ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

Factors Influencing Medication Adherence in Hypertensive Patients without Complications

ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ พย.บ. (Pinthong Puengdokmai, B.N.S.)[1]
วิชชุดา เจริญกิจการ ปร.ด. (Vishuda Charoenkitkarn, Ph.D.)[2]
วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล Ph.D. (Wanpen Pinyopasakul, Ph.D.)[3]
ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ปร.ด. (Sarinrut Sriprasong, Ph.D.)[4]
ฉัตรกนก ทุมวิภาต พ.บ. (Chatkanok Dumavibhat, M.D.)[5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิจำนวน 85 ราย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครซึ่งได้มากจากการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับยา แบบสอบถามวัดความร่วมมือในการรับประทานยา 8 ข้อของมอริสกี้ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85, 0.71 และ 0.75 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (mean = 5.92 , S.D. = 1.71) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 17.2 (R^2= .172, p < .01) โดยความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด (β= -.374; p <.01) ดังนั้นพยาบาลควรประเมินพื้นฐานความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อยา ก่อนการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อเกี่ยวกับยา การรับรู้ความเจ็บป่วย

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding Author)
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[4] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[5] รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This study was correlational predictive design which was made to investigate the influence of illness perceptions and medication beliefs on medication adherence in hypertensive patients without complications. The samples consisted of 85 primary hypertensive patients who aged over 18 years who sought treatment at Primary Care Unit (PCU) of tertiary care hospital in Bangkok. The subjects were recruited by convenience sampling. The research instruments consisted of the Brief-Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ), the Belief about Medicine Questionnaire (BMQ), and the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (8-item MMAS), which had Cronbach's alpha coefficient at 0.85, 0.71, and 0.75 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the level of medication adherence in the patients was rather low (mean=5.92, S.D.=1.71). Multiple regression analysis revealed that the independent variables could explain the variance of medication adherence in hypertensive patients without complications by 17.2% (R^2=.172, p <.01). Concern about medication was the most important variable that had an influence on medication adherence (β = -.374; p < .01). Therefore, nurses should evaluate normative beliefs that the patients have through their medication before providing health education in order to promote medication adherence on hypertensive patients without complications.

Keywords : Hypertension without complications, Medication adherence, Medication beliefs, Illness perceptions

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและนับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยมีอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 34.2 ในประชากรไทยที่มีอายุ 25 ปีขึ้น (Krishnan, Garg, & Kahandaliyanage, 2013) และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆตามอายุ (Buranakitjaroen, 2011) ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ซึ่งนำไปสู่ความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากร โดยพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้โรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นสาเหตุอันดับ 4 ที่นำไปสู่การเสียชีวิตของประชากรไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงยาลดความดันถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากสามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Levy et al., 2008) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ในทางปฏิบัติพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 70 ที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา (World Health Organization [WHO], 2003) และสุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากการขาดความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องด้วยธรรมชาติของโรคที่ไม่มีอาการ (asymptomatic disease) อาจทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขาดความตระหนักหรือการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาจนกว่าจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ดังนั้นการเข้าใจพื้นฐานความเชื่อที่ผู้ป่วยมีต่อโรคและยาที่ได้รับจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา เป็นต้น

จากกรอบแนวคิดของลีเวนทาล (Leventhal, Brissette, & Levelthal, 2003) เชื่อว่าบุคคลจะใช้พื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความเชื่อหรือการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความรุนแรงของโรค (consequence) และด้านการควบคุม (control) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Hekler et al., 2008) และการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น (Kirdphon, 2003) ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าโรคมีผลกระทบต่อร่างกายและชีวิตประจำวันน้อยจะมีแนวโน้มในการหยุดรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Gregoire, Moisan, Guibert, Ciampi, & Milot, 2006) ขณะที่การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการควบคุม ทั้งการควบคุมด้วยตนเอง (personal control) และ/หรือยา (treatment control) ต่างกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น (Chen, Tsai, & Chou, 2011; Hekler et al., 2008) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (necessity) และความกังวลเกี่ยวกับยา (concern) พบว่าปัจจัยทั้งสองต่างมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Kirdphon, 2003; Lukoschek, 2003; Ross, Walker & MacLeod 2004; Ruppar, Dobbels, & De Geest, 2012) ขณะที่พื้นฐานความเชื่อด้านลบ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาการข้างเคียง (Gregoire et al., 2002; Kirdphon, 2003) หรือยาไม่ได้มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Gregoire, Moisan, Guibert, Ciampi & Milot 2006) หรือยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าตัวโรคซึ่งไม่มีอาการ (Lewis, Askie, Randleman, & Shelton-Dunston, 2010) จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดรับประทานยาในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรับรู้ผลกระทบ (consequence) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค (control) ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (belief about necessity) และความกังวลเกี่ยวกับยา (concern about medication) ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป โดยไม่ได้มุ่งเป้าไปยังกลุ่มที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นระยะที่โรคไม่รุนแรงและไม่มีอาการทั้งจากภาวะโรคและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้หรือความเชื่อเกี่ยวกับโรคและยาในลักษณะที่แตกต่างออกไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ดังแผนภูมิ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยภายใต้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของลีเวนทาล (Leventhal, Brissette, & Levelthal, 2003)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและไม่เคยมีประวัติของการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมารับการรักษาที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ระดับความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือมีโรคร่วม หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่สืบเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

คำนวณขนาดตัวอย่างบนพื้นฐานของอำนาจการวิเคราะห์ (Power analysis) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95, alpha = .05, power of test = .80 ร่วมกับการใช้ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) =.13 ซึ่งได้จากการศึกษาปัจจัยทำนายด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคต่อความร่วมมือในแผนรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Chen, Tsai & Lee 2009) โดยมีจำนวนตัวแปรอิสระ ในการศึกษาครั้งนี้ 4 ตัว นำมาคำนวณในสมการถดถอยพหุคูณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะประชากรซึ่งแบ่งออกเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลทางคลินิก เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ยาที่ได้รับ เป็นต้น

2. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างย่อ (Brief-IPQ) สร้างขึ้นโดย Broadbent, Petrie, Main & Weinman (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย Sowattanangoong (2006) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ คำถาม 8 ข้อแรกจะเป็นคำถามปลายเปิดและมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จากคะแนน 0-10 โดยคะแนนที่มากหมายถึง การรับรู้ที่สูง ส่วนคำถามข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิดให้ระบุคำตอบที่คิดว่าเป็นสาเหตุของโรค

3. แบบสอบถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับยา (Belief about Medicines Questionnaires: BMQ) สร้างขึ้นโดย Horn & Weinman (1999) แปลเป็นไทยโดย นภาพร รุจิเสถียร(2553) เพื่อนำไปประเมินความเชื่อเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบบสอบถาม BMQ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา (belief about necessity) จำนวน 5 ข้อ และประเมินความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา (concern about medication) จำนวน 5 ข้อ โดยคำถามทั้งสองส่วนจะมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยมากที่สุด (คะแนน = 1) ไปจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด (คะแนน= 5) โดยคะแนนรวมของความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาและความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาจะอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึง ความเชื่อที่สูงเกี่ยวกับยาในด้านนั้นๆ

4. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale 8-item) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยมอริสกี้ (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) แปลเป็นไทยโดยผู้วิจัย โดยแบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ 7 ข้อแรกเป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบ “ใช่” (คะแนน= 1) หรือ “ไม่ใช่” (คะแนน= 0) ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-1

แปลผลโดยการนำคะแนนที่ได้จากคำถามทั้ง 8 ข้อมารวมกัน โดยคะแนนรวม < 6 หมายถึงความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย, 6-<8 หมายถึง ปานกลาง และ 8 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามวัดความเชื่อเกี่ยวกับยา (BMQ) และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (MMAS 8-items)ได้ผ่านการขออนุญาตจากผู้สร้างเครื่องมือและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 และ 0.75 ตามลำดับ ด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามชุดที่ 2-4 ได้นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.71 และ 0.75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเลขที่ 055/2013 ของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล นอกจากนี้ในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัยแก่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกรายมีการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าหน่วยพยาบาล รวมทั้งขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจในการช่วยคัดเลือกผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตัวเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การตอบแบบสอบถามและสิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นจะให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลา 45 นาทีโดยประมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบสอบถาม วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการโดยวิธี enter regression โดยตัวแปรทุกตัวได้ผ่านการทดสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ กล่าวคือ 1) การใช้ scatter plot พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกัน (linear relationship) 2) การตรวจสอบ Histogram พบว่าตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ (normal distribution) และ 3) หาค่า Dubin-Watson=1.79 ซึ่งอยู่ในช่วงปกติ(1.5-2.5) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

ผลการวิจัย

ข้อมูลด้านประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 45 - 81 ปี ($\overline{X}$ = 63, S.D. = 8.9) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเรียนจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.59) ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพหลัก (ร้อยละ 76) เช่น อยู่บ้าน ไม่ได้ทำงาน หาบเร่ มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 8,630 บาทต่อเดือน

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.87 กิโลกรัม/ตารางเมตร^2 ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 140.76/77.74 มิลลิเมตรปรอท ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว 5 - 10 ปี ($\overline{X}$ = 6.9, S.D. = 5.26) และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต 1-2 ชนิด (ร้อยละ 80)

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ ($\overline{X}$ = 5.92, S.D. = 1.71) มีเพียงร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในเกณฑ์สูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนและความถี่ของความร่วมมือในการรับประทานยา (n = 85)

ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา (MMAS 8-item Score)	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย (MMAS Score < 6)	31	36.47
ความร่วมมือในการรับประทานยาปานกลาง (MMAS Score 6 ถึง < 8)	37	43.53
ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (MMAS Score 8)	17	20.00

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่า โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตน้อย ($\overline{X}$ = 2.89, S.D. = 2.71) และเป็นโรคที่ค่อนข้างสามารถควบคุมได้ ($\overline{X}$ = 6.70, S.D. = 1.93) โดยเชื่อว่า ยาสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับการควบคุมด้วยตัวเอง ($\overline{X}$ = 7.45, $\overline{X}$ = 5.98) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับยา กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านความจำเป็นของยาลดความดันโลหิตค่อนข้างสูง ($\overline{X}$ = 17.41, S.D. = 2.62) เมื่อเทียบกับความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการใช้ยา ($\overline{X}$ = 13.59, S.D. = 2.74) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับยา (n = 85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\overline{X}$	S.D.
	คะแนนปกติ	คะแนนที่ได้		
การรับรู้ความเจ็บป่วย				
- ด้านผลกระทบ	0-10	0-10	2.89	2.71
- ด้านความสามารถในการควบคุม	0-10	3-10	6.70	1.93
1) การควบคุมด้วยยา	0-10	3-10	7.45	2.02
2) การควบคุมด้วยตนเอง	0-10	0-10	5.98	2.50
ความเชื่อเกี่ยวกับยา				
- ความจำเป็นของยา	0-25	12-25	17.41	2.62
- ความกังวลเกี่ยวกับยา	0-25	8-25	13.59	2.74

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรค การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการควบคุม ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความจำเป็น และความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 17.2 โดยที่ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ ระหว่างตัวแปรอิสระกับความร่วมมือในการรับประทานยา (n = 85)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	8.711	1.599		4.322	.000
1. การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลกระทบของโรค	-.021	.067	.033	-.315	.753
2. การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการควบคุม	-.098	.119	-.086	-.823	.413
3. ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความจำเป็น	.061	.073	.094	.834	.407
4. ความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวล	-.234	.071	-.374	-3.291	.001*
$R = .414$; $R^2 = .172$; $Adj.R^2 = .130$; $F = 7.272$; *p- value* < .001					

*p < .01

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ยประมาณ 63 ปี และเป็นเพศหญิง สอดคล้องกับรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2553 ที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงจะมีความชุกในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) ด้านการศึกษาและรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.59 เรียนจบแค่ชั้นประถมศึกษา มีรายได้แฉลี่ยค่อนข้างต่ำ (8,630 บาท/เดือน) ซึ่งเป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งลักษณะของผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่ จะเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย อยู่ในวัยสูงอายุ และไม่มีสิทธิอื่นๆ ทางด้านการรักษาพยาบาล

ข้อมูลทางด้านคลินิก พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 จะได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่า 1 ชนิด แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถือเป็นระดับความดันโลหิตที่ยังควบคุมได้ไม่ดีสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยสาเหตุอาจมาจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกายที่ค่อนข้างสูง และระดับความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาน้อยกว่าครึ่งที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์การรักษาคือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (Aekplakorn et al., 2012)

ด้านความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าลืมรับประทานยาซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอายุและพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจส่งผลต่อศักยภาพในการจดจำที่ลดลงของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการลืมเป็นอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ (Chambers et al., 2011; Nair et al., 2011) นอกจากนี้การไม่มีอาการผิดปกติของโรคยังส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเนื่องจากคิดว่าโรคควบคุมหรือรักษาหายเป็นปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kirdphon (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งยังใช้อาการของโรคเป็นตัวชี้วัดผลการรักษาและความต่อเนื่องในการรับประทานยา ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างจึงอาจเกิดจากทั้งความตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งอาจต้องวางแนวทางพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่แตกต่างกัน

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับยา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความกังวลเกี่ยวกับยา เช่น อาการข้างเคียงในระยะยาว ต่อ ตับ ไต (ร้อยละ 47) และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกับยาค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 46) ทำให้ปัจจัยด้านความกังวลเกี่ยวกับยาส่งผลกระทบด้านลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .374, p< .01) คือผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับยาสูง จะมีแนวโน้มในการรับประทานยาตามแผนการรักษาที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (Ross, Walker & MacLeod 2004; Mann, Ponieman, Leventjal, & Halm, 2009) ขณะที่ด้านความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นในการใช้ยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อว่ายาช่วยป้องกันไม่ให้โรครุนแรงขึ้น และภาวะสุขภาพในอนาคตขึ้นอยู่กับการรับประทานยา ทำให้ความเชื่อโดยรวมเกี่ยวกับความจำเป็นของยาลดความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง แต่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา (Ross et al., 2004; Ruppar, Dobbels, & De Geest, 2012) ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าการไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัจจุบันจะทำให้ผู้ป่วยขาดความตระหนักและเห็นความจำเป็นของยาน้อยลง ส่งผลให้ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาไม่สามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรงกันข้ามกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่ง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยาจะส่งอิทธิพลด้านบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Ross, Walker & MacLeod 2004; Ruppar, Dobbels, & De Geest, 2012)

ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของโรคซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีอาการทางด้านร่างกายที่ชัดเจน (asymptomatic disease) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและไม่ได้เป็นเรื่องที่ต้องกังวลเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (Samranbua, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากโรคน้อย และการรับรู้ดังกล่าวไม่สามารถอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (Ross, Walker & MacLeod 2004) เช่นเดียวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรค ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ โดยยาจะช่วยควบคุมโรคได้ดีกว่าการควบคุมด้วยตนเอง เนื่องจากยามีประสิทธิภาพในการช่วยลดระดับความดันโลหิตซึ่งสามารถเห็นผลได้ดีในระยะเวลาไม่นานเมื่อเทียบกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมโรคไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรงกันข้ามกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการรับรู้การควบคุมโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงกับความร่วมมือในการรับประทานยาและการจัดการตนเอง (self-management) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Chen Tsai & Lee, 2009) ซึ่งเป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระยะที่ยังไม่มีความซับซ้อนของโรคหรืออาการผิดปกติที่เห็นได้ชัด ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป ซึ่งลักษณะดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยประเมินภาวะโรคว่าสามารถควบคุมได้หรือรักษาหายเป็นปกติ ดังนั้นจึงไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาต่อ

สรุป

ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับยาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด ดังนั้นในการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับยาพยาบาลควรมีการประเมินพื้นฐานความเชื่อหรือความเข้าใจที่ผู้ป่วยมีต่อยาที่ได้รับ ก่อนการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ความกังวลเกี่ยวกับยาส่งผลกระทบด้านลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนั้นพยาบาลควรเน้นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบของยา และให้เวลาในการพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาให้ถูกต้อง

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอุบัติการณ์การลืมรับประทานยาบ่อยครั้ง ดังนั้นการพยาบาลควรให้ครอบครัวและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาหรือนำนวัตกรรมมาช่วยเตือนในการรับประทานยาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยเฉพาะด้านการรับรู้การควบคุม (control) และการรับรู้ผลกระทบ (consequence) ในงานวิจัยต่อไปควรการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจช่วยให้สามารถอธิบายความแปรปรวนในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้คลอบคลุมมากขึ้น

2. ถึงแม้เครื่องมือประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (Brief-IPQ) จะเป็นเครื่องมือที่มีความสั้น กระชับ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและถูกนำมาใช้ในหลายกลุ่มโรค แต่เนื่องจากผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานทุกข้อ ซึ่งอาจเกิดได้จากภาษาที่นำมาใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อก่อนนำมาใช้

รายการอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2555). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.** กรุงเทพฯ: ธรรมสาร

นภาพร รุจิเสถียร. (2553). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยา กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). **สรุปรายงานการป่วย 2553.** ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2556, จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill53/ill-full2553.pdf.

Aekplakorn, W., Sangthong, R., Kessomboon, P., Putwatana, P., Inthawong, R., Taneepanichskul, S., . . . the, N. H. E. S. I. s. g. (2012). Changes in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Thai population, 2004-2009: Thai National Health Examination Survey III-IV. **Journal of Hypertension September, 30**(9), 1734-1742.

Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J.(2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. **Journal of Psychosomatic Research, 60(**6), 631-637.

Buranakitjaroen, P. (2011). Hypertension audit in clinical practice based in Thailand (HABIT). **Journal of the Medical Association of Thailand, 94**(1), 57-65.

Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnston, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medication in stroke survivors: a qualitative comparison of low and high adherers. **British Journal of Health Psychology, 16**(3), 592-609.

Chen, Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. **International Journal of Nursing Studies, 48**(2), 235-245.

Chen, Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing, 18**(15), 2234-2244.

Grégoire, J.-P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., & Milot, A. (2006). Predictors of self-reported noncompliance with antihypertensive drug treatment: A prospective cohort study. **Canadian Journal of Cardiology, 22**(4), 323-329.

Grégoire, J.-P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., Milot, A., Gaudet, M., et al. (2002). Determinants of discontinuation of new courses of antihypertensive medications. **Journal of Clinical Epidemiology, 55**(7), 728-735.

Hekler, E., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among African Americans. **Journal of Behavioral Medicine, 31**(5), 391-400.

Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research, 47**(6), 555-567.

Kirdphon, W. (2003). **Accepting and adjudting to chronicity of hypertension: A grounded theory study in Thai people.** (Doctor of Philosophy), University of Washington.

Krishnan, A., Garg, R., & Kahandaliyanage, A. (2013). Hypertension in the South-East Asia Region: an overview. **Regional Health Forum, 17**(1), 7-14.

Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The Comon-Sense Model of Self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), **The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour.** London: Routledge: Taylor & Francis Group.

Levy, B. I., Schiffrin, E. L., Mourad, J.-J., Agostini, D., Vicaut, E., Safar, M. E., et al. (2008). Impaired Tissue Perfusion. **Circulation, 118**(9), 968-976.

Lewis, L. M., Askie, P., Randleman, S., & Shelton-Dunston, B. (2010). Medication Adherence Beliefs of Community-Dwelling Hypertensive African Americans. **Journal of Cardiovascular Nursing May/June, 25**(3), 199-206.

Lukoschek, P. (2003). African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: a qualitative study. **Journal of Health Care Poor Underserved, 14**(4), 566-587.

Mann, D., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E. (2009). Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. **Journal of Behavioral Medicine, 32**(3), 278-284.

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **The Journal of Clinical Hypertension, 10**(5), 348-354.

Nair, K.V., Belletti, D.A., Doyle, J.J., Allen, R.R., McQueen, R.B., Saseen, J.J., ... , Jan, S. (2011). Understanding barriers to medication adherence in the hypertensive population by evaluating responses to a telephone survey. **Patient Prefer Adherence, 5**, 195–206.

Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. **Journal of human hypertension, 18**(9), 607-613.

Ruppar, T. M., Dobbels, F., & De Geest, S. (2012). Medication Beliefs and Antihypertensive Adherence Among Older Adults: A Pilot Study. **Geriatric Nursing, 33**(2), 89-95.

Samranbua, A. (2011). **The lived expereince of rural Thai older adult with poorly controlled hypertension.** The Catholic Univerity of America, USA.

Sowattanangoong, N. (2006). **The Brief Illness Perception Questionaire.** Retrieved February 21, 2012, from http://www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-Thai.pdf.

World Health Organization. (2003). **WHO Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** Retrieved February 21, 2012, from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.