

Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis were used for data analysis.

The study findings revealed that medication adherence among patients with essential hypertension was at a low level (at 61%). Perceived self-efficacy, perceived barriers to medication adherence, reception of information about medication adherence, and patient-provider communication were at a moderate level (63.30%, 66.40%, 69.50%, and 69.50%, respectively), and they predicted medication adherence in essential hypertensive patients by 21% with a statistical significance ($R^2 = .210$, $p < .01$). It was found that perceived self-efficacy was the best predictor ($\beta = .352$, $p < .01$), followed by perceived barriers to medication adherence ($\beta = -.202$, $p < .05$).

Keywords: medication adherence/ hypertension/ self-efficacy/ perceived barrier to action/patient-provider communication

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เป็นโรคที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุดของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจนในระยะเริ่มแรก แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ อย่างช้าๆ จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายต่อชีวิต ด้วยเหตุนี้โรคความดันโลหิตสูงจึงได้รับการขนานนามว่า “ฆาตกรเงียบ” ถ้าปล่อยให้ความดันโลหิตสูงนานๆ จะทำให้หลอดเลือดแดงเสื่อมและเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบ เกิดไปเสี่ยงอวัยวะต่างๆ ไม่ได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด สมอง ไต และประสาทตา เป็นผลให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ขาดงาน สูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อาจเกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอัตราตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งได้ 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ลดการบริโภคเกลือโซเดียม เพิ่มการรับประทานผัก ผลไม้ หนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ² เป็นต้น และการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาอย่าง

สม่ำเสมอต่อเนื่อง เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ ไตและการเสียชีวิต และมีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีดีกว่า ผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 38³ และยังสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อติดตามไป 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 18.8 ที่รับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง⁴

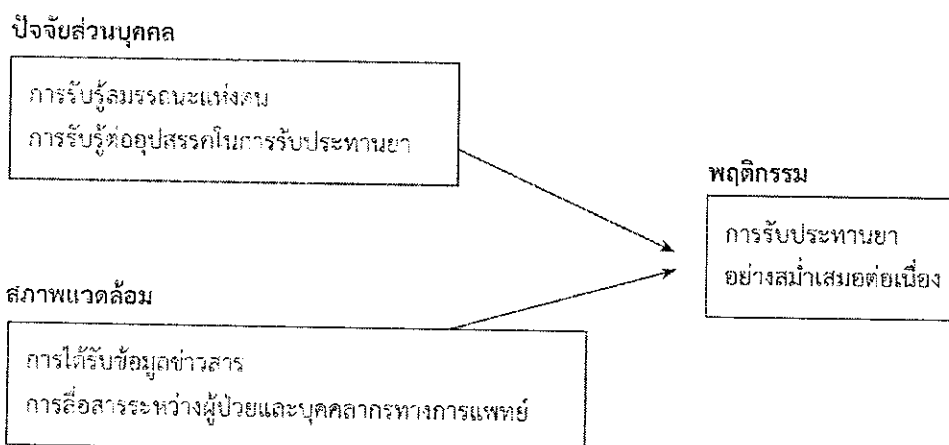
จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น การรับรู้ถึงอุปสรรคของการรับประทานยา ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคมาก จะไม่รับประทานยาตามแผนการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อย⁵ การศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง⁶ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอกหรือสภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การได้รับคำแนะนำต่อเนื่อง สถานบริการสุขภาพและแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา⁷ เป็นต้น รวมถึงการสื่อสารที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมต่อการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่ม

รับประทานยา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura¹⁰ มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ยังต้องใช้กระบวนการทางการใช้เหตุผล การนึกคิด และการตัดสินใจจากการสังเกตของตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นร่วมกับการประเมินตน โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันขององค์ประกอบ 3 ประการ คือ พฤติกรรม สติปัญญาปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม กล่าวคือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม การรับรู้สมรรถนะของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นปัจจัยภายในที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงอุปสรรคหรือปัญหา หากรู้สึก หรือพบว่างานที่ท้าทายลำบาก จะทำให้ละความพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นนอกจากนี้ สภาพแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นผลจากการกระทำของผู้อื่น การหุดชักจูงจากบุคคลรอบข้าง หรือการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่างๆ ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น¹¹

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การ
ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา การสื่อสาร
ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อการรับประทาน
ยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคใน
การรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

4/8/60 BE 11:30 AM

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.30 , 66.40, 69.50 และ 69.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .386, p < .01$) ดังตารางที่ 3 และจากผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้ multiple regression พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการรับประสบการณ์อย่างสม่ำเสมอเนื่องของตัวอย่างได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .210, p < .01$) ดังตารางที่ 4

ผู้ป่วยมีคะแนนการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเมืองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ย 5.88 มีเพียงร้อยละ 19 ที่อยู่ในระดับสูง โดยตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีพฤติกรรมกรลิมรับประทานยา ร้อยละ 51.56 ถิ่นนำยาความดันโลหิตติดตัวไป ด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกนอกบ้าน ร้อยละ 56 ซึ่งสอดคล้องกับ Schoenthaler et al.¹⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเมือง ร้อยละ 55 และสอดคล้องกับขององค์การอนามัยโลก ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเมือง ร้อยละ 50 - 70 การวิจัยครั้งนี้ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.10 (mean = 63.06 ปี) อายุที่เพิ่มมากขึ้นยังมีโอกาสลิมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากความจำและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการรุนแรง ตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคเรื้อรังเพียงแค่ 5 ปี และมีอาการแสดงที่ไม่รุนแรง เป็นผลให้ตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเมืองน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่รับประทานยาด้านไวรัสเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่มีอาการแสดงที่รุนแรงที่พบว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอต่อเมืองในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยทำงาน

ตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.60 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 64.10 อายุเฉลี่ย 63.06 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.50 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ทอผ้า ร้อยละ 67.19 มีรายได้ใน ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 51.60 มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีโรคอื่นร่วมด้วย 1 โรค ร้อยละ 43.75 โรครวม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 32.04 โรคร่วมที่เป็นมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (n = 128)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Mean = 36.06 , S.D = 4.71, Range = 27-45)		
ระดับต่ำ (<31.35)	21	16.40
ระดับปานกลาง (31.35-40.77)	81	63.30
ระดับสูง (>40.77)	26	20.30
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา (Mean = 18.15 , S.D = 5.54 , Range = 10- 38)		
ระดับต่ำ (<12.61)	20	15.60
ระดับปานกลาง (12.61-23.69)	85	66.40
ระดับสูง (>23.69)	23	18.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา (Mean = 19.60 , S.D = 6.48 , Range = 9- 40)		
ระดับต่ำ (<13.12)	22	17.20
ระดับปานกลาง (13.12-26.08)	89	69.50
ระดับสูง (>26.08)	17	13.30
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 44.88, S.D = 8.14 , Range = 21- 60)		
ระดับต่ำ (<36.74)	21	16.40
ระดับปานกลาง (36.74-53.02)	89	69.50
ระดับสูง (>53.02)	18	14.10

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ตามระดับความสม่ำเสมอต่อการร้องในการรับปรึกษา (n = 128)

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean = 5.88, S.D = 1.60, Range = 2-8)		
ระดับต่ำ (< 6 คะแนน)	78	61.0
ระดับปานกลาง (6- 7.75 คะแนน)	25	19.5
ระดับสูง (8 คะแนน)	25	19.5

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจมีความแตกต่างจากผลงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย ที่พบว่า การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่³ ซึ่งเป็นเขื่อนั้นอาจเนื่องจาก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องของผู้วิจัยแต่ละท่านแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้ง visual analogue scale แบบสอบถามของ Johnson & Roger⁴ สำหรับงานวิจัยของ Prakobchai และ สมภาณี วัฒนกรและคณะ เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล

ระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้ที่เป็น การศึกษาในสถานบริการระดับชุมชนซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มี โอกาสเข้าถึงระบบบริการหรือการให้บริการต่างๆ ได้น้อยกว่า ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสดูที่จะรับประทานยาไม่ สม่าเสมอต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจในสถานบริการ หรือโรงพยาบาลระดับชุมชนที่พบว่ายังมีอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในระดับต่ำ เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพิ่มขึ้น

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-				
2. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.186*	-			
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	.217*	-.017	-		
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.345**	-.302**	.384**	-	
5. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง	.386**	-.286**	-.023	.202*	-

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (n = 128)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
ค่าคงที่	2.645	1.295		2.042	.043
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.120	.029	.352	4.085	.000
- การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.058	.025	-.202	-2.374	.019
- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยา	-.032	.022	-.129	-1.465	.146
- การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.013	.019	.069	.726	.469
$R^2 = .210, df = 8.195, p < .001$					

จากผลการศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างมีการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน ร้อยละ 63.30 และสามารถทำนายการรับ
ประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเมื่อได้สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($\beta = .352, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคในการ
รับประทานยา ร้อยละ 66.40 และสามารถทำนายการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในทางลบได้อย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติ ($\beta = -.202, p < .05$) สำหรับการได้รับข้อมูล
 ข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานยาและการสื่อสารระหว่าง
 ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถทำนายการ
 รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า
 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความ
 สัมพันธ์ต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องอย่างมีนัย
 สำคัญทางสถิติ ($r = .202, p < .05$) ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสาร
 เกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการ
 รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
 อาจเป็นเพราะตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน
 อยู่บ้านเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน และการอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างเป็น
 สังคมเมือง ต่างคนต่างทำงานทำให้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์และ
 แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรับประทานยาน้อย
 ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่ถนัดการใช้หรือเล่น

3. การมีการศึกษาในด้านการรับประทานยา ร่วมกับ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการวิเคราะห์ถึงการ
รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากมีผลต่อระดับ
ความดันโลหิตอย่างไร

1. Buranakitjaroen P. Essential Hypertension. Bangkok: Thaihealthbook Publishing; 2010. (in Thai)
2. Bailey, J. E., Wan, J. Y., Tand, J., Ghani, M. A., & Cushman, W. C. Antihypertensive Medication Adherence, Ambulatory Visits, and Risk of Stroke and Death (Vol. 25): Society of General Internal Medicine 2010.
3. Rounie, C. L., et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. J Behav Med 2011; 34 (4): 244-253. doi: 10.1007/s10865-010-9304-6
4. Wunghthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factor affecting medication-taking behavior of patients with hypertension. Songkla Med J 2008; 26 (6): 539-547. (in Thai)
5. Prakobchai, S. Factors influencing medication-taking behavior of hypertensive patients. The degree of master of nursing science (Adult nursing), Mahidol University Bangkok. 2010.
6. Hill, M. N., Miller, N. H., & DeGeest, S. ASH position paper: Adherence and persistence with taking medication to control high blood pressure. J Clin Hypertens (Greenwich) 2010, 12 (10), 757-764. doi: 10.1111/j.1751-7176.2010.00356.
7. Bandura, A. Social foundations of thought and action A Social Cognitive Theory New Jersey, United States of America: Prentice-Hall, Inc; 1986.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง และลดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยมีการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เพิ่มแรงจูงใจ และหาวิธีการเตือนไม่ให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยาและมีการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้วิธีการสื่อสารและให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา
2. การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น อายุ เพศ เป็นต้นและควรมีการศึกษาให้มีความหลากหลายของตัวอย่างและมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

- ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2560
Volume 18 No. 1 (Jan - Apr) 2017

