนักศึกษาแพทย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนให้การดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความสนิทสนมคุ้นเคย การมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความไว้วางใจ การยอมรับและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน นำไปสู่การให้คำปรึกษาแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความต้องการ และความร่วมมือในการดูแลตนเอง 2) ความเชื่อมั่นในแพทย์ และการรักษา เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงในภาคใต้ มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญและมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมาส บุญประสาร[11] ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพราะเชื่อถือแพทย์/แพทย์มีความรู้เรื่องยา 3) จำนวนชนิดยา เม็ดยา และมื้อยาที่รับประทาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยได้รับยากลับบ้าน 1-2 ชนิด (ร้อยละ 41.1) รับประทานยา 0.5-3 เม็ด/วัน (ร้อยละ 41.1) และรับประทานยา 1-2 มื้อ/วัน (ร้อยละ 75.5) การที่จำนวนชนิดยา เม็ดยา และมื้อยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนน้อย ทำให้ผู้ป่วยรับประทานได้สะดวก ไม่เป็นภาระที่กระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือยุ่งยากในการปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารยาของผู้ป่วยและครอบครัวในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากลับบ้าน 1-2 ชนิด มีการบริหารยาถูกต้อง ร้อยละ 92.9[12] และการศึกษาของศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ[13] พบว่าจำนวนเม็ดยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37 ระบุว่าไม่เคยปฏิบัติหรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้งเกี่ยวกับการแจ้งให้แพทย์ หรือผู้ขายยาทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อไปรักษา/รับยาที่อื่น เช่น คลินิก ร้านขายยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าไม่มีความจำเป็น เพราะยาที่นำมารับประทานเพิ่มนั้นรับประทานไม่นาน หรือรับประทานเป็นครั้งคราว เป็นยาที่มีจำหน่ายอยู่ทั่วไป บางครั้งเป็นสมุนไพร หรือเคยรับประทานยาชนิดอื่นมาแล้วไม่มีอันตรายเกิดขึ้น

จึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการบอกเกี่ยวกับโรคประจำตัวและยาที่รับประทานประจำ เมื่อไปตรวจรักษาที่คลินิกหรือซื้อยาที่ร้านขายยา

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 50.0) จึงอาจเคยมีประสบการณ์ได้รู้ ได้เห็นเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน จึงทำให้สามารถเรียนรู้และเลือกวิธีการที่เหมาะสมได้ดีกว่า การเรียนรู้และประสบการณ์ในอดีตจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล[14] และปัจจุบันมีข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อที่หลากหลายรูปแบบลงสู่ชุมชนมากขึ้น ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ ชมรมต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลได้มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันมากขึ้น รวมถึงรัฐบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลป้องกันภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะส่งผลกระทบต่อประเทศในอนาคต จึงกำหนดเป็นนโยบายและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมากขึ้น และมีการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รู้วิธีการป้องกันดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ มะเร็ง เป็นต้น[15] จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้จากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแล ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการรับประทานยาจากแพทย์ พยาบาลที่ดูแลเมื่อมาตรวจที่โรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้าน รวมถึงในการมาตรวจจะมีการบันทึกค่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้ลงในสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตที่มีแนวโน้มลดลง และผู้ป่วยบางคนที่เคยมีอาการ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย มีอาการดีขึ้น สามารถทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเมื่อรับประทานยา เห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 และร้อยละ 65.5 เห็นด้วยมาก-มากที่สุดว่ารู้สึกดีขึ้น สามารถทำงานได้ตามปกติเมื่อรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงเป็นประจำ และการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตให้กลับมาสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง

การรับรู้อุปสรรคการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโดยตรง จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหน่วยบริการในการรักษาพยาบาลอยู่ไม่ไกลสามารถเดินทางไปมาเพื่อเข้ารับบริการสะดวก ใช้เวลาไม่นาน และมีรถประจำทางหรือรถรับจ้างอยู่ทั่วไป จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน (ร้อยละ 32.3 และร้อยละ 28.9) เห็นด้วยมาก-มากที่สุด ว่ารู้สึกกลัวจะเกิดอันตรายหากรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไปนาน ๆ และหน้าซองยาเขียนไม่ชัดเจน ตัวหนังสือเล็ก หรือไม่สามารถอ่านฉลากยาได้ ทำให้รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการรับประทานยา จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าถ้ารับประทานยาไปนาน ๆ จะทำให้กระดูกผุกร่อนหรือบางได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอายุที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ไปตามวัยโดยเฉพาะสายตา พบว่าเลนส์และประสาทสัมผัสรับความไวต่อแสงจะลดลง ทำให้ความคมชัดในการมองเห็นลดลง[16] รวมถึงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.9 ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบประถมศึกษา ไม่สามารถอ่านชื่อยาหน้าซองซึ่งพิมพ์ตัวอักษรเป็นภาษาอังกฤษได้ จึงใช้วิธีการจำลักษณะยา สีของยา หรือขนาดของเม็ดยาแทน

อำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้ 3 ด้านต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β= -0.347, $p<0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker[6] ที่อธิบายไว้ว่า ถึงแม้บุคคลจะมีการรับรู้ว่าสิ่งที่กระทำจะก่อให้เกิดประโยชน์ แต่ถ้ามีอุปสรรคขัดขวางที่เป็นข้อจำกัด หรือก่อ

ให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่อการกระทำนั้น ก็จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีอาการที่ชัดเจน การเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องใช้ระยะเวลานาน และค่อยเป็นค่อยไป แต่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือต้องรับประทานตลอดชีวิต การไม่รับประทานยา การลืมรับประทานยาในบางครั้งอาจไม่เห็นผลหรืออันตรายที่ชัดเจนและรวดเร็ว แต่การรับประทานยาที่ยาวนานและความเชื่อที่มีอยู่เดิมอาจส่งผลต่อความรู้สึกกลัวอาการข้างเคียงของยา จึงทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson และคณะ (อ้างใน Janz และ Becker)[7] ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรักษาความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช เสาวภาคย์[8] ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคมากมีอัตราเสี่ยงที่จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อย 6.16 เท่า (odd ratio=6.16) และสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้มากที่สุด[7]

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker[6] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำตัวแปรทั้งหมดตามแนวคิดของ Becker มาศึกษา ซึ่งตัวแปรเหล่านั้นอาจมีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว[17] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกานต์ สมจารี[18] ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงได้

สรุปและเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุต้องบริหารยาด้วยตนเอง จึงควรประเมินความพร้อมในการบริหารยาของผู้ป่วยเมื่อจำเป็นต้องเริ่มให้การรักษาด้วยการรับประทานยา รวมถึงหาแนวทางให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเกี่ยวกับการบริหารยามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สุขภาพคนไทย 2548. กรุงเทพมหานคร: อิงค์ ออน เปเปอร์; 2548.
2. จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. โรคความดันโลหิตสูง. ใน: วิทยา ศรีมาดา, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ 4. กรุงเทพ-มหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546; 162-87.
3. นิพนธ์ พวงวรินทร์. Risk factors of stroke. ใน: นิพนธ์ พวงวรินทร์, บรรณาธิการ. โรคหลอดเลือดสมอง stroke. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2534;39-54.
4. สำนักนโยบายและยุทธ์ศาสตร์. สถิติการตาย จำนวน และอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2544-2549 [homepage on the Internet]. กรุงเทพมหานคร: งานบริการข้อมูลสารสนเทศ กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [เข้าถึงเมื่อ 2007 Oct 24]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.19.191/Death.html
5. World Health Organization [homepage on the Internet]. Adherence to long-term therapies evidence for action. [cited 2005 Dec 24]. Available from: http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf
6. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Educ Monographs 1974;2:409-17.
7. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q 1984;11:1-47.
8. ปิยนุช เสาวภาคย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.

9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
10. Boonpongmanee C, Jittanoon P. Predictors of Papanicolaou testing in working women in Bangkok, Thailand. Cancer Nurs 2007;30:384-89.
11. ศิริมาส บุญประสาร. การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
12. วรณัน ประสานอธิคม, วิลาวัณย์ ประสานอธิคม, สมพร โชติวิทยธารากร, และคณะ. การบริหารยาของผู้ป่วยและครอบครัวในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. วารสารสำนักการพยาบาล [serial on the Internet]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2549] 30:(2). เข้าถึงได้จาก: http://www.dms.moph.go.th/nurse/issue2_report2.html
13. ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
14. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton and Lange; 1996.
15. มงคล ณ สงขลา. กรอบการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข [monograph on the Internet]. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มประสานงานคณะรัฐมนตรี รัฐสภา สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2549]. เข้าถึงได้จาก: http://uto.moph.go.th/strategy/data/naltang_mongkon_n_songkar.pdf
16. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ-มหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย; 2542.
17. สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. กรุงเทพ-มหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.
18. ชนิกานต์ สมจารี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.