



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

วราภรณ์ จิตอุทัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน



วราภรณ์ จิตอุทัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2564

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLUENCING MEDICATION ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS
WITHOUT COMPLICATIONS



WARAROM JITAUTAI

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

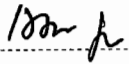
2021

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วรารมย์ จิตอุทัย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

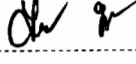
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก



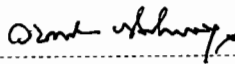
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจมารตี มาสิงบุญ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

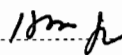


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

 ประธาน

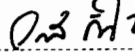
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจมารตี มาสิงบุญ)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

 กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)


คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่ 6 เดือน กค พ.ศ. 64

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 9 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2564

61910114: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
 คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา/ความรู้ด้านสุขภาพ/ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และ
 บุคลากรทางการแพทย์/ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง/ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 ในการรับประทานยา

วราภรณ์ จิตอุทัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดัน
 โลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน. (FACTORS INFLUENCING MEDICATION ADHERENCE IN
 HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT COMPLICATIONS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: เขมรดี มา
 สิงบุญ, D.S.N., สายฝน ม่วงคุ้ม, พย.ค. ปี พ.ศ. 2564.

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย
 ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาครั้งนี้เป็นการ
 วิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการ
 รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย
 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม
 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ
 บุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
 พรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ
 ($M = 5.95, SD = 1.664$) ความรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้
 เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาสามารถร่วมทำนายความ
 ร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ความรู้ด้าน
 สุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา
 มากที่สุด ($\beta = .24, p < .05$ และ $\beta = .24, p < .05$ ตามลำดับ) รองลงมาคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ
 บุคลากรทางการแพทย์ ($\beta = .22, p < .05$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .18, p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
 โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริม
 ให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนัก เห็นความสำคัญ และให้
 ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

61910114: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE/ HEALTH LITERACY/ PATIENT-PROVIDER RELATIONSHIP/ PERCEPTION OF HYPERTENSION/ MEDICATION ADHERENCE SELF-EFFICACY

WARAROM JITAUTAI : FACTORS INFLUENCING MEDICATION ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT COMPLICATIONS. ADVISORY COMMITTEE: KHEMARADEE MASINGBOON, D.S.N., SAIFONE MOUNGKUM, Ph.D. 2021.

Hypertension is a chronic uncommunicable disease that can be a cause of many serious medical complications. Adherence to antihypertensive medication is a key to prevent of such complications. A predictive research design was applied in this study and aimed to examine the medication adherence and its influencing factors in hypertensive patients without complications. Ninety-seven participants were recruited by a simple random sampling method. The research instruments comprised 6 questionnaires including a demographic questionnaire, the basic health literacy questionnaire, the patient-healthcare provider interpersonal relationship questionnaire, the perceptions of hypertension questionnaire, the perceived self-efficacy to medication adherence questionnaire, and the medication adherence questionnaire. A descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results showed that 40.2% of the participants had a low level of medication adherence ($M = 5.95$, $SD = 1.664$). The health literacy, a patient-healthcare provider interpersonal relationship, the perceptions of hypertension, and the perceived self-efficacy to medication adherence explained 28.5% in the variance of medication adherence among hypertensive patients without complications. The model suggested that health literacy ($\beta = .24$, $p < .05$) and perceived self-efficacy to medication adherence ($\beta = .24$, $p < .05$) were the best influencing factors to medication adherence. A patient-healthcare provider interpersonal relationship and perceptions of hypertension were the followed factors that influencing the medication adherence ($\beta = .22$, $p < .05$ and $\beta = .18$, $p < .05$, respectively).

The knowledge gained from this study suggested that the program promoting medication adherence should be arranged and provided for the hypertensive patients without complications. The core contents of such program should emphasize on perceptions of self-efficacy to medication adherence, health literacy, self-awareness on hypertension, and interpersonal relationship between patients and healthcare providers. The program may be beneficial for the patients with hypertension by triggering their self-awareness and reminding the importance of medication adherence.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และแนวทางที่ถูกต้อง แก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ให้กำลังใจและให้โอกาส แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ กังใจ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ทำให้ วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณ คุณเอกชัย ชัยยาทา คุณวิภาภรณ์ วัจจระกูล คุณอภิศรพรณ ข้ามสาม และคุณสุขฤดี ธัชสรงการสกุล ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ใช้เครื่องมือของท่านในการ วิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สมบูรณ์ ทศบวร ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี คุณสุริย์พร กุมภกาม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คุณเบญจวรรณ สังข์ทอง หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ ที่ทุกท่านให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างโรค ความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ จึงทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จ ได้

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ปลูกฝังความมานะ ความพากเพียรให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณสิทธิโชค หงษ์ทอง ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญา โท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของ การศึกษา

คุณประโยชน์อันใดอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทให้แก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีต และปัจจุบันที่ทำให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จตราบนานทุกวันนี้ ขอให้ผลงานเล่มนี้เกิดประโยชน์แก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพใน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน

วารามย์ จิตอุทัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
กรอบแนวคิดของการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคความดันโลหิตสูง	12
ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ...	22
แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (WHO, 2003)	25
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
สถานที่ศึกษา	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	41
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย	45
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	57
สรุปผลการวิจัย	57
อภิปรายผลการวิจัย	59
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	67
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	77
ภาคผนวก ก	78
ภาคผนวก ข	91
ภาคผนวก ค	104
ประวัติย่อของผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับของความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562).....	17
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 97$)	46
ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 97$)	48
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ($n = 97$).....	52
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$)	53
ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$).....	53
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับข้อคำถามข้อที่ 8 เป็นการถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ($n = 97$).....	54
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา กับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 97$).....	55
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$)	56
ตารางที่ 10 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานร่วม ($n = 12$)	109

ตารางที่ 11 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($n = 97$)110



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2019; Zhang et al., 2018) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,130 ล้านคน และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึง 1,560 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงถึง 370,000 ล้านบาททั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (WHO, 2019) โดยพบว่ามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลก (Singh, Shankar, & Singh, 2017)

สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบประชากรที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ล้านคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) โดยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งพบในเพศชาย ร้อยละ 25.6 และในเพศหญิง ร้อยละ 23.9 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) และพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2558-2560 เพิ่มขึ้นจาก 916.89 ราย เป็น 1,353.01 ราย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งนี้พบว่าโรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลให้ประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 8 หมื่นล้านบาทต่อปี อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,525 ราย และในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 8,590 ราย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การที่บุคคลมีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure [SBP]) ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure [DBP]) ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 2019; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) เป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการหรือมีการแสดงอาการของโรคที่ไม่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้จึงมีการเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็น เพฆฆฆฆฆฆ (Dzau & Balatbat, 2019; Singh et al., 2017; WHO, 2019) หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลให้หลอดเลือด

เลือดมีการเปลี่ยนแปลงโดยผนังของหลอดเลือดจะถูกทำลายและมีการสะสมของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดมีการบวมและหนามากขึ้น เกิดการอุดตันของหลอดเลือด เลือดจึงไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างเพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) จึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่ออวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย อันได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา และหลอดเลือด (นิพพาทร์ สินทร์พยั, จินวัตร จันครา, และบุปผา ใจมั่น, 2560; WHO, 2019) จากการศึกษาที่หลอดเลือดมีการหนาตัวและแข็งตัวมากขึ้น ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนัก กล้ามเนื้อหัวใจจึงมีการยืดขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจโต และภาวะหัวใจวายตามมา นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดผลเสียต่อสมอง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดลดลง ทำให้เนื้อสมองบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดภาวะสมองขาดเลือด และส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต (นิพพาทร์ สินทร์พยั และคณะ, 2560) และเกิดผลเสียต่อไต โดยพบว่าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีการตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียลดลง และเกิดภาวะไตวายในที่สุด (นฤมล โชวีสูงเนิน, 2560) และมีผลต่อหลอดเลือดที่เรตินา เนื่องจากหลอดเลือดที่เรตินามีการตีบแคบ จึงทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดเรตินาสูงขึ้น อาจเกิดหลอดเลือดที่เรตินาแตก เป็นผลให้จอประสาทตาเสื่อม และอาจตาบอดได้ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) และพบว่าหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 54 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 47 (Wu et al., 2015) ดังนั้นการควบคุมระดับความดันโลหิต จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมาย คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่า 130/80 ในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้ (Ettehad et al., 2016; Park, 2019) การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Kimani, Mirie, Chege, Okube, & Muniu, 2019) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดการบริโภคอาหารรสเค็มอาหารที่มีไขมันสูง ลดการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เน้นการรับประทานอาหารจำพวกผัก และผลไม้ให้มากขึ้น (Kokubo, 2014; WHO, 2019) และอีกวิธีคือ การรักษาด้วยยา ซึ่งยารักษาโรคความดันโลหิตสูง นับว่ามีความสำคัญสำหรับการรักษาในระยะยาว เนื่องจากยาลดความดันโลหิตจะช่วยลดความต้านทานของหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น เลือดจึงไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ดีขึ้นซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Asgedom, Atey,

& Dese, 2018; Boratus & Kilic, 2018) การเริ่มรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจะพิจารณาจากปัจจัย 4 ประการ คือ ระดับของความดันโลหิต ระดับความเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การมีโรคร่วม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะข้างเคียง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้น การรับประทานยาตามแผนการรักษา จึงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เนื่องจากยาเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การรักษาเกิดประสิทธิผล (Asgedom et al., 2018) โดยพบว่า การรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท และลดระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) ลงได้ 5 มิลลิเมตรปรอท และสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40 รวมถึงการลดลงของระดับความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมของไตได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยา ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา ถึงร้อยละ 47.5 (American Heart Association [AHA], 2013) โดยมีสาเหตุจากความไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากโรค ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการ หรือมีการแสดงอาการที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคความดันโลหิตสูงได้ (Raji, Abiona, & Gurge, 2017) ดังนั้น ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต จึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่อง โดยต้องมีอัตราความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป (WHO, 2003) หากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมโรคในระยะยาว ป้องกันและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 30 (WHO, 2019) รวมถึงลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (Kim et al., 2016; Mills et al., 2016)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อัตราความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ โดยมีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงความไม่ต่อเนื่องในการรับประทานยา ซึ่งองค์การอนามัยโลก รายงานว่า ความร่วมมือในการรักษาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 50 (WHO, 2017) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเป็นระยะเวลา 1 ปี พบความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 50 (Burnier & Egan, 2019) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะหยุดรับประทานยาหลังได้รับการรักษาไปแล้ว 1 ปี (Vrijens et al., 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบเพียง ร้อยละ 34 เท่านั้น (Zhang et al., 2018) เช่นเดียวกับผลการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชาวแอฟริกา พบว่า มีอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาถึงร้อยละ 45.3 และมีแนวโน้มสูงถึง ร้อยละ 62.5 (Agbor, Takah, & Aminde, 2017)

สำหรับในประเทศไทย พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีเพียงร้อยละ 20 (เป็นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญญาสกุล, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีเพียงร้อยละ 19 เท่านั้น (วิภากรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และกนกพร หมูพยัคฆ์, 2560) รวมทั้งผลจากการศึกษาปัญหาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านการเยี่ยมบ้านของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหลือใช้มากที่สุด โดยมีสาเหตุเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยหยุดยาเอง หรือลืมรับประทานยา (สรลรัตน์ ส.โคอยู่, ณัฐนิชา จิรปรียา, เจริญ ตรีศักดิ์ และพนารัตน์ แสงแจ่ม, 2557)

จากการที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า ภาวะโรคมีความรุนแรงขึ้น จากการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อมหรือมีภาวะตาบอด (วิภากรณ์ วัชรตระกูล และคณะ, 2560; Kim et al., 2016) ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และวิตกกังวล จากภาวะโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ร่วมด้วย (Guerra et al., 2013) และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า จากความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Kim et al., 2016) เกิดการขาดงาน สูญเสียรายได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล และกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Asgedom et al., 2018) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทายอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทายอย่างสม่ำเสมอมีหลายปัจจัย ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกซึ่งได้มีการรวบรวมปัจจัยในมิติต่าง ๆ เป็นแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model [MAM]) ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายยาไว้ 5 มิติหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านทัศนคติและระบบสุขภาพ ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ครอบคลุมใน 3 มิติหลัก ดังนี้

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายยา ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการอ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง (WHO, 2003) ดังนั้น ผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจะมีความร่วมมือในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง และจะเป็นบุคคลที่มีความรู้ มีทักษะทางปัญญาซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ บุคคลจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรับประทายยาตามแผนการรักษา ดังเช่นการศึกษาของ Arindari, Jerayingmongkol, and Sanguanprasit (2015) พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับสูง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ว่าสามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ความรอบรู้ที่เกิดขึ้นจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับประทายได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ($r = .784, p < .001$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอจะมีความร่วมมือในการรับประทายอย่างต่อเนื่อง ($r = .227, p < .001$) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการกระทำที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shi et al. (2019) พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .34, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasirikul et al. (2016) พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทายยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .52, p < .05$)

ด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านการสื่อสาร ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การเกิดสัมพันธภาพ โดยสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้อยตาม และเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003; Chipidza, Wallwork, & Stern, 2015) นำไปสู่ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น และส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค (Murray & Mccrone, 2015) ดังเช่นการศึกษาของ วิกาภรณ์ วัชรตระกูล และคณะ (2560) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ($r = .202, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Saleema, Panpakdee, Arpanantikul, and Chai-Aroon (2016) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลโดยตรงกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .42, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mahmoudian et al. (2017) พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ด้านผู้ป่วย พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรค เป็นผลมาจากความคาดหวังและการรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการมีประสบการณ์หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่เป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองโดยการเปรียบเทียบข้อดี และข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ถ้าบุคคลเกิดการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (WHO, 2003) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบไปด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ดังเช่น การศึกษาของ Arindari et al. (2015) พบว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่า หากไม่รับประทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย ($r = .836, p < .001$) จึงส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคตามมา ($r = .845, p < .001$) และเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยา ดังเช่น การศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2560) พบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รับรู้ว่าการรับประทานยาจะช่วยป้องกันไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ($r = .344, p < .05$)

เมื่อบุคคลรับรู้ถึงผลดีมากกว่าผลเสีย จึงมีการรับรู้อุปสรรคน้อยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($r = -.202, p < .05$)

ด้านผู้ป่วยอีกหนึ่งปัจจัย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์และมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้บรรลุตามเป้าหมายตามที่ได้กำหนดไว้ (WHO, 2003) ดังเช่น การศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และพีระ บูรณะกิจเจริญ (2557) พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง นำไปสู่การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ($r = .550, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .347, p < .01$) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Huang, Shiyanbola, and Smith (2018) ทำการศึกษาถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับ โรคความดันโลหิตสูง พบว่า บุคคลที่รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาในระดับสูง ($r = .63, p < .001$)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้จะมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือส่วนใหญ่มักจะได้ผลดี แต่ผลของความร่วมมือจะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้น ๆ (ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, 2559) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งพิจารณาได้จากสถิติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในประเทศไทย มีประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า มาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการศึกษารวมทั้งในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านใดด้านหนึ่ง โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยด้านผู้ป่วยเพียงด้านเดียว ยังไม่มีการศึกษาร่วมกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ตามแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ ดังนั้นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแบบพหุปัจจัย โดยครอบคลุมปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพและระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 มิติ เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาแบบ

ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ ส่งผลให้ผลของการวิจัยยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง น่าจะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จึงไม่ตระหนักหรือรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไปเกี่ยวกับโรค และการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อย และขาดความต่อเนื่อง จากความไม่ต่อเนื่องของการรับประทานยาจึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการแข็งตัว และสูญเสียความยืดหยุ่น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายในที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยจะทำการศึกษาที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์ มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ ซึ่งรวมถึงโรคเรื้อรัง เพื่อให้บริการแก่กลุ่มคนวัยทำงานหรือกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยประชาชนที่มาใช้บริการส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง และโรงพยาบาลให้การดูแลโดยครอบคลุมด้านการป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีจำนวนมากที่มารับการรักษาในแต่ละวัน เฉลี่ยวันละประมาณ 100 ราย และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ดังนั้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

สมมติฐานการวิจัย

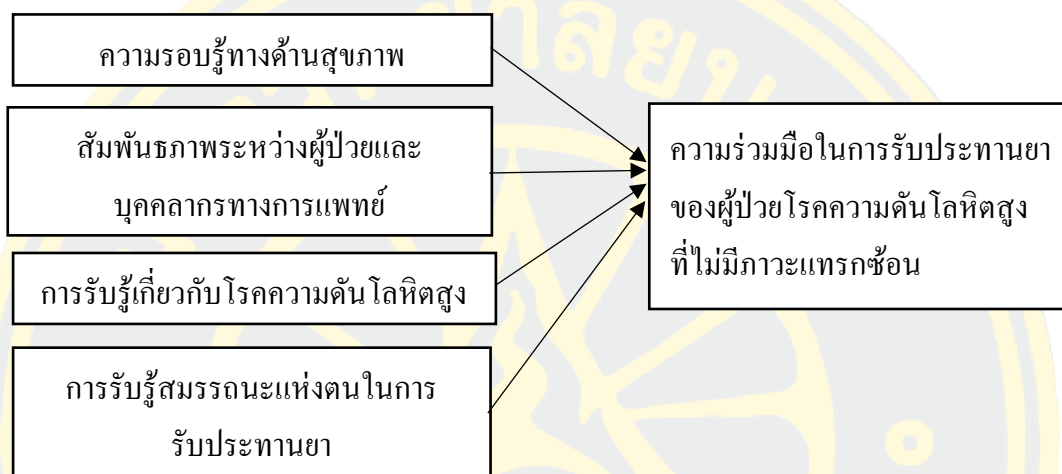
ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) (WHO, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยแนวคิดความหลากหลายมิติของความร่วมมือ จะกล่าวถึงปัจจัยแต่ละมิติที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social & economic factors) 2) มิติด้านระบบทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team & system-related factors) 3) มิติด้านอาการป่วย (Condition-related factors) 4) มิติด้านการรักษา (Therapy-related factors) และ 5) มิติด้านตัวผู้ป่วย (Patient-related factors) (WHO, 2003)

การศึกษานี้ ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ) ในระดับที่เพียงพอ หรือในระดับสูง เนื่องจากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความรู้และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ (มิติด้านระบบทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ) มาวิเคราะห์เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง (มิติด้านตัวผู้ป่วย) เมื่อบุคคลรู้ว่าหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องโรคที่เป็นสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตได้ บุคคลจะเกิดการปฏิบัติ

พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรค บุคคลก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้อย่างต่อเนื่อง และเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเอง (มีிடด้านตัวผู้ป่วย) ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา ถึงแม้จะมีอุปสรรคแต่บุคคลก็ยังเชื่อมั่นว่าจะสามารถรับประทานยาได้ตามเป้าหมายที่ตั้งใจไว้ โดยสรุปกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น ได้แก่ โรคหลอดเลือดคดสมอง โรคหัวใจเหลว โรคไตวายเฉียบพลัน

ความรู้ทางด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ เอกชัย ชัยยาทา (2560)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำ การใช้เวลา ให้ความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อภิพรพรรณ ข้ามสาม (2558)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนว่าจะสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง และมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษาแม้จะอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของ สุขฤดี รัชศฤงคารสกุล (2557)

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการรับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามแผนการรักษา ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการ
รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยทำการศึกษารวบรวม
เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา รายละเอียด ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน
3. แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข
ของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก
(WHO, 2019; Zhang et al., 2018) โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เพิ่มขึ้นจำนวนมากถึง 1,560 พันล้านคน (WHO, 2019) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ
โรคความดันโลหิตสูง คือ การที่บุคคลมีระดับความดันซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท และ
ระดับความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ที่วัดได้ที่สถานพยาบาล (สำนักโรคไม่
ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; WHO, 2019;) โดยค่าความดันโลหิต (Blood pressure) ประกอบด้วย ค่าความดันตัวบน และค่าความดันตัวล่าง
ค่าความดันตัวบน แสดงถึง ความดันโลหิตในหลอดเลือดที่เกิดขึ้น ขณะที่หัวใจบีบตัวเพื่อไล่
เลือดออกจากหัวใจ และค่าความดันตัวล่าง แสดงถึง ความดันของเลือดที่ยังค้างอยู่ในหลอดเลือด
ขณะที่หัวใจคลายตัว (WHO, 2019) ซึ่งค่าปกติของความดันโลหิตตัวบน ควรน้อยกว่า
140 มิลลิเมตรปรอท และค่าตัวล่างควรน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่ง
ประเทศไทย, 2562; WHO, 2019)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งออกได้ 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary hypertension) และความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) (มงคล การุณงามพรรณ และสุภารัตน์ สุวาริ, 2559; Charles, Triscott, & Dobbs, 2017) ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด พบได้ร้อยละ 95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (นฤมล โชว์สูงเนิน, 2561) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมียังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค (มงคล การุณงามพรรณ และสุภารัตน์ สุวาริ, 2559)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) จะมีสาเหตุที่ชัดเจน พบได้ร้อยละ 5-10 (นฤมล โชว์สูงเนิน, 2561) อาจมีสาเหตุมาจากโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตเฉียบพลัน หรือไตวายเรื้อรัง หรือการได้รับยาบางชนิด เช่น NSAID หรือ การรับประทานยาคุมกำเนิด ซึ่งยาคุมกำเนิดบางชนิดหลังรับประทานแล้วจะส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และระดับความดันจะลดลงปกติเมื่อหยุดรับประทานยา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550; มงคล การุณงามพรรณ และสุภารัตน์ สุวาริ, 2559; Charles, Triscott & Dobbs, 2017)

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 มักไม่พบสาเหตุที่แน่นอน (นฤมล โชว์สูงเนิน, 2561) แต่พบว่าปัจจัยหลายประการที่ส่งผล ให้มีระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ประกอบไปด้วย ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factors) และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) (WHO, 2019) ดังนี้

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-modifiable risk factors) มีดังนี้

1.1 พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่มีผลมาจากการมีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าการมีญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับเกิดโรคความดันโลหิตสูงของบุคคล (WHO, 2019) และพบว่าพันธุกรรมจะมีส่วนถึงร้อยละ 30 ในการกำหนดค่าความดันโลหิตในบุคคล (วิทยา ศรีดามา, 2550)

1.2 อายุ พบว่าโรคความดันโลหิตสูง มักมีความสัมพันธ์กับระดับของอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยพบได้มากในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และพบว่าระดับของความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 2019)

1.3 เพศ พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบว่าในช่วงอายุ 55-74 ปี ความเสี่ยงของผู้ชายและผู้หญิงจะพบเท่ากัน และเมื่ออายุมากกว่า 74 ปี ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย (มงคล การุณงามพรรณ และสุदारัตน์ สุวาริ, 2559)

2. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) มีดังนี้

2.1 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิด Atherosclerosis ส่งผลให้หลอดเลือดถูกทำลาย ซึ่งจะพบความชุกของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเบาหวานเป็น 2 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวาน (มงคล การุณงามพรรณ และสุदारัตน์ สุวาริ, 2559)

2.2 ความเครียด พบว่า ความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับของความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อบุคคลมีภาวะเครียด จะส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น แรงต้านทานภายในหลอดเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเครียดบ่อย ๆ หรือต่อเนื่องเป็นเวลานานจึงส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (มงคล การุณงามพรรณ และสุदारัตน์ สุวาริ, 2559)

2.3 การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมมาก พบว่ามีส่วนที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูง เนื่องจากการบริโภคอาหารรสเค็มจะมีปริมาณของโซเดียมสูง เมื่อเข้าสู่เซลล์ในหลอดเลือดจึงมีผลต่อการเพิ่มของปริมาณน้ำในเซลล์ ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (นฤมล ไชว์สูงเนิน, 2561)

2.4 ภาวะอ้วน พบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าคนปกติ 2-6 เท่า เนื่องจากการเผาผลาญสารอาหารที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง (Alberti, Zimmet & Shaw, 2005)

2.5 การสูบบุหรี่ พบว่า สารนิโคตินในบุหรี่ มีผลทำให้เกิด Atherosclerosis ต่อหลอดเลือด ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ รวมถึงยังเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต (มงคล การุณงามพรรณ และสุदारัตน์ สุวาริ, 2559)

2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้ต่อมหมวกไตมีการหลั่ง Cortisol และ Epinephrine จึงส่งผลให้หัวใจต้องเพิ่มแรงในการบีบตัว ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (อภิวัฒน์ อัครพัฒนานุกุล, ภูมิ ชมภูศรี, และจิตรลดา อุทัยพิบูลย์, 2562)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักมีการแสดงอาการของโรคที่ไม่ชัดเจน หรืออาจไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติ บางคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มมากเกินไป ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต และมีผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ไปที่ละน้อย จนส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับความดันโลหิตจะสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ แต่ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา อันเป็นสาเหตุให้มีภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) โดยพบว่า จากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ดังนี้

ผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ ดังนี้

หัวใจ ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนักมากขึ้น และระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะเร่งให้เกิดการตีบแคบและการแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่ภาวะหัวใจขาดเลือด จึงเป็นเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากหัวใจขาดเลือดและยังเป็นสาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะหัวใจล้มเหลว หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่าจะลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ประมาณร้อยละ 25 (WHO, 2017)

สมอง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่า 160/100 มม.ปรอท พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้แรงดันเลือดภายในหัวใจ มีแรงดันสูงขึ้น หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน หากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้เซลล์สมองค่อย ๆ ตายลง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า จะลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ประมาณร้อยละ 30 (WHO, 2017)

ไต ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้หลอดเลือดภายในไตเกิดการหนาตัวมากขึ้นและการตีบแคบ ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงไตได้ และส่งผลให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดเป็นภาวะโรคไตเรื้อรังตามมา (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) โดยพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เมื่อการทำงานของไตลดลง โดยพบได้ถึงร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายในระยะ 4 และ 5 (Phan, Burnier, & Wuerzner, 2014)

ตา ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบประสาทและจอตา โดยพบว่าระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะส่งผลต่อหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดฝอย จึงมีเลือดออกในจอตา ตามัว และอาจตาบอดได้ แต่ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้อาการดีขึ้น (นิพพาภัทร สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยมีภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สามารถส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้รุนแรงได้ โดยผู้ป่วยต้องมีการควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หรือเบื่อหน่าย และอาจเกิดภาวะซึมเศร้า (Guerra et al., 2013)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

จากภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Kim et al., 2016) ต้องขาดงาน และสูญเสียรายได้ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระบบบริการสุขภาพของประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Asgedom et al., 2018)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจะใช้เกณฑ์การวัดระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลักในการวินิจฉัย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งในผู้ที่สงสัยว่าจะมีภาวะความดันโลหิตสูง และมารับการตรวจครั้งแรก โดยได้มีการแบ่งระดับผลการวัดความดันโลหิตเป็น 4 ระดับ โดยสมาคมโรคหัวใจ และสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งยุโรป (ESC & ESH, 2018 อ้างถึงใน ฉัญญา ชาวเมือง, 2562) ซึ่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ได้นำแนวทางการจำแนกระดับความดันโลหิตของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งยุโรปมาประยุกต์ใช้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับของความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

Category	SBP		DBP
Optimal	< 120	and	< 80
Normal	120-129	and/or	80-84
High normal	130-139	and/or	85-89
Grade 1 hypertension	140-159	and/or	90-99
Grade 2 hypertension	160-179	and/or	100-109
Grade 3 hypertension	≥ 180	and/or	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 160	and/or	< 90

ระดับ 1 ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal blood pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ในครั้งแรก จากการตรวจในสถานพยาบาล โดยมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง หากแพทย์ตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ถึงแม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูงเท่านั้น โดยพบว่า เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบไปด้วย มีความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ การมีโรคร่วม เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือ เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน

ระดับ 2 อาจจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Possible hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ในครั้งแรก จากการตรวจในสถานพยาบาล โดยมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ อาจจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากแพทย์ตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

ระดับ 3 น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Probable hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ในครั้งแรก จากการตรวจในสถานพยาบาล โดยมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท โดยผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากแพทย์ตรวจพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่

น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากพบว่า ผู้ป่วยมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ใจสั่น เวียนศีรษะ หรือมีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์อาจใช้วิจารณญาณในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ในครั้งแรก จากการตรวจในสถานพยาบาล โดยมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าจะไม่มีอาการใด ๆ และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ดังนั้น การวัดระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตและเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Clinic blood pressure [CBP])

เป็นวิธีมาตรฐานในการวัดความดันโลหิตโดยบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่มีข้อจำกัด คือ เป็นการวัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียว ซึ่งค่าของระดับความดันโลหิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ที่สถานพยาบาล อาจคลาดเคลื่อนจากค่าความดันโลหิตจริง และไม่สามารถเก็บข้อมูลของระดับความดันโลหิตได้ในระหว่างวัน หรือตอนกลางคืน ดังนั้นจึงควรมีการวัดความดันโลหิตที่บ้านเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษา (วีรยุทธ ศรีทุมสุข และอรอุมา ธรรมผล, 2562)

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home blood pressure [HBP])

การวัดความดันโลหิตที่บ้านทำให้สามารถแยกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามคลินิก (Clinic blood pressure) และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home blood pressure) ซึ่งการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หากระดับความดันที่วัดได้มากกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท จะถือว่ามีความดันโลหิตสูงผิดปกติ ดังนั้นการวัดความดันโลหิตที่บ้านจึงมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยหรือสามารถแยก White-coat hypertension, Masked hypertension และ Definite hypertension อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต มีประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา และเป็นการช่วยประเมินผลของการรับประทานยาลดความดันโลหิตในการที่จะลดหรือเพิ่มการรับประทานยา ดังนั้นจึงควรใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านในการช่วยวินิจฉัย และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยระดับความดันโลหิตควรต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และสำหรับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท โดยการลดซิสโตลิกลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท จะช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่การลดซิสโตลิกจนต่ำกว่า 120 มม.ปรอท จะมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรควบคุมให้ไม่เกิน 130 มม.ปรอท และไม่ควรต่ำกว่า 120 มม.ปรอท (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาโดยใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Kimani et al., 2019)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบไปด้วย การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งพบว่า การลดลงของน้ำหนักตัวทุก 1 กิโลกรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท โดยรวมการลดน้ำหนักลงประมาณ 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท การรับประทานอาหารโดยลดการบริโภคน้ำมันที่มีโซเดียม จำกัดโซเดียมในอาหารน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ลดไขมันอิ่มตัว ลดคอเลสเตอรอล และเน้นการบริโภคอาหารจำพวกโปรตีน ผัก ผลไม้ รวมถึงแร่ธาตุต่าง ๆ ซึ่งพบว่า จะสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ประมาณ 8-14 มิลลิเมตรปรอท การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ พบว่า สามารถลดระดับความดันซิสโตลิก ได้ ประมาณ 4 มิลลิเมตรปรอท อีกทั้งยังลดระดับความดันไดแอสโตลิกได้ประมาณ 2.5 มิลลิเมตรปรอท และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวได้จะช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

การรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา เมื่อระดับความดันโลหิตลดลง โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 10 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 5 มม.ปรอท จะสามารถลดความเสี่ยงของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้

ร้อยละ 40 และยังสามารถป้องกัน และลดการเสื่อมของไตได้ (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ดังนั้น การพิจารณาเพื่อให้ยาลดความดันโลหิตสูง สามารถเริ่มให้ยาได้ตั้งแต่ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง โดยถ้าแพทย์พิจารณาแล้วว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แพทย์สามารถพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทันที ร่วมกับการแนะนำให้มีการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะเวลา 3 เดือน (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Ripley & Barbato, 2018) ยาลดความดันโลหิตจะมีหลายชนิด แพทย์จะเลือกใช้เพื่อการรักษาแตกต่างกัน ตามพยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วย

ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง

ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ต้องมีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปี ข้างหน้า โดยพบว่าหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งชนิดของยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) 2) Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) 3) Beta-blockers 4) Calcium-Channel Blockers (CCBs) และ 4) ยาขับปัสสาวะ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การเลือกใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งจาก 5 กลุ่มนี้ ให้ประสิทธิภาพในการลดระดับความดันโลหิต และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคในระบบหลอดเลือดและหัวใจได้ใกล้เคียงกัน ดังนั้นหากจะเลือกการใช้ยาเริ่มต้นในการลดระดับความดันโลหิตเพียงชนิดเดียว สามารถเลือกจากยาในกลุ่มใดก็ได้ตามความเหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม คือนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง จะพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ ของการใช้ยาแต่ละชนิด แนวทางในการเลือกใช้ยาเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงมี ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; ณัฐยา ชาวเมือง, 2562)

1. ควรเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงจากยาลดความดันโลหิตใน 5 กลุ่มหลัก ดังนี้

1.1 Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) ยาในกลุ่มนี้ ประกอบไปด้วย Captopril enalapril perindopril เป็นต้น ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ในการขยายหลอดเลือด และขัดขวางไม่ให้ Angiotensin converting enzyme I เปลี่ยนไปเป็น Angiotensin converting enzyme II ซึ่งมีผลทำให้ระดับของ Angiotensin converting enzyme II ลดลง จึงทำให้หลอดเลือดขยายตัว อาการที่ควรเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่มนี้ คือ ภาวะหลอดลมตีบ และอาการไอแห้ง ๆ (นิพพาทร์ สิ้นทรัพย์ และคณะ, 2560)

1.2 ยากลุ่ม Beta-blockers จะประกอบด้วย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่ม β 1-adrenoreceptor selective ประกอบด้วยยา Atenolol metoprolol กลุ่ม Non-selective ประกอบด้วยยา Propranolol และกลุ่ม Vasodilator activity ประกอบด้วยยา Carvedilol ซึ่งยาในกลุ่มของ Beta-blockers จะออกฤทธิ์ในการปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า ซึ่งมีผลทำให้หัวใจทำงานลดลง โดยยับยั้งการทำงานของ อะดรีนาลีน อาการที่ควรเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้ คือ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยง่าย ตาพร่ามัว (ปกรณ์ โฉมเชลา, 2554)

1.3 ยากลุ่ม Calcium-Channel Blockers (CCBs) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ Dihydropyridine และ Non-dihydropyridine โดยกลุ่ม Dihydropyridine ประกอบด้วยยา Nifedipine Amlodipine และ Felodipine จะออกฤทธิ์โดยการขยายหลอดเลือดแดงโดยตรง ซึ่งจะยับยั้ง Calcium influx ผ่าน Transmembrane L-type channels ของ Smooth muscle cell ของหลอดเลือดแดง กลุ่ม Non-dihydropyridine ได้แก่ ยา Verapamil และ Diltiazem จะออกฤทธิ์ที่ Myocardium เพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อาการที่ควรเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้ คือ ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว และอาการชาบวม (ปกรณ์ โฉมเชลา, 2554)

1.4 ยากลุ่ม Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) ประกอบด้วยยา Losartan valsartan candesartan ยาจะออกฤทธิ์โดย ARB จะแข่งกับ Angiotensin II เพื่อจับกับ A1 receptor ส่งผลให้ฤทธิ์ของ Angiotensin II หดไป และไม่มีผลต่อการเพิ่มระดับของ Bradykinin และ Prostaglandin อาการที่ควรเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้ คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด (ปกรณ์ โฉมเชลา, 2554)

1.5 ยาขับปัสสาวะ ประกอบด้วยยา Furosemide torasemide โดยยาจะออกฤทธิ์ในการเพิ่มการขับน้ำออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ ซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการทำงานของไตส่งผลให้ ระดับความดันโลหิตลดลง อาการที่ควรเฝ้าระวังเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มนี้ คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ภาวะโปแตสเซียมต่ำ (ปกรณ์ โฉมเชลา, 2554)

2. ควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม Renin Angiotensin System Blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยากลุ่มใดมารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้ที่มีความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก (140-149/90-99 มม.ปรอท) และมีความเสี่ยงต่ำ ควรเลือกใช้ยาเริ่มต้นเพียงชนิดเดียว

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยา 2 ชนิด แต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ควรปรับเพิ่มโดยใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิด ซึ่งหนึ่งในยา 3 ชนิดควรจะเป็นยาขับปัสสาวะ (Thiazides หรือยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ Thiazides)

4. ในกรณีผู้ป่วยรับประทานยา 3 ชนิด แต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ควรเพิ่มยา Spironolactone, หรือ Beta-blocker หรือ Alphablocker ทีละชนิดตามลำดับ และไม่ควรรักษาในกลุ่ม ACEIs ร่วมกับ ยาในกลุ่ม ARBs

จากแนวทางการรักษา พบว่า การใช้ยาในกลุ่ม Beta-blockers จะไม่นิยมใช้เป็นอันดับแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีโรคร่วม เนื่องจากประสิทธิภาพของยาในกลุ่ม Beta-blockers สามารถช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เท่ากับยาในกลุ่มอื่น ๆ แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ยังไม่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาในกลุ่มอื่น ๆ (ณัฐยา ชาวเมือง, 2562)

จะเห็นได้ว่า ยาลดความดันโลหิตมีความสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากยาลดความดันโลหิต จะช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Asgedom et al., 2018; Boratus & Kilic, 2018) ดังนั้นความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา จึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่า มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการรับประทานยาตามแผนการรักษา จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงช่วยลดอัตราการเกิดภาวะทุพพลภาพ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (Kim et al., 2016; Mills et al., 2016)

ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา

WHO (2003) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ (Adherence) ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยสอดคล้องกับคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีอัตราความร่วมมืออย่างน้อยร้อยละ 80 ขึ้นไป (WHO, 2003) จากกรทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในอดีต Compliance เป็นคำที่ถูกนำมาใช้ในการอธิบายการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่ง Compliance หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานยา หรือการปฏิบัติตามคำสั่งจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียวจากบุคลากรทางการแพทย์ (นันทลักษณ์ สถาพรนันท์, 2555) ต่อมาจึงเริ่มเปลี่ยนมาใช้คำว่า Adherence ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้ตกลงร่วมกัน (Agreement) ระหว่างผู้ป่วยและ

บุคลากรทางการแพทย์ (WHO, 2003) โดยให้อิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ป่วยจะไม่ใช่ฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งจากแพทย์และปฏิบัติตามเหมือน Compliance (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555; อัญชลี ชูติธร, 2556) ปัจจุบันนี้จึงพบว่า Adherence เป็นที่นิยมใช้มากกว่า เนื่องจากเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเข้าใจยอมรับ และตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามและสามารถใช้จ่ายให้ถูกขนาด ถูกเวลาตามที่แพทย์แนะนำ (Veazie & Cai, 2007; อัญชลี ชูติธร, 2556)

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง โดยต้องตรงตามขนาด ตรงเวลา ตามคำแนะนำที่ได้ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ความร่วมมือจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เป็นจำนวนมาก (สุพัตรา บัวทิ, 2555; Ettehad et al., 2016; Park, 2019)

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อัตราความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น (WHO, 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Burnier and Egan (2019) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าร้อยละ 50 เช่นเดียวกับ Zhang et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีนมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 34 และผลการศึกษาของ Agbor et al. (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศแอฟริกาี้อัตราความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูงถึงร้อยละ 62.5

สำหรับในประเทศไทยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงร้อยละ 20 (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559) และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีเพียงร้อยละ 25 (วิชัย เอกพลาการ, 2553) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภากรณ์ วังวรตระกูล และคณะ (2560) พบว่า อัตราความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเพียงร้อยละ 19 สาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา และการไม่มีอาการผิดปกติของโรคทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559; วิภากรณ์ วังวรตระกูล และคณะ, 2560) อีกทั้งยังพบว่า

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นยาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้มากที่สุด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลืมรับประทานยา (สรัลรัตน์ ส โคอยู่ และคณะ, 2557) และจากการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) จากการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมารับการรักษา และมารับยาตามนัด แต่เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่รับประทานยา หรือหยุดรับประทานยาเอง รวมทั้งรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลืมรับประทานยา และไม่มีอาการแสดงของโรคเช่นเดียวกัน จากอัตราของความร่วมมือในการรับประทานยาที่ค่อนข้างต่ำพบว่ามีเครื่องมือที่สามารถประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ดังรายละเอียดที่จะกล่าวถึงดังต่อไปนี้

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ การวัดโดยตรง และการวัดโดยอ้อม ซึ่งการวัดทั้ง 2 แบบนี้ มีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป (Osterberg & Blaschke, 2005)

การวัดโดยตรง เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับยาจริง โดยเป็นการวัดความเข้มข้นของยาจากเลือดหรือปัสสาวะ โดยใช้วิธีการตรวจสอบทางชีวเคมี แต่ข้อเสียคือ เป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง (Osterberg & Blaschke, 2005)

การวัดโดยอ้อม เป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (อารยา วัชรพันธ์ และจันทิมา ช่วยชุม, 2563) มีหลายวิธี ดังนี้

1. การนับเม็ดยา (Pill counts) เป็นการนับเม็ดยาที่เหลือจากผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวกและง่ายต่อการประเมิน แต่มีข้อเสียคือ ผู้ป่วยอาจมีการทิ้งยา หรือไม่นำยามาติดตัวมาด้วยเมื่อมาพบแพทย์ และไม่สามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ เช่น ขนาดของยา เวลาในการรับประทานยา และการลืมรับประทานยาในแต่ละวัน หรือเหตุผลของการไม่รับประทานยา (Osterberg & Blaschke, 2005; อารยา วัชรพันธ์ และจันทิมา ช่วยชุม, 2563)

2. การรายงาน โดยผู้ป่วย หรือผู้ดูแล เป็นการสอบถามผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา มีทั้งการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่ก็พบว่า วิธีนี้อาจทำให้ผลของการประเมินคลาดเคลื่อน หากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง (Osterberg & Blaschke, 2005; อารยา วัชรพันธ์ และจันทิมา ช่วยชุม, 2563)

3. การติดตามด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ เป็นการบันทึกอัตโนมัติในการรับประทานยา สามารถบันทึกวันและเวลาที่ผู้ป่วยรับประทานยาได้ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาจากกล่องยา แต่วิธีนี้ยังไม่ได้รับการยืนยันที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยรับประทานยาแน่นอน เช่น ผู้ป่วยอาจจะเปิดขวดยาแต่ไม่ได้

รับประทานยา และมีข้อเสียคือเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Osterberg & Blaschke, 2005; อารยา วัชรพันธ์ และจันทิมา ช่วยชม, 2563)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยการวัดทางอ้อม คือ วัดโดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ, 2560) ที่รายงานโดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว และไม่เป็นการรบกวนผู้ป่วยจนเกินไป ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่เหมาะสมและมีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (WHO, 2003)

แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional adherence model) ของ WHO (2003) พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความร่วมมือ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของบุคคล การทำงานของทีมสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ โดยอธิบายว่า ความร่วมมือเป็นปรากฏการณ์หลายมิติ แต่ละมิติจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือตามแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ แบ่งออกเป็น 5 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic factors) จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า แม้ว่าสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจอาจจะไม่ใช่ตัวแปรที่สามารถทำนายความร่วมมือได้อย่างแน่นอน แต่สำหรับในประเทศที่กำลังพัฒนา พบว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจยังคงอยู่ในระดับต่ำ ทำให้มีการจัดลำดับความสำคัญเนื่องจากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว มิติทางสังคมและเศรษฐกิจที่ได้รับรายงานว่ามีอิทธิพลต่อความร่วมมือ คือ การศึกษา เชื้อชาติ วัฒนธรรม ข้อจำกัดในการไม่รู้หนังสือ การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม สภาพความเป็นอยู่ที่ไม่มั่นคง ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา ระยะทางที่ไกลจากแหล่งการรักษา (WHO, 2003)

2. มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care team and system-related) จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ ประกอบไปด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสาร และความพึงพอใจ โดย

สัมพันธภาพที่ดีจะเป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (WHO, 2003)

3. มิติด้านอาการป่วย (Condition-related factor) จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า มิติด้านอาการป่วยเป็นความต้องการหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ โดยจะเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการของโรคที่เป็น ระดับของความพิการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอาชีพ ระยะของโรค ความพร้อมในการรักษา ซึ่งความรุนแรงของอาการ ความพิการที่เพิ่มขึ้น ระยะของโรค จะมีผลกระทบต่อโรคร่วมของผู้ป่วยนำไปสู่แผนการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา (WHO, 2003)

4. มิติด้านการรักษา (Therapy-related factors) จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า มิติด้านการรักษาจะเกี่ยวข้องกับลักษณะการรักษาที่มีความซับซ้อน ประสิทธิภาพของผู้ป่วยต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการรักษาครั้งก่อน ระยะเวลาของการรักษาการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษาซึ่งมีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย (WHO, 2003)

5. มิติด้านผู้ป่วย (Patient-related factors) จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ กล่าวว่า มิติด้านผู้ป่วย หมายถึง ทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความคาดหวังของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมเพื่อจัดการความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังในผลของการรักษา ในขณะที่หากผู้ป่วยมีการรับรู้หรือความเข้าใจที่ไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา (WHO, 2003)

สรุปได้ว่า จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ ทั้ง 5 มิติ มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ มิติด้านทิวสุขภาพและระบบสุขภาพ มิติด้านการรักษา และมิติด้านผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งครอบคลุมปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ปัจจัยด้านระบบทิวสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ พบว่าปัจจัยแต่ละมิติมีความสำคัญในการส่งผลให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และปัจจัยดังกล่าวเป็นหนึ่งในแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ ซึ่งน่าจะสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยตามแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (MAM) (WHO, 2003) ที่มีผู้นำมาศึกษา และพบว่าแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยพบว่าปัจจัยแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์และตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2558)

ความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการอ่าน และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อทำการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จะส่งผลให้บุคคลเกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา ความสามารถในการจดจำ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะลดลง ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (WHO, 2003)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความเชื่อมโยงระหว่างความรู้หนังสือที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ทักษะพื้นฐานเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะการอ่าน ทักษะด้านตัวเลข ทักษะในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ โดยระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Nutbeam, 2009)

1. Functional health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของบุคคลในการอ่าน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับทั้งทางวาจา และการเขียน เช่น การอ่านใบยินยอม การอ่านฉลากยา รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์

2. Interactive health literacy คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ คือ การใช้ทักษะทางด้านปัญญาร่วมกับทักษะทางด้านสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ และรู้จักการเลือกใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อนำมาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. Critical health literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ คือ การใช้ทักษะทางด้านปัญญาร่วมกับทักษะทางด้านสังคมในระดับที่สูงขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตประจำวันได้ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณเน้นการกระทำของบุคคลและการมีส่วนร่วมของบุคคลในการผลักดันสังคม

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต โดยพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในระดับสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา (Arindari et al., 2015) และผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Arindari et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasirikul et al. (2016) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .52, p < .05$)

ดังนั้น เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะมีผลต่อการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง อีกทั้งจะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น การมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการเจ็บป่วย ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559) โดยบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีทักษะด้านการอ่าน และทำความเข้าใจ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความสามารถในการอ่าน เขียน ตีความ จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และนำข้อมูลนั้นมาตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยการรับประทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ หากบุคคลมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ จะมีการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพน้อย ย่อมส่งผลให้การตระหนักรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวลดลง แต่ถ้าหากบุคคลได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ มีการเข้าถึงแหล่งข้อมูล และข้อมูลนั้นจะช่วยทำให้บุคคลเกิดการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยวัดเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการอ่าน การเขียน การฟัง และการทำความเข้าใจ ตัวเลข เป็นทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยจะเป็นทักษะเบื้องต้นที่นำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพต่อไป

การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของ เอกชัย ชัยยาทา (2560) เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจเนื้อหา ครอบคลุมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยาในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Patient-provider relationship)

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และส่งผลขอให้การรักษามีประสิทธิภาพ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงพบว่าผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย ความเชื่อมั่น การมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนข้อมูล การสื่อสาร และความพึงพอใจ (WHO, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์จะมีความแตกต่างจากความเชื่อมั่นหรือไว้วางใจระหว่างบุคคลทั่วไป กล่าวคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะรวมถึงความเชื่อมั่นในความรู้และความสามารถ รวมถึงความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน (Hupcey & Miller, 2006) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์พัฒนาไปในทางที่ดี และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (WHO, 2003)

อิทธิพลของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะเริ่มตื้นเขินเมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการทางด้านสุขภาพและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Murray & Mccrone, 2015) และความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจมารับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการมารับการรักษา (Hawthorne, Rubin, & Ghosh, 2008) จากการศึกษาของวิภากรณ์ วัจวรรตระกูล พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .202, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahmoudian et al. (2017) พบว่า ความรู้สึกพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพที่ดีนั้นจะนำไปสู่ความเชื่อมั่น และส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (ทัศนทิภา เรืองทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2560)

การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการให้คำแนะนำ ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในการประเมิน เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมสัมพันธภาพ และมีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากจนเกินไป

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (Perception of hypertension)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคพบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นผลมาจากความคาดหวัง และการรับรู้ของบุคคลที่เกิดจากการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่เป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองโดยการเปรียบเทียบข้อดี และข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลเกิดการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา (WHO, 2003)

การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคที่อาจส่งผลให้ภาวะของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งการรับรู้ที่นั่นจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วย โดยคาดหวังในผลของการรักษา แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการรักษาลดลง (WHO, 2003)

อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา จากการศึกษานี้ของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2560) พบว่า การรับรู้ ประกอบไปด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .27$, $r = .25$, $r = .34$, $r = -.44$, $p < .05$ ตามลำดับ) โดยการรับรู้จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และ ปราณิ คำจันทร์ (2551) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งครอบคลุมถึงการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรง บุคคลจึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์มากกว่ารับรู้อุปสรรค ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อภิพรพรรณ ข้ามสาม (2558) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ทุกด้านของตัวแปรที่ต้องการศึกษา มีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา (Self-efficacy medication adherence)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่พบว่ามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้สมรรถนะเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ให้สำเร็จ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง (Noumani et al., 2018)

ไม่ว่าจะมีสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แต่บุคคลก็ยังสามารถที่จะปฏิบัติสิ่งนั้นได้ (สุขฤดี รัชศงการสกุล, 2557)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อมั่นนั้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการรับปรึกษา (WHO, 2003)

อิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับปรึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลทางบวกต่อความร่วมมือในการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังเช่นการศึกษาของ ศรีทธา ประกอบชัย และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .55, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .38, p < .01$) ผลการศึกษาของ Noumani et al. (2018) บุคคลที่มีความเชื่อว่าลดความดันโลหิต มีความจำเป็นต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และสามารถควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถที่จะรับปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง ($r = .44, p = .03$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .38, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .35, p < .01$)

ดังนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การเชื่อมั่นนี้จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ อันจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรับปรึกษาได้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษา

เครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษา ของ สุขฤดี รัชศงการสกุล (2557) ซึ่งประยุกต์มาจาก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการรับปรึกษา ของ Ogedebe et al., 2003 โดยแบบสอบถามเน้นการวัดความมั่นใจ หรือ ความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับการรับปรึกษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง แม้จะอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษา เพื่อใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับปรึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทุานยา พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทุานยา มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทุานยา อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมา ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีปัจจัยด้านอาการแทรกซ้อนและอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทุานยาตามแผนการรักษาได้ นอกจากนี้ยังพบว่า เป็นการศึกษาแยกเฉพาะปัจจัยบางปัจจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาตัวแปรดังกล่าวแบบพหุปัจจัย เพื่อนำมาอธิบายถึงอำนาจการทำนายความร่วมมือในการรับประทุานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำผลวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทุานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการรับประทานยา ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีระเบียบวิธี ดังนี้

สถานที่ศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 589 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทั่วประเทศเป็นจำนวนมาก และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็น 1 ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะให้บริการด้านยาและเวชภัณฑ์เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล และเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องรอคิวในการรักษานาน เป็นการเพิ่มความสะดวกในการรับบริการจึงทำให้เป็นโรงพยาบาลที่มีหน่วยประชากรที่มารับบริการขนาดใหญ่ และมีจำนวนประชากรที่หลากหลาย เนื่องจากโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี รองรับทุกสิทธิ์ในการรักษา ได้แก่ สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิ์ประกันสังคม สิทธิ์ข้าราชการ ส่งผลให้มีประชากรเข้ารับการรักษาจำนวนมาก เฉลี่ยวันละ 300-400 ราย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาวันละประมาณ 100 ราย (ข้อมูลกลางสารสนเทศ สังกัดกรมการแพทย์, 2564) โดยในแต่ละวันจะมีแพทย์อายุรกรรมออกตรวจผู้ป่วยที่นัดไว้ในวันและเวลาที่กำหนด วันละ 5 ท่าน ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเช้าเวลา 8.00 น. ถึงเวลา 12.00 น.

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการนัดจะมารับการตรวจรักษา โดยผู้ป่วยต้องยื่นบัตรนัด รับการตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับความดันโลหิตโดยพยาบาล และการมาตรวจทุกครั้งผู้ป่วยจะต้องนำยาที่รับประทานมาด้วยทุกครั้ง จากนั้นรอพบแพทย์ตามคิว แพทย์จะทำการตรวจรักษาโดยดูจากระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย สอบถามอาการผิดปกติต่าง ๆ

เกี่ยวกับโรค และอาการผิดปกติจากการรับประทานยา หลังจากพบแพทย์ ผู้ป่วยจะพบพยาบาล ประจำคลินิกอายุรกรรมเพื่อรับใบสั่งยา และรับบัตรนัดเพื่อติดตามครั้งต่อไป ทั้งนี้ระยะเวลาในการ นัดขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และก่อนกลับบ้านพยาบาลจะให้คำแนะนำเป็น รายบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด ในส่วนของการรับประทานยา หากพบว่าผู้ป่วย รับประทานยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง หรือ มีการเพิ่มหรือลดปริมาณยาเอง หลังจากผู้ป่วย พบแพทย์ จะมีเภสัชกรให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ต้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยัง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเฉียบพลัน และรับ การรักษาด้วยการรับประทานยาโรคความดันโลหิต โดยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ครบถ้วน ระดับความรู้สึกร่างกายดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอก วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้
4. สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่าน และเขียนด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายเฉียบพลัน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) เท่ากับ .13 ซึ่งเป็น ขนาดของอิทธิพลขนาดปานกลาง (Medium effect size) (Cohen, 1988 cited in Ellis, 2010)

โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวนได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 97 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยติดโปสเตอร์ประกาศเชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัยบริเวณแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ติดต่อพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และจัดทำรายชื่อไว้
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จากรายชื่อใน ข้อ 1 ทำการคัดกรองตามคุณสมบัติที่กำหนด และจัดทำรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยที่ผ่านตามคุณสมบัติที่กำหนด ตามรายชื่อใน ข้อ 2 วันละ 5 ราย เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ทัน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 40-45 นาที
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามรวมจำนวน 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองจากการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างร่วมกับการดูจากเวชระเบียน) ประกอบด้วย คชนิมลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตที่ได้รับการตรวจครั้งที่แล้วและครั้งล่าสุด โรคร่วมอื่น ๆ ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูง การจัดการรับประทาน

จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ยาอื่น ๆ ที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ได้แก่ ยารักษาโรคร่วม ยาสมุนไพร วิตามิน อาหารเสริม และผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในการรับประทานยาของ เอกชัย ชัยยาทา (2560) ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้เชิงทัศนคติด้านสุขภาพของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2558) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ KR-20 เท่ากับ .93 โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยาลบนี้เน้นการวัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 16 ข้อ 4 ตัวเลือก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เนื่องจากแบบสอบถามสามารถ ใช้ประเมินได้ทั้งในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยตัดข้อคำถามข้อที่ 16 ออกเนื่องจากการประเมินการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยเบาหวาน จึงเหลือจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ 4 ตัวเลือก แบบสอบถามเป็นแบบปรนัยให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ข้อที่ตอบถูก คิดเป็น 1 คะแนน และ ข้อที่ตอบผิด คิดเป็น 0 คะแนน

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน มีช่วงคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน โดยแปลผลคะแนน (เอกชัย ชัยยาทา, 2560) ดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

13-15 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยใช้

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ของ วิภาภรณ์ วัชรตระกูล และคณะ (2560) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการให้คำแนะนำ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ .91 ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็น มาตรฐานค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย, นาน ๆ ครั้ง, บางครั้ง, บ่อยครั้ง, เป็นประจำ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | | |
|---|-------------------|---------|---|
| 1 | คะแนน ไม่เคย | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย |
| 2 | คะแนน นาน ๆ ครั้ง | หมายถึง | ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านค่อนข้างน้อย |
| 3 | คะแนน บางครั้ง | หมายถึง | ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง |
| 4 | คะแนน บ่อยครั้ง | หมายถึง | ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่ |
| 5 | คะแนน เป็นประจำ | หมายถึง | ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้น ขึ้นกับท่านทั้งหมด |

การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนระหว่าง 39.30-59.52 โดยแปลผลคะแนน (วิภาภรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ, 2560) ดังนี้

- | | | |
|---------------------------|---------|--|
| น้อยกว่า $\bar{X} - 1SD$ | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับต่ำ |
| ระหว่าง $\bar{X} \pm 1SD$ | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง |
| มากกว่า $\bar{X} + 1SD$ | หมายถึง | สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ อยู่ในระดับสูง |

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ อําภรพรณ ข้ามสาม (2558) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ .70 โดยแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้วัดการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย, เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน มีช่วงคะแนนระหว่าง

25-100 คะแนน โดยแปลผลคะแนน (อำนาจพรหม ข้ามสาม, 2558) ดังนี้

- 25-50 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ
- 51-75 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง
- 76-100 คะแนน หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้

แบบสอบถามของ สุขฤดี ชัยศรงการสกุล (2557) ซึ่งประยุกต์มาจาก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ของ Ogedebe et al., 2003 มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ .80 โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการรับประทานยาในสถานการณ์ต่าง ๆ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจ, มั่นใจเล็กน้อย, มั่นใจบางครั้ง, มั่นใจมากที่สุด ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------|-----------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่มั่นใจ |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มั่นใจเล็กน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มั่นใจบางครั้ง |
| 4 คะแนน | หมายถึง | มั่นใจมากที่สุด |

การคิดคะแนนใช้คะแนนรวมแต่ละข้อมารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดคือ

13 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ย โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 1.00-4.00 (13-52 คะแนน) แปลผลคะแนน (สุขฤดี ชัยศรงการสกุล, 2557) ดังนี้

- 3.01-4.00 คะแนน (40-52 คะแนน) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง
- 2.01-3.00 คะแนน (27-39 คะแนน) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง
- 1.00-2.00 คะแนน (13-26 คะแนน) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ วิชาภรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการ รับประทานยาของนงลักษณ์ อิงคมนตรี (2554) ซึ่งใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวิชาภรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) ได้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของ เครื่องมือเท่ากับ .73 โดยแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาใช้วัดความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดื่มรับประทานยา การลดขนาดยาหรือหยุดยา เอง และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรับประทานยา โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วย ข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะการให้คะแนน 0 และ 1 คะแนน โดยข้อที่ 1 ถึง 4 และ 6 ถึง 7 หากตอบข้อคำถามว่า ใช่ ให้ 0 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ข้อที่ 5 หากตอบข้อคำถามว่า ใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน และใน ข้อคำถามที่ 8 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความยุ่งยากใจว่าเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหนในการรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึก/ รู้สึกน้อยครั้ง, รู้สึกนาน ๆ ครั้ง, รู้สึกบางครั้ง, รู้สึกบ่อยครั้ง, รู้สึกเป็นประจำ โดยข้อ 8 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยรู้สึก	1	คะแนน
รู้สึกนาน ๆ ครั้ง	0.75	คะแนน
รู้สึกบางครั้ง	0.50	คะแนน
รู้สึกบ่อยครั้ง	0.25	คะแนน
รู้สึกเป็นประจำ	0	คะแนน

การคิดคะแนนใช้คะแนนรวมแต่ละข้อมารวมกัน โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน แปลผลคะแนน (วิชาภรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ, 2560) ดังนี้

คะแนน น้อยกว่า 6 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน ระหว่าง 6-7 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน เท่ากับ 8 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) การศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยไม่ได้ทำการดัดแปลงใด ๆ จากเครื่องมือต้นฉบับ จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ประกอบไปด้วยแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .82, .88, .88, .82 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มขบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมการวิจัย คือ 063/2563 จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อพิจารณาก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับการอนุมัติผ่านการพิจารณา รหัสจริยธรรมการวิจัย คือ 64-2-001-0 จึงขอความร่วมมือในการเข้าเก็บข้อมูลกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ขณะทำการวิจัย ผู้วิจัยทำการติดประกาศเชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ติดต่อพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยไม่ปิดบัง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วม หรือขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างรอปพบแพทย์ และเมื่อถึงคิวได้รับการตรวจของกลุ่มตัวอย่างจะมีเจ้าหน้าที่ประจำแผนกมาแจ้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจรักษา ทั้งนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการพบแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้แบบบันทึกและแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรมให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เมื่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ห้องสำหรับให้คำปรึกษากับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นความเป็นสัดส่วน และป้องกันการถูกรบกวน
4. ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดย ทำการติดโปสเตอร์ประกาศเชิญชวนการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ติดต่อพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ เพื่อประเมินผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามคุณสมบัติที่กำหนด และคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในฐานะผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการลงนามในใบยินยอม เพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) โดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัย

5.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทุษานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทุษานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทุษานยา โดยใช้ระยะเวลาช่วงรอพบแพทย์ในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 45 นาที โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลอย่างอิสระ การตอบแบบสอบถามจะไม่มีถูกหรือผิด และถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

5.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

5.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและมอบของที่ระลึกเป็นถุงผ้าลดโลกร้อนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัย

5.5 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทุษานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทุษานยา ความร่วมมือในการรับประทุษานยา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้สถิติ Multiple regression ด้วยวิธี Enter regression เนื่องจากวิธี Enter regression เป็นการนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าไปวิเคราะห์ในสมการถดถอย และทำการทดสอบตัวแปรอิสระที่เข้าไปในสมการทุกตัวแปร โดยจะแปลผลตัวแปรอิสระทุกตัวที่นำเข้าไปในสมการถดถอย ทำให้ทราบว่าตัวแปรอิสระตัวใดที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามมากที่สุด หรือมีอิทธิพลน้อยที่สุด รวมถึงตัวแปรใดที่ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม และเป็นอิสระต่อกัน

3.2 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship)

3.3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากค่า Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient พบว่า ค่า Fisher skewness = -1.09 และค่า Kurtosis coefficient = -1.71 ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.4 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ โดยพิจารณาจากลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวนจากภาพการกระจาย (Scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวได้ว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปรมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

3.5 ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงซ้อน (Multicollinearity) ผลการทดสอบตัวแปรอิสระทั้งหมดดูจากค่า Tolerance มีค่ามากกว่า .20 ทุกตัวแปร และค่า IVF น้อยกว่า 4 ทุกตัวแปร ซึ่งแสดงว่า ไม่เกิด Multicollinearity

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 97 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอด้วยตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 97$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	46.4
หญิง	52	53.6
อายุ ($M = 52.12$ ปี, $SD = 12.53$, $Min = 23$, $Max = 79$)		
20-29 ปี	3	3.1
30-39 ปี	13	13.4
40-49 ปี	20	20.6
50-59 ปี	31	32.0
60-69 ปี	20	20.6
มากกว่า 70 ปี	10	10.3
อาชีพ		
รับราชการ	5	5.2
พนักงานบริษัท	22	22.7
พนักงานวิสาหกิจ	2	2.1
รับจ้างทั่วไป	14	14.4
ค้าขาย	36	37.1
อื่น ๆ	18	18.5
สถานภาพสมรส		
โสด	16	16.5
คู่	72	74.2
หม้าย/หย่า/แยก	9	9.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.0
ประถมศึกษา	34	35.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	25	25.8
อนุปริญญา/ ปวช./ปวส.	14	14.4
ปริญญาตรี	22	22.7
ปริญญาโท	1	1.0
สิทธิการรักษาพยาบาล		
สิทธิข้าราชการ	14	14.4
ประกันสังคม	46	47.4
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	36	37.1
อื่น ๆ	1	1.1
รายได้/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	5	5.2
5,001-10,000 บาท	30	30.9
10,001-15,000 บาท	23	23.7
15,001-20,000 บาท	20	20.6
20,001-25,000 บาท	10	10.3
25,001-30,000 บาท	3	3.1
มากกว่า 30,000 บาท	6	6.2
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	71	73.2
เคยสูบบุหรี่	22	22.7
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	4	4.1
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์	85	87.6
เคยดื่มแอลกอฮอล์	12	12.4

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 มีอายุเฉลี่ย 52.12 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.0 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.2 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.1 ในส่วนค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 47.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.2 ไม่เคยสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.6 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ระดับความดันโลหิตครั้งนี้ ภาวะโรคร่วมชนิดของยาลดความดันโลหิตสูงที่รับประทาน ยาอื่น ๆ ที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อมื้อ ยาที่รับประทานในปัจจุบันมีการรับประทานยาหรือไม่ และมีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาหรือไม่ นำเสนอข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 97$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
($M = 26.74$, $SD = 4.29$, $Min = 18.31$, $Max = 42.16$)		
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน)	1	1.0
18.5-22.9 (ปกติ)	16	16.5
23.0-24.9 (อ้วนระดับ 1)	15	15.5
25.0-29.9 (อ้วนระดับ 2)	45	46.4
เท่ากับหรือมากกว่า 30 (อ้วนระดับ 3)	20	20.6
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
($M = 5.63$, $SD = 4.44$, $Min = 1.00$, $Max = 20.00$)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	64	66.0
6-10 ปี	28	28.9
16-20 ปี	5	5.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)		
($M = 137.28$, $SD = 13.96$, $Min = 103$, $Max = 171$)		
< 140	61	62.9
≥ 140	36	37.1
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)		
($M = 77.90$, $SD = 10.85$, $Min = 50$, $Max = 106$)		
< 90	86	88.7
≥ 90	11	11.3
ระดับความดันโลหิตครั้งนี้		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)		
($M = 136.23$, $SD = 12.54$, $Min = 104$, $Max = 162$)		
< 140	69	71.1
≥ 140	28	28.9
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)		
($M = 76.78$, $SD = 10.82$, $Min = 54$, $Max = 100$)		
< 90	86	88.7
≥ 90	11	11.3
มีภาวะโรคร่วม		
ไม่มี	49	49.5
มี	48	50.5
เบาหวาน	12	12.4
ไขมันในเลือด	43	44.3
โรคไต	1	1.0
อื่น ๆ	2	2.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูงที่รับประทาน		
ACEIs	23	23.7
ARBs	39	40.2
BB	11	11.3
CCBs	48	49.5
Diuretics	1	1.0
ยาอื่น ๆ ที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต		
ไม่มี	48	49.5
มี	49	50.5
ยารักษาโรคหัวใจ	49	96.1
อาหารเสริม	2	3.9
ยาอื่น ๆ	2	2.1
จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน		
1-2 เม็ด	62	63.9
3-4 เม็ด	22	22.7
5-6 เม็ด	6	6.2
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 เม็ด	7	7.2
การจัดยารับประทาน		
จัดเอง	97	100.0
ยาที่ท่านรับประทานในปัจจุบัน มีการลืรับประทานหรือไม่		
ลื	70	72.2
ไม่ลื	27	27.8
ถ้าลืทานยาท่านทำอย่างไร		
รับประทานเมื่อถัดไป	42	60.0
รับประทานเมื่อนึกได้	26	37.1
รับประทานวันถัดไป	2	2.9

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาหรือไม่		
ใจสั่น	2	2.1
ไอแห้ง ๆ	1	1.0
ปัสสาวะบ่อย	2	2.1
ไม่มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา	92	94.8

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 และอ้วนระดับ 3 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.63 ปี ($SD = 4.44$) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงต่ำสุด 1 ปี และมากที่สุดคือ 20 ปี โดยร้อยละ 66.0 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมร้อยละ 50.5 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 44.3 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.4 กลุ่มตัวอย่างมียาที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 50.5 โดยพบว่าเป็นยารักษาโรคร่วมมากที่สุดร้อยละ 96.1 มีจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน 1-2 เม็ด ร้อยละ 63.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 100.0 และให้ข้อมูลว่าลิ้มรับประทานยา ร้อยละ 72.2 โดยจะรับประทานยาในมือถัดไปร้อยละ 60.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของความรอบรู้
ทางด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับ
โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ($n = 97$)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($M = 12.75$, $SD = 1.708$, Range = 3-15)			สูง
ระดับต่ำ (0-12 คะแนน)	35	36.1	
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	62	63.9	
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ($M = 49.41$, $SD = 10.100$, Range = 12-60)			สูง
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 39.30)	11	11.3	
ระดับปานกลาง (ระหว่าง 39.31-59.51)	71	73.2	
ระดับสูง (มากกว่า 59.52)	15	15.5	
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($M = 76.99$, $SD = 8.003$, Range = 56-100)			สูง
ระดับปานกลาง (51-75 คะแนน)	40	41.2	
ระดับสูง (76-100 คะแนน)	57	58.8	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ($M = 46.60$, $SD = 5.177$, Range = 30-52)			สูง
ระดับปานกลาง (27-39 คะแนน)	9	9.3	
ระดับสูง (40-52 คะแนน)	88	90.7	

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 12.75$, $SD = 1.708$) คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 49.41$, $SD = 10.100$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 76.99$, $SD = 8.003$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.58$, $SD = 0.398$)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย และระดับของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความร่วมมือในการรับประทานยา ($M = 5.95$, $SD = 1.664$, $Rang = 1-8$)		
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	39	40.2
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	37	38.2
ระดับสูง (8 คะแนน)	21	21.6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$)

คำถาม	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
1. มีบางครั้งที่ลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต	70	72.2	27	27.8
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต	15	15.5	82	84.5
3. เคยลดขนาดหรือหยุดยาโดยไม่บอกแพทย์	25	25.8	72	74.2
4. ลืมนำยาลดความดันโลหิตไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกจากบ้าน	29	29.9	68	70.1
5. เมื่อวานคุณรับประทานยาลดความดันโลหิต	96	99.0	1	1.0
6. คุณเคยหยุดรับประทานยา เมื่อคิดว่าระดับความดันโลหิตควบคุมได้	26	26.8	71	73.2
7. คุณเคยรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา	27	27.8	70	72.2

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับข้อคำถามข้อที่ 8 เป็นการถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง ($n = 97$)

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
8. คุณเคยรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงบ่อยครั้งแค่ไหน		
ไม่เคยรู้สึก/ รู้สึกน้อยครั้ง	82	84.6
รู้สึกนาน ๆ ครั้ง	11	11.3
รู้สึกบางครั้ง	2	2.1
รู้สึกบ่อยครั้ง	1	1.0
รู้สึกเป็นประจำ	1	1.0

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยรวมมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ($M = 5.95, SD = 1.664$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับต่ำ รองลงมา มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับปานกลาง ร้อยละ 38.2 และกลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 21.6 ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์รายข้อ ดังตารางที่ 6 พบว่า มีบางครั้งที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 72.2 ลืมนำยาลดความดันโลหิตไปด้วยเมื่อต้องเดินทางหรือออกจากบ้าน ร้อยละ 29.9 เคยรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา ร้อยละ 27.8 เคยหยุดรับประทานยาเมื่อคิดว่าระดับความดันโลหิตควบคุมได้ ร้อยละ 26.8 เคยลดขนาดหรือหยุดยาโดยไม่บอกแพทย์ ร้อยละ 25.8 และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 15.5 สำหรับตารางที่ 7 คำถามข้อที่ 8 ถามถึงความรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงบ่อยครั้งแค่ไหน พบว่า ผู้ป่วยไม่เคยรู้สึก/รู้สึกน้อยครั้ง ร้อยละ 84.5 รู้สึกบางครั้ง ร้อยละ 11.3 รู้สึกบ่อยครั้ง ร้อยละ 2.1 และรู้สึกเป็นประจำ ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าว ซึ่งพบว่า ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ได้แก่ ตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality distribution) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของทุกตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน (ไม่เกิด Autocorrelation) ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) จึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Enter regression โดยนำเสนอค่าเมตริกซ์สหสัมพันธ์ และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังตารางที่ 8 และตารางที่ 9

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา กับความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 97$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1				
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.052	1			
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.148	.009	1		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	.270**	.200*	.136	1	
ความร่วมมือในการรับประทานยา	.346**	.288**	.251*	.378**	1

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

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .378, r = .346$ ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ระดับ .01 ($r = .288$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .251$)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($n = 97$)

ตัวแปร	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i> -value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.23	.09	.24	.010
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	.03	.01	.22	.014
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	.03	.01	.18	.048
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา	.07	.03	.24	.011

Intercept = -5.401, Adj $R^2 = .285$, $F_{(4, 92)} = 9.181$,
sig of $F < .001$

จากตารางที่ 9 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ($\beta = .24, p < .05$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .24, p < .05$) มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองลงมา คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta = .22, p < .05$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .18, p < .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional adherence model) (WHO, 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 97 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 97 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.6 อายุเฉลี่ย 52.12 ปี ($SD = 12.53$) มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 32.0 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.1 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.2 และมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท

ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.0 มีดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 และระดับ 3 และมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.63 ปี ($SD = 4.44$) โดยร้อยละ 66.0 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในช่วงต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดและครั้งนี้อยู่ในช่วงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยจำนวน 12 ราย ดังตารางที่ 10 (ภาคผนวกหน้า 109) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุดเฉลี่ย 140.42 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 18.52$) และมีระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 75.67 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 13.47$)

ในส่วนองระดับความดันโลหิตครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งนี้เฉลี่ย 138.17 ($SD = 16.30$) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 71.17 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 13.27$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 50.5 โดยพบโรคไขมันในเลือดสูง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.4 และกลุ่มตัวอย่างมียาที่รับประทานนอกเหนือจากยาลดความดันโลหิตร้อยละ 50.5 ซึ่งเป็นยารักษาโรคร่วม ร้อยละ 96.1 มีจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน 1-2 เม็ด ร้อยละ 63.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จัดยารับประทานเอง ร้อยละ 100.0 และให้ข้อมูลว่าดื่มรับประทานยา ร้อยละ 72.2 โดยจะรับประทานยาในมือถัดไป ร้อยละ 60.0

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.2 ($M = 5.95, SD = 1.664$) และร้อยละ 38.2 มีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 21.6 ที่มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง ($M = 12.75, SD = 1.708$) มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 49.41, SD = 10.100$) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ($M = 76.99, SD = 8.003$) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($M = 3.58, SD = 0.398$)

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ($\beta = .24, p < .05$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .24, p < .05$) มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองลงมา คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ($\beta = .22, p < .05$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .18, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อน

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.2 ($M = 5.95$, $SD = 1.664$) และมีเพียงร้อยละ 21.6 ที่มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มตัวอย่างลิ้มรับประทานยาในบางครั้ง ร้อยละ 72.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80 (ปันทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559) และการศึกษาของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) พบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.0

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.0 มีช่วงวัยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปีมากที่สุด และอาศัยอยู่ในสังคมเมืองซึ่งมีการดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างเร่งรีบและแข่งขัน โดยกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยทำงาน ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.1 เป็นวัยที่ยังมีหน้าที่และความรับผิดชอบ ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว จึงอาจลิ้มรับประทานยาในบางครั้ง อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัญทิภา เรื่องทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) และในวัยกลางคนจะมีความไม่ร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าวัยสูงอายุ (Tarantino et al., 2010) เนื่องจากวัยกลางคนเป็นวัยที่มีการดำเนินชีวิตที่ยุ่งยากกว่าวัยสูงอายุ ทำให้มีเวลาว่างหรือความสะดวกสบายน้อยกว่าวัยสูงอายุ จึงมีผลทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.6 ซึ่งมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากการทำงาน คือ การดูแลบ้านหรือดูแลบุตรหลาน จึงอาจมีโอกาสนี้จะลิ้มรับประทานยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า เพศหญิงที่มีภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ, 2560) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.1 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากระดับการศึกษาในระดับสูงจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาที่สูงขึ้น (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2560) โดยผู้ที่มิ

การศึกษาสูงจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสืบค้นข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้รับมาปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความร่วมมือในการรับประทานตำ (Karakurt & Kasikic, 2012) อาจเนื่องจากความไม่รู้ และไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำอธิบายในการรับประทานยา จึงไม่เห็นความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (สุขฤดี ชัยสงครามสกุล, 2557)

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลาต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ร้อยละ 66.0 อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ค่อยแสดงอาการ กลุ่มตัวอย่างจึงไม่เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรับประทานยา และการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งยังไม่มีอาการแสดงที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงขาดความตระหนักในการรับประทานยาซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้ สอดคล้องกับสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งได้ระบุถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ โดยพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้สร้างความเข้าใจถึงผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อมูลต่างๆ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาแต่ยังคงความดันโลหิตไม่ได้ อาจมีปัจจัยเสริมต่างๆ เช่น ปัญหาจากการเดินทาง ระยะเวลาการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา และบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอ และผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิรณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการแสดงของโรคจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burnier and Egan (2019) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง จะขาดความตระหนักในการรับประทานยาจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 28.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งหมายถึง หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาสูงจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ที่กล่าวว่า ความร่วมมือเป็นปรากฏการณ์หลายมิติ โดยแต่ละมิติจะมีอิทธิพลร่วมกัน และส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยความร่วมมือจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ของบุคคล (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและระบบการดูแลสุขภาพ (สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง) แรงจูงใจหรือความเชื่อมั่นของบุคคล (การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา) ซึ่งทำให้เกิดความร่วมมือและผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (WHO, 2003) อภิปรายได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .24, p < .05$) ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อทำการตัดสินใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อาจส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการใช้ยา ความสามารถในการจดจำ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์จะลดลง ซึ่งส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ ดังนั้น บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558)

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 12.75 ($SD = 1.708$) จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับบริการต่อเนื่องเป็นประจำทุก 1-2 เดือน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

($r = .27, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wannasirikul et al. (2016) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = .52, p < .05$) และการศึกษาของ Arindari et al. (2015) พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น สามารถกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการอ่าน เขียน และการตีความ จึงสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ และสื่อต่าง ๆ จึงเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคความดันโลหิตสูง จึงตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาในการดูแลตนเอง โดยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ (ปวีตรา ทองมา, 2563)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .22, p < .05$) ซึ่งหมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จะเป็นส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา โดยสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้อยตาม และเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 49.41 ($SD = 10.100$) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ค่อนข้างดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องมารับบริการอย่างต่อเนื่อง และทุกครั้งที่มารับการรักษาก็จะได้รับคำแนะนำหรือสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เฉพาะโรคจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นนโยบายของโรงพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในคำแนะนำที่ได้รับว่าเป็นประโยชน์ (Prinprapapan ,Panuthai, Vannari, & Srisupan, 2013) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจกับบุคลากรทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็มีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้น จึงเกิดเป็นสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้อง

กับการศึกษาของ วิภากรณ์ วัชรตระกูล และคณะ (2560) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ($r = .20, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทักษิภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอเนื่องในการรับประทานยา ($r = .23, p < .05$) และการศึกษาของ Abel and Efird (2013) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความไว้วางใจเป็นหนึ่งในพื้นฐานของการนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาโรคความดันโลหิตตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น สามารถกล่าวได้ว่า สัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคล้อยตาม และนำไปสู่ความเชื่อมั่นความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .18, p < .05$) ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากความคาดหวัง และประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายจากโรคที่ตนเองเป็น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองโดยการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ถ้าบุคคลเกิดการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ครอบคลุมเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 76.99 ($SD = 8.003$) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่ค่อนข้างสูง สะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยทุกราย และทุกครั้งที่มารับการตรวจรักษา ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมารับยาหรือมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และรู้ว่าหากไม่รับประทานยาตามคำแนะนำโรคที่เป็นอยู่จะมีภาวะรุนแรงขึ้น อันนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร รุ่งสว่าง (2560) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบไปด้วยการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ($r = .27, r = .25, r = .34, r = -.44, p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ดังตารางที่ 11 (ภาคผนวกหน้า 110) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงรวมถึงการรับรู้ประโยชน์อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง และมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับกลาง แต่กลับพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากถึงแม้จะได้รับความรู้และคำแนะนำแต่กลุ่มตัวอย่างยังขาดความตระหนักในการรับประทานยาตามแผนการรักษาจึงอาจเป็นผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ และอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ โดยการรับรู้จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tan, Hassali, Neoh, and Saleem (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และการศึกษาของ สุมาลี วัจนกร และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น สามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยเลือกวิถีปฏิบัติที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมีการเปรียบเทียบผลดี ผลเสีย และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2561) ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ($\beta = .24, p < .05$) ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาในระดับสูง จะมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับดี จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่นของบุคคล โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อมั่นนั้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา

ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาเท่ากับ 46.60 ($SD = 5.177$) จากคะแนนเต็ม 52 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่ค่อนข้างสูง สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงซึ่งสามารถ

ทำนายความร่วมมือในการรับประทุษยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธธา ประกอบชัย และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทุษยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .55, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทุษยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .38, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทุษยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($r = .38, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทุษยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ($\beta = .35, p < .01$) และการศึกษาของ Shen, Shi, Dong, and Zhong (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทุษยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ($r = .60, p < .001$)

ดังนั้น สามารถกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในตนเองจะสามารถกำหนดเป้าหมายซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมให้ได้ตามผลลัพธ์ที่ได้ตั้งใจไว้ ถึงแม้จะมีอุปสรรคใด ๆ แต่บุคคลก็ยังเชื่อมั่นว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และหาวิถีทางที่จะเอาชนะต่ออุปสรรคนั้นเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ คือ เป้าหมายของการรักษา การควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต ซึ่งความมั่นใจหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทุษยา จะนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทุษยาได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา (ศรีธธา ประกอบชัย และคณะ, 2557)

กล่าวโดยสรุป ผลจากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทุษยาสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทุษยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 28.5 ดังนั้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ หรือในระดับสูง และนำข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ หรือการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์ และตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง รวมถึงการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทุษยาได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 40.2 ยังมีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ จึงควรค้นหาแนวทางการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ควรมีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เพื่อประเมินถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และค้นหาสาเหตุที่ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาค่า

2. จัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมุ่งเน้นส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย สร้างความตระหนักเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

3. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และอยู่ในสังคมเมือง ซึ่งมีการดำเนินชีวิตที่ค่อนข้างวุ่นวายและเร่งรีบ จึงอาจส่งผลให้ลืมรับประทานยาในบางครั้ง ดังนั้น การป้องกันการลืมรับประทานยาจึงสำคัญ ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยควรพกยาไปด้วยเมื่อไปทำงาน หรือควรแบ่งยาบางส่วนไว้ที่ทำงาน และเก็บไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ในเวลาที่ผู้ป่วยจะรับประทานยา หรือใช้วิธีเตือนการรับประทานยาผ่านโทรศัพท์ของผู้ป่วยโดยตั้งนาฬิกาปลุกในโทรศัพท์เมื่อถึงเวลารับประทานยา

4. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังไม่สามารถคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะอ้วน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งพบว่าการลดน้ำหนักสามารถลดความดันซิสโตลิกได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อการลดลงของน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม และในผู้ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วยจำเป็นต้องเฝ้าระวัง และติดตามอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก โดยแนะนำให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้เพียงร้อยละ 28.5 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ตามแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ ด้านอื่น ๆ เช่น มิติด้านอาการเจ็บป่วย และมิติด้านการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

2. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัด กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ทั้งหมด ดังนั้นควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในเขตพื้นที่อื่น หรือสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีบริบทต่างกัน เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา หรือไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

บรรณานุกรม

- กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา ศรีมณีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่อง สม่่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 28(3), 130-142.
- ข้อมูลกลางสารสนเทศ สังกัดกรมการแพทย์. (2564). *ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปีงบประมาณ 2564*. เข้าถึงได้จาก https://medinfo.dms.go.th/dms/categories.php?kpi_year=2564
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2558). *การสำรวจความรู้แจ้งทางด้านสุขภาพ Health Literacy ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์. (2559). *ผลของ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐยา ชาวเมือง. (2562). *เภสัชบำบัดในโรคความดันโลหิตสูงและอัปเดตแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน (Pharmacotherapy of hypertension and updated current hypertension guidelines)*. เข้าถึงได้จาก https://www.ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=749
- ทัศนิกา เรืองทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ และนัตรณก ทุมวิภาต. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เรือรัง. *วารสารแพทยนาวิ*, 3(44), 51-63.
- นงลักษณ์ อิงคมณี. (2554). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยาทิพย์ แสนแดง และชัชจิตร โพธิศัพท์สุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 33-40.

- นิพพาน์ สินทรัพย์, จินวัตร จันครา และบุปผา ใจมั่น. (2560). โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ: เพศชายและหญิงที่ควรตระหนัก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 100-109.
- นฤมล ไชว์สูงเนิน. (2560). การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(1), 9-16.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์*, 7(1), 23-39.
- ปกรณ์ โฉ่เลขา. (2554). *ความดันโลหิตสูง*. เข้าถึงได้จาก https://www.kantangtai.go.th/news/doc_download/a_091014_150519.pdf
- ปิ่นทอง ฝรั่งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และนัฏรณก ตุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสวส ราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(1), 50-62.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พีระ บุรณกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ (Essential Hypertension)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- มงคล การุณงามพรรณ และสุดารัตน์ สุวาริ. (2559). เสริมสร้างพลังอำนาจในตน ลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง : บทบาทของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 22-233.
- วิชัย เอกพลากกร. (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิทยา ศรีมาดา. (2541). *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภากรณ์ วิงวรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป และกนกพร หมู่พยัคฆ์. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 131-139.

- ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และพีระ บวรณกิจเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล*, 32(4), 44-51.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 6-23.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*. เข้าถึงได้จาก https://www.hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). *ความดันโลหิต วัดก่อน รู้ก่อน ป้องกันได้*. เข้าถึงได้จาก <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/962020191223152713.pdf>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ทรिक ชิงค์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด
- สรัลรัตน์ สโคอยู่, ณัฐนิชา จิรปรีชา, เจริญ ตรีศักดิ์ และพนารัตน์ แสงแจ่ม. (2557). การศึกษา ปัญหา ยาเหลือใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านการเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร. *เสวนาสารเภสัชกรรมและบริการสุขภาพ*, 1(1), 1-7.
- สุขฤดี รัชศฤงการสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอ ปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(1), 116-127.
- สุพัตรา บัวทิ. (2555). การพยาบาลกับการสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(1), 49-61.
- สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 543-546.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 45-46.

- อัญชลี ชูติธร. (2556). พฤติกรรมการเกาะติดยาของกลุ่มผู้ใช้บริการโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย*, 6(2), 27-32.
- อภิวัฒน์ อัครพัฒนานุกุล, ภูมิ ชมภูศรี, และจิตรลดา อุทัยพิบูลย์. (2562). พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 6(2), 1- 10.
- อรวรรณ นามมนตรี. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). *วารสารทันตภิบาล*, 29(1), 123-124.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2557). *สถิติในการวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม*. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์.
- อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอ ผลการวิจัยระดับชาติและนานาชาติกลุ่มระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์*, 1(6), 635-649.
- อารยา วัชรพันธ์ และจันทิมา ช่วยชม. (2563). การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรค ลมชัก. *วารสารมหจุฬานาครทรรศน์*, 7(3), 1-12.
- อำภรพรรณ ชำมสาม. (2558). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มี ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอกชัย ชัยยาทา. (2560). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทาน ยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัด ลำพูน*. วิทยานิพนธ์สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริม สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Abel, W. M., & Eford, J. T. (2013). The association between trust in health care providers and medication adherence among black women with hypertension. *Frontiers in Public Health*, 10(1), 1-6.
- Agbor, V. N., Takah, N. F., & Aminde, L. N. (2017). Prevalence and factors associated with medication adherence among patients with hypertension in sub-Saharan Africa: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journals Open*, 8(3), 1-6.
- Alberti, K. G. M., Zimmet, P., & Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome- a new worldwide definition. *The Lancet*, 366(9491), 1059-1061.

- American Heart Association [AHA]. (2013). *High blood pressure*. Retrieved from https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_319587.pdf
- Arindari, D. R., Jerayingmongkol, P., & Sanguanprasit, B. (2015). Factors related to medication adherence among hypertensive patients in Muara Enim, Indonesia. *Anpor Annual Conference*, 12(1), 3-7.
- Asgedom, S. W., Atey, T. M., & Desse, T. A. (2018). Antihypertensive medication adherence and associated factors among adult hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *Biomed Central Research Notes*, 11(1), 1-8
- Boratas, S., & Kilic, H. F. (2018). Evaluation of medication adherence in hypertensive patients and influential factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(4), 959-963.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140.
- Charles, L., Triscott, J., & Dobbs, B. (2017). Secondary hypertension: Discovering the underlying cause. *American Family Physician*, 96(7), 453-461.
- Chipidza, F. E., Wallwork, R. S., & Stern, T. A. (2015). Impact of the doctor-patient relationship. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 17(5), doi: 10.4088/PCC15f01840
- Dzau, V. J., & Balatbat, C. A. (2019). Future of hypertension: The need for transformation. *Journal of the American Heart Association*, 74(3), 450-457.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge university press.
- Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., Chalmes, J., Rodgers, A., & Rahimi, K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(5), 957-958.
- Guerra, A. F., Rodriguez-Lopez, L., Vargas-Ayala, G., Huerta-Ramirez, S., Serna, D. C., & Lozano-Nuevo, J. J. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, 18(1), 10-12.

- Hawthorne, A. B., Rubin, G., & Ghosh, S. (2008). Review article: medication non-adherence in ulcerative colitis-strategies to improve adherence with mesalazine and other maintenance therapies. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 27(12), 1157-1166.
- Huang, Y. M., Shiyabola, O. O., & Smith, P. D. (2018). Association of health literacy and medication self-efficacy with medication adherence and diabetes control. *Patient Preference and Adherence*, 12(1), 793-799.
- Hupcey, E. J., & Miller, J. (2006). Community dwelling adult perception trust vs. trust in health care provider. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1134-1139.
- Ibekwe, R. U. (2015). Modifiable risk factors of hypertension and socio demographic profile in Oghara, Delta state; prevalence and correlates. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 5(1), 71-77.
- Karakurt, P., & Kasikçi, M. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of Vascular nursing*, 30(4), 118-126.
- Kim, H. J., Yoon, S. J., Oh, I. H., Lim, J. H., & Kim, Y. (2016). Medication adherence and the occurrence of complications in patients with newly diagnosed hypertension. *Korean Circulation Journal*, 46(3), 384-393.
- Kimani, S., Mirie, W., Chege, M., Okube, O. T., & Muniu, S. (2019). Association of lifestyle modification and pharmacological adherence on blood pressure control among patients with hypertension at Kenyatta National Hospital, Kenya: A cross-sectional study. *British Medical Journal*, 9(1), 1-2.
- Kokubo, Y. (2014). Prevention of hypertension and cardiovascular diseases: A comparison of lifestyle factors in Westerners and East Asians. *Hypertension*, 63(4), 655-660.
- Mahmoudian, A., Zamani, A., Tavakoli, N., Farajzadegan, Z., & Fathollahi-Dehkordi, F. (2017). Medication adherence in patients with hypertension: Does satisfaction with doctor-patient relationship work?. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 10(1), 1-4.
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J. E., Kearney, P. M., Reynolds, K., Chen, J., & He, J. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: A systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 134(6), 441-450.

- Murray, B., & Mccrone, S. (2015). An integrative review of promoting trust in the patient–primary care provider relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 3-19.
- Nutbeam, D. (2009). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 72-78.
- Noumani, H., Wu, J. R., Barksdale, D., Knafl, G., AlKhasawneh, E., & Sherwood, G. (2018). Health beliefs and medication adherence in Omanis with hypertension. *The Journal of cardiovascular nursing*, 33(6), 518-519.
- Ogedegbe, G., Mancuso, C. A., Allegrante, J. P., & Charlson, M. E. (2003). Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(6), 520-529.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Park, S. (2019). Ideal target blood pressure in hypertension. *Korean Circulation Journal*, 49(11), 1002-1009.
- Phan, O., Burnier, M., & Wuerzner, G. (2014). Hypertension in chronic kidney disease–role of arterial calcification and impact on treatment. *European Cardiology Review*, 9(2), 115.
- Prinprapapan, E., Panuthai, S., Vannari, T., & Srisupan, W. (2013). Casual model of adherence to therapeutic regimens among Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(3), 268-281.
- Raji, Y. R., Abiona, T., & Gureje, O. (2017). Awareness of hypertension and its impact on blood pressure control among elderly Nigerians: Report from the Ibadan study of aging. *Pan African Medical Journal*, 27(3), 1-5.
- Ripley, T. L., Anna B., & Pharm. D. (2018). Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, 12(6), 120-130.
- Saleema, L., Panpakdee, O., Arpanantikul, M., & Chai-Aroon, T. (2016). The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 5-17.
- Shen, Z., Shi, S., Ding, S., & Zhong, Z. (2020). Mediating effect of self-efficacy on the relationship between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in Pharmacology*, 11(1), 1-10.

- Shi, S., Shen, Z., Duan, Y., Ding, S., & Zhong, Z. (2019). Association between medication literacy and medication adherence among patients with hypertension. *Frontiers in Pharmacology, 10*(7), 6-7.
- Singh, S., Shankar, R., & Singh, G. P. (2017). Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban Varanasi. *International Journal of Hypertension, 2017*(15), 1-10.
- Tarantino, V., Cappellari, G., Cardaioli, C., Rumiati, R., Savadori, L., Barilli, E., & Bisiacchi, P. S. (2010). Sociocognitive factors associated with nonadherence to medication after hospital discharge. *Behavioral Medicine, 36*(3), 100-107.
- Vrijens, B., Antoniou, S., Burnier, M., Sierra, A., & Volpe, M. (2017). Current situation of medication adherence in hypertension. *Frontiers in Pharmacology, 8*(100), 1-8.
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S., & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 47*(1), 109-117.
- World Health Organization [WHO]. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=88D3E171F7B6C70033DBDFCD6ED9A4A3?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Complication prevention for patients with hypertension*. Retrieved from <https://www.iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13561/9789290618034-hyp-mod7-eng.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Wu, C. Y., Hu, H. Y., Chou, Y. J., Huang, N., Chou, Y. C., & Li, C. P. (2015). High blood pressure and all-cause and cardiovascular disease mortalities in community-dwelling older adults. *Medicine, 94*(47), 1-10.

Zhang, Y., Li, X., Mao, L., Zhang, M., Li, K., Zheng, Y., & Jing, M. (2018). Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: Evidence from Xinjiang, China. *Dove Medical Press*, 12, 803-804





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย
เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สงครามปราสาท ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วยนางสาววราภรณ์ จิตอุทัย รหัสประจำตัว ๖๓๙๑๐๑๓๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ผลงานของนางสาวอำภรพรรณ ชำมสาม คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ พ.ศ.๒๕๕๘ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิระพร ศุทธากรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตรายชื่อดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัย
ในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๕๔๗๐-๗๘๕๐ หรือที่ E-mail:
wararom_nurse@outlook.co.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแผนกอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๓๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๘๓๗/๒๐๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๔ ถ.ลพท.บางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วยนางสาววารมย์ จิตอุทัย รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๓๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรติ มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดลำพูน ผลงานของ นายเอกชัย ชัยยथा คณะสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ.๒๕๖๐ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สภัตรา หนู่มคำ เป็นอาจารย์ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๕๕๗๐-๗๘๕๐ หรือที่ E-mail: wararom_nurse@outlook.co.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๑๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๑๐๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน พ.ศ.ท.หญิง ดร.สุชดดี อัครคุณากรสกุล

ด้วยนางสาววารามย์ จิตอุทัย รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๕ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์
ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือใน
การรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี
จังหวัดนครนายก ตีพิมพ์วารสารพยาบาลตำรวจ, ๖(๑), ๑๓๕ - ๑๒๘ พ.ศ. ๒๕๕๗

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัย
ในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๕๔๗๐-๗๘๕๐ หรือที่ E-mail:
wararom_nurse@outlook.co.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ ขว ๘๑๓๗/๑๐๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยนางสาววราภรณ์ จิตอุทัย รหัสประจำตัว ๖๑๙๓๐๑๑๙ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเข้าโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมรดี มาสิงบุญ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ

๑. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ผลงานของ นางนงลักษณ์ อิงคณิ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.๒๕๕๔ โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

๒. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยการท้าทายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ผลงานของนางสาววิภาภรณ์ วิงวระระกุล คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.๒๕๕๗ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๕๕๗๐-๙๘๕๐ หรือที่ E-mail:

wararom_nurse@outlook.co.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นงจี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๖๑๐ ๐๐๐ ต่อ ๙๐๗, ๙๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๓(๒๕)/ ๑๖๗๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ ที่ อว ๘๑๓๓/๓๐๓ ลงวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๓

ตามที่ นางสาวรารมย์ จิตอุทัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน" มีความประสงค์จะขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวอำภรพรรณ ชำมสาม ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ โสภางค์)
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน คณบดี

- ๑. เพื่อโปรดทราบ
 - ๒. เพื่ินำความอน... ๒๕๖๓
- ดำเนินการ

งานบริการการศึกษา
โทร. ๐-๕๓๓๔-๒๕๐๘
โทรสาร. ๐-๕๓๓๔-๒๕๓๕

๓๒๖๓๕

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓

๒๕๖๓



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม งานมาตรฐานและจริยธรรมในงานวิจัย โทร. ๒๖๒๐
 ที่ อว ๘๑๐๐/๐๙๒๕๖๑ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓
 เรื่อง ขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามที่นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาในหน่วยงานของท่าน ได้ยื่นเอกสารคำร้องเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) รหัสโครงการวิจัย G-HS 063/2563 โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมี นางสาววรารมย์ จิตอุทัย เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย นั้น

บัดนี้ โครงการวิจัยดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม ในฐานะผู้ประสานงาน จึงขอส่งเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๑ ฉบับ (หมายเลขใบรับรองที่ ๐๕๑/๒๕๖๓) มายังท่านเพื่อแจ้งนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดแจ้งให้นิสิตระดับบัณฑิตศึกษาทราบ จะขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหิต แจ่งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

หมายเหตุ : ทั้งนี้ ได้ส่งไฟล์สำเนาเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไปยัง e-mail ของนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาที่มีรายชื่อข้างต้น เรียบร้อยแล้ว



คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ใบรับรองโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย
โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ชื่อโครงการ(ไทย) : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ชื่อโครงการ(อังกฤษ) : FACTORS INFLUENCING MEDICATION ADHERENCE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT COMPLICATIONS

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาววราภรณ์ จิตอุทัย

เลขที่ใบรับรอง : 1/2564 รหัสโครงการวิจัย : 64-2-001-0

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประเภทโครงการวิจัย โครงการวิจัยภายใน โครงการวิจัยภายนอก

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย :

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัย เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว
ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 2) วิธีการวิจัยที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัย
- 3) การดำเนินงานวิจัยเหมาะสม ไม่ก่อความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย

ออกให้ ณ วันที่ ๕1 ธันวาคม 2563

หมดอายุวันที่ ๕0 ธันวาคม 2564

เอกสารนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่าโครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบและมีมติจากคณะกรรมการวิจัย
และจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลพรัตนราชธานี ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลพรัตนราชธานีได้
ตามเงื่อนไขและแนวทางที่เจ้าของโครงการเสนอมา

ลงนาม..... 

(นายศุภวุฒิ พฤตวิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย

หมายเหตุ : ใบรับรองนี้เป็นใบรับรองที่จัดทำขึ้นชั่วคราวเท่านั้น กลุ่มงานวิจัยจะดำเนินการออกเอกสารใบรับรองฉบับจริงเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติตามเงื่อนไขของกฎหมาย ราชบัณฑิตยสถานหรือ
แนวทางการศึกษาวิจัยต่อไป



บันทึกข้อความ

สง.รอกฯ พรส.
รับที่ 2739
วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๓
เวลา 10.10 น.

สำนักงานผู้อำนวยการ
รับที่ ๖๖๕๖๓
วันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๓
เวลา ๖.๕๐ น.
กลุ่มวิชาการ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี โทร.๒๖๖๑
ที่ สธ.๐๓๐๖.๒๘/๕๕๖ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓
เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการวิจัยในโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี (ผ่านรองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ)

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ส่งโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติตั้งจริยธรรมการวิจัย และขออนุมัติดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี รายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน" โดย นางสาววราภรณ์ จิตอุทัย นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรม เลขที่ใบรับรอง ๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการโครงการวิจัยในโรงพยาบาลด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายศุภวุฒิ พงศ์พิรนนท์)
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

เห็นสมควรอนุมัติ

(นางเจียมรัตน์ สลาสินธุ์)
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๓

บันทึก ส่ง รอก. ด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
ห้องโถง อาคาร ๑ ชั้น ๕๖ ชั้น ๕ แก้ววิชัย
ห้อง-ขอรับแจ้ง แจ้ง รอก. OPD. อาคาร ๑ ชั้น ๕๖ ชั้น ๕ แก้ววิชัย
แจ้ง รอก. เพื่อ รอก. แจ้ง รอก. ชั้น ๕ แก้ววิชัย
x
(นายศุภวุฒิ พงศ์พิรนนท์)
หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี
22 ธ.ค. 63

(นายสมบุญ ทศพร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี
๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๓



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง บึงจ้อยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 063/2563

ชื่อผู้วิจัย นางสาววราภรณ์ จิตอุทัย

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาววราภรณ์ จิตอุทัย พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยเรื่อง บึงจ้อยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาและบึงจ้อยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความรอบรู้ทางสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งคนในการรับประทานยา ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จังหวัดกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติในเบื้องต้นที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ จึงได้รับการติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวិธีการศึกษา และเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัย เพื่อเป็นข้อมูลให้ท่านตัดสินใจว่ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ท่านต้องลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งคนในการรับประทานยา และ

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที ในระหว่าง
 ตอนแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้
 ตามที่ท่านต้องการ ในการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาของท่าน และ
 หากเกิดการคิดปดทริระหว่างการตอบแบบสอบถาม เช่น มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้/
 อาเจียน เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย หรือท่านรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะให้ท่านยุติการตอบแบบสอบถาม
 ทันทีและให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายของท่านในเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงาน
 กับพยาบาลประจำแผนกในขณะนั้นทันทีเพื่อให้ท่านได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล
 การศึกษาครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำผลการศึกษาไปใช้เฉพาะในทางวิชาการและ
 นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อของท่าน โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน
 แต่อย่างใด ข้อมูลและเอกสารจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์
 เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปี

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บ
 รวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ที่ นางสาวรรมย์
 จิตอุทัย หมายเลข โทรศัพท์ 0954707850 หรือ e-mail address: wararom_nurse@outlook.co.th
 ได้ตลอดเวลา หรือติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมรดี มาสิงบุญ
 e-mail address: Khemarad@hotmail.com

เมื่อท่านได้พิจารณาเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดง
 ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้เข้าร่วมการ
 วิจัยในครั้งนี้ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
 สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหาร
 การวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62

นางสาวรรมย์ จิตอุทัย
 ผู้วิจัย



เอกสารแสดงความยินยอม

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย และวิธีการศึกษาอย่างละเอียดจนข้าพเจ้ามีความเข้าใจเป็นอย่างดี และผู้วิจัยรับรองว่าจะ
ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยในงานวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังข้อมูลใดๆ จนข้าพเจ้า
พอใจ และข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยเป็นภาพรวมในการสรุปผล
การศึกษาเท่านั้น

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่าน/ฟังข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อใน
เอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนามผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวรารมย์ จิตอุทัย)



หัวข้อเรื่อง

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน**

โดย นางสาววรรณิ์ จิตสุโข

นิติคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการ

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง เทื่ออ่อนบวม แน่นหน้าอก
- มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ระดับความรู้สึกลดต่ำดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้
- สามารถสื่อสาร พูด ฟัง อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย



BU-TRB Approved
16 ก.ย. 2563

ผลของการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

*****หากท่านสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามได้ที่*****

พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้บันทึกข้อมูล)

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ใน () และเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. อาชีพ () รับราชการ () รับจ้างทั่วไป
() พนักงานบริษัท () เกษตรกร
() พนักงานวิสาหกิจ () ค้าขาย
() อื่น ๆ
4. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () อนุปริญญา ปวช./ ปวส.
() ปริญญาตรี () ปริญญาโท
() อื่น ๆ
6. สิทธิการรักษาพยาบาล () สิทธิข้าราชการ () ข้าราชการบำนาญ
() ประกันสังคม () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
() อื่น ๆ
7. รายได้ต่อเดือน/ต่อครอบครัว
() ไม่มีรายได้ () น้อยกว่า 5,000 บาท
() 5,001-10,000 บาท () 10,001-15,000 บาท
() 15,001-20,000 บาท () 20,001-25,000 บาท
() 25,001-30,000 บาท () มากกว่า 30,000 บาท

8. การสูบบุหรี่ ไม่เคยสูบเลย

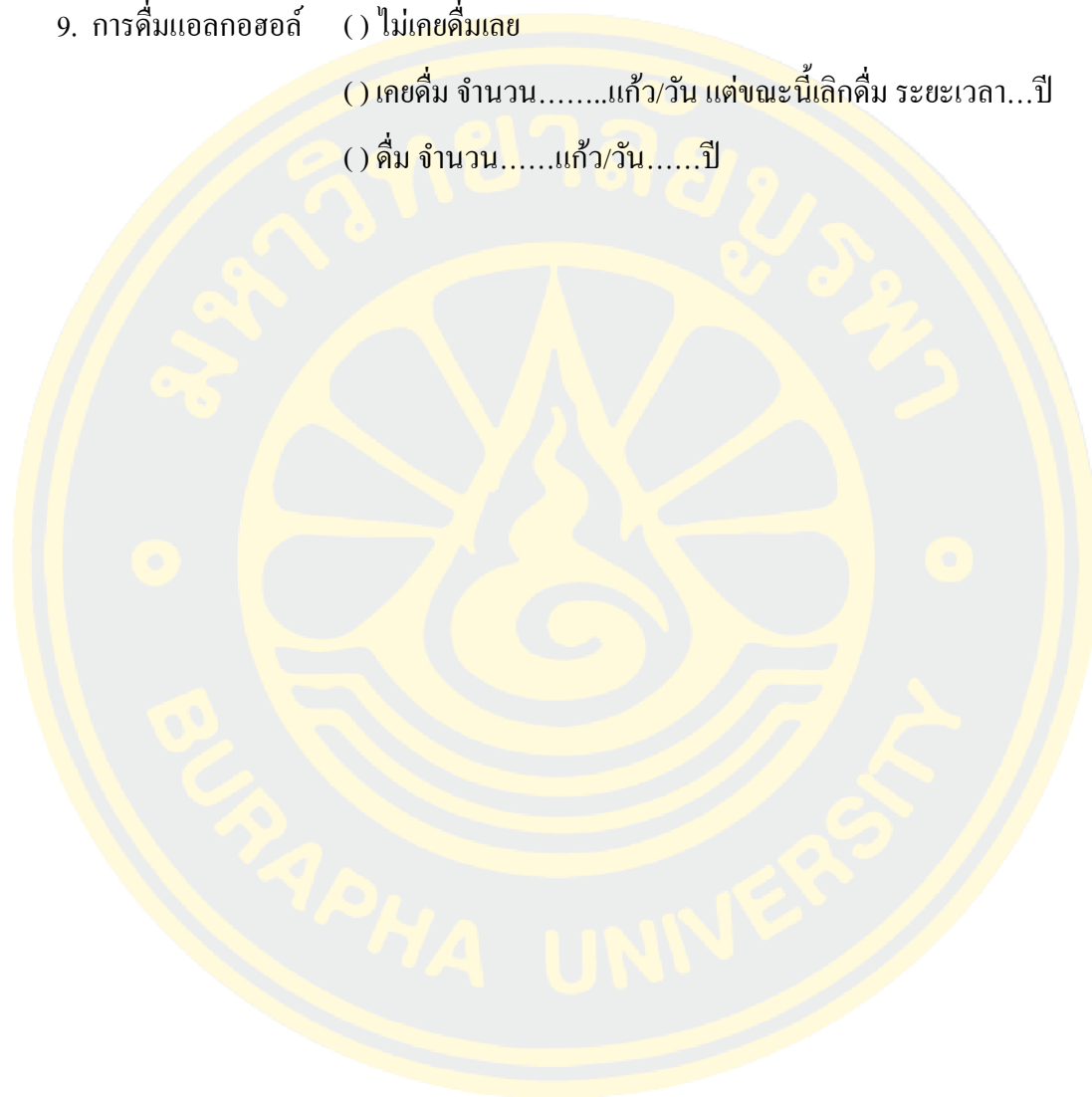
เคยสูบ จำนวน.....มวน/วัน แต่ขณะนี้เลิกสูบ ระยะเวลา.....ปี

สูบ จำนวน.....มวน/วัน.....ปี

9. การดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่มเลย

เคยดื่ม จำนวน.....แก้ว/วัน แต่ขณะนี้เลิกดื่ม ระยะเวลา...ปี

ดื่ม จำนวน.....แก้ว/วัน.....ปี



1.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล)

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน () และเติมข้อความในช่องว่าง

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
2. ระยะเวลาที่ทราบได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี.....เดือน
3. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด.....มิลลิเมตรปรอท (วันที่.....เดือน.....ปี.....)
4. ระดับความดันโลหิตครั้งนี้.....มิลลิเมตรปรอท
5. มีภาวะโรคร่วม เบาหวาน ไขมันในเลือด โรคหัวใจ โรคไต
 อื่น ๆ โปรดระบุ.....
 ไม่มีโรคร่วม
6. ชนิดของยาลดความดันโลหิตสูงที่รับประทานยา
 กลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEIs)
 กลุ่ม Angiotensin receptor blocker (ARBs)
 กลุ่ม Beta- blocker
 กลุ่ม Calcium – channel blocker (CCBs)
 กลุ่ม Diuretics
7. ยาอื่น ๆ ที่รับประทาน นอกเหนือจากลดความดันโลหิต
 ไม่มี มี
 ยารักษาโรคร่วม โปรดระบุ.....
 ยาสมุนไพร
 วิตามิน
 อาหารเสริม
 ยาอื่น ๆ โปรดระบุ.....

8. จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน/มี.....

9. การจัดยารับประทาน

- จัดเอง ถูกหลานหรือญาติ

10. ยาที่ท่านรับประทานในปัจจุบัน ท่านมีการลืมรับประทานยาหรือไม่

- ลืม ไม่ลืม

ถ้าลืมท่านทำอย่างไร.....

11. มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต

- เวียนศีรษะ หน้ามืด
 ใจสั่น
 ไอแห้ง ๆ
 อ่อนแรง
 ปัสสาวะบ่อย
 ไม่มีผลข้างเคียงจากการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ผู้ที่ต้องการควบคุมความดันโลหิตสูง ควรทำสิ่งใดเกี่ยวกับการรับประทานยา
 1. ก่อนวันไปตรวจตามนัด กินยาเพิ่มทุกชนิดอย่างละ 1 เม็ด
 2. ซื้อยาบำรุง ยาสมุนไพรมารับประทานเพิ่ม และไปตรวจตามนัด
 3. ถ้าอาการดี สามารถหยุดกินยาได้ แต่ควรไปตรวจตามนัด
 4. กินยาหรือใช้ยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง และไปตรวจตามนัด

2. ถ้าแพทย์ระบุให้ท่านกินยวันละ 2 ครั้ง เช้า - เย็น เมื่อลืมกินยามื้อเช้า ท่านควรจะทำอย่างไร
 1. กินยาทันทีเมื่อนึกขึ้นได้
 2. กินยาในมือเย็นตามปกติ
 3. รวบยา 2 มื้อมากินในมือเย็นตามปกติ
 4. กินยามื้อเช้าในตอนเย็น โดยดกินยามื้อเย็น

15. จากข้อมูลลากบนซองยาด้านล่างนี้ แนะนำให้กินยวันละกี่เม็ด

HN 174118 / 48	[74]20-05-2017[D004]
6/7	
AMLODIPINE 5 MG TAB	110TAB
รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	
วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า	
ชื่อสามัญ แอมโลดิปีน 5 มก.	ED
ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	

- 1. 1 เม็ด
- 2. 2 เม็ด
- 3. 5 เม็ด
- 4. 6 เม็ด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นสะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่สะท้อนความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
1. แพทย์ เกศัชกร พยายามพูดคุยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร					
2. แพทย์ เกศัชกร พยายามทำให้ท่านมีความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูง					
3. แพทย์ เกศัชกร พยายามเปิดโอกาสให้ท่านซักถามเกี่ยวกับการรับประทานยา					
4.....					
5.....					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.....					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

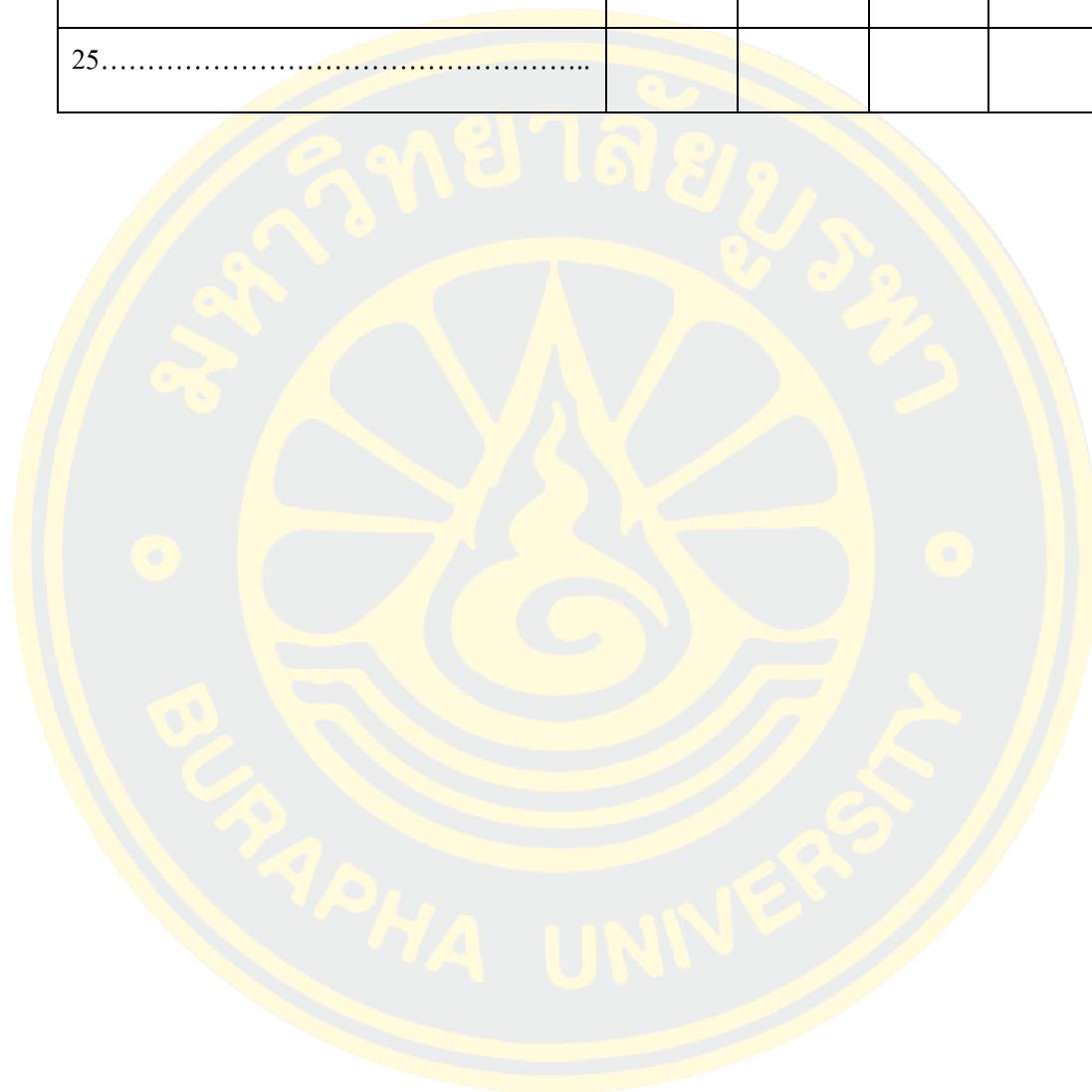
คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง				
1. มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น หากรับประทาน ยาไม่ต่อเนื่อง				
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายทำให้ เสียชีวิตได้				
3. โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สามารถ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				
8.....				
9.....				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง				
10. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้อาการปวดศีรษะและปวดท้ายทอยลดลง				
11. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ใน ระดับปกติ				
12. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันการเกิดอัมพาต				
13.....				
14.....				
15.....				
16.....				
17.....				
การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา				
18. การทำงานทำให้ท่านไม่สามารถ รับประทานยาความดันโลหิตได้ตรงตามเวลา				
19. เมื่อยาของท่านหมดก่อนวัน ท่านไม่ สามารถมารับยาได้				
20. การรับประทานยารักษาโรคความดัน โลหิตสูง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
21.....				
22.....				
23.....				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
24.....				
25.....				



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องขวามือ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียง

คำตอบเดียว และมีเกณฑ์ในการเลือกตอบ ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด
มั่นใจบางครั้ง	หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจกับข้อความนั้นเล็กน้อย
ไม่มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	สถานการณ์	ไม่ มั่นใจ	มั่นใจ เล็กน้อย	มั่นใจ บางครั้ง	มั่นใจ มากที่สุด
1	ฉันมีความมั่นใจว่าฉันจะสามารถ รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง..... เมื่อฉันอยู่บ้านแล้วมีงานยุ่ง				
2	เมื่อไม่มีใครคอยเตือนฉัน				
3	เมื่อฉันรู้สึกกังวลที่จะต้องทานยาเหล่านั้นไป ตลอดชีวิต				
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	.....			
8	.....			
9	.....			
10	.....			
11	.....			
12	.....			
13	.....			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการกินยา

คำชี้แจง : โปรดใส่ ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยให้ตอบเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เหตุการณ์	ใช่	ไม่ใช่
1. มีบางครั้งที่คุณลืมกินยาลดความดันโลหิต		
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันที่ไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิต		
3. เคยลดขนาด หรือหยุดยาโดยไม่ได้บอกแพทย์		
4.....		
5.....		
6.....		
7.....		

8. คุณรู้สึกยุ่งยากใจในการที่จะต้องจดจำวิธีรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดบ่อยครั้งแค่ไหน

- () ไม่เคยรู้สึก/รู้สึกน้อยครั้ง
- () รู้สึกนาน ๆ ครั้ง
- () รู้สึกบางครั้ง
- () รู้สึกบ่อยครั้ง
- () รู้สึกเป็นประจำ



ภาคผนวก ค
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Multiple regression

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 97 ราย

1. การตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูล (Outlier)

การตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลพิจารณาได้จากค่า Cook's distance ซึ่งใช้วัดความเปลี่ยนแปลงของค่าความคลาดเคลื่อน โดยจะพิจารณาค่า Cook's distance ของชุดข้อมูล ถ้ามีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าข้อมูลชุดนั้นมีค่าผิดปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

จากการตรวจสอบความผิดปกติของข้อมูลด้วยค่า Cook's distance พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0 –.23172 จึงสามารถสรุปได้ว่า ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์นั้นไม่มีค่าผิดปกติ (Outlier)

Case Summaries			
Cook's Distance			
N	Minimum	Maximum	Range
97	.00000	.23172	.23172

2. ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

สำหรับการทดสอบการแจกแจงปกติของความคลาดเคลื่อนนั้น ผู้วิจัยใช้การทดสอบด้วยวิธี Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient ดังนี้

Fisher skewness coefficient = Skewness / Standard error of skewness

Fisher kurtosis coefficient = Kurtosis / Standard of kurtosis

Statistics

Standardized Residual

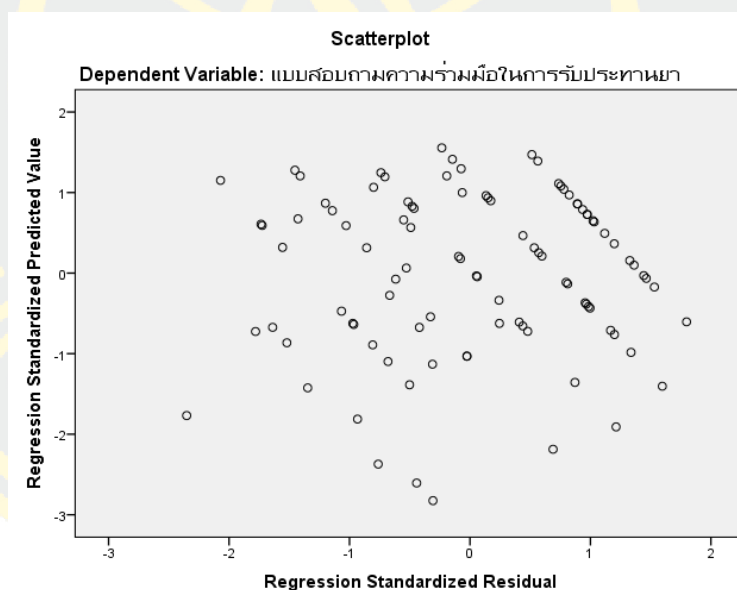
N	Valid	97
	Missing	0
Skewness		-.268
Std. Error of Skewness		.245
Kurtosis		-.832
Std. Error of Kurtosis		.485

แปลผลค่า Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient หากค่าที่ได้เกิน ± 1.96 (สำหรับ $\alpha = .05$) หรือเกิน ± 2.58 (สำหรับ $\alpha = .01$) แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

ดังนั้นจากผลข้างต้น ค่า Fisher skewness = -1.09 และค่า Kurtosis coefficient = -1.71 ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

Homoscedasticity หมายถึง การกระจาย หรือ ความแปรปรวนของ Y ในทุกค่าของ X มีค่าเท่ากัน หรือมีค่าคงที่ (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวว่ามีค่าคงที่หรือไม่ โดยพิจารณาจากลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน จากภาพการกระจาย (Scatter Plot)



ลักษณะการกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ โดยจากภาพกล่าวได้ว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวแปรมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ภาพการกระจาย (Scatter Plot)

4. ทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน หรือไม่เกิด Autocorrelation

โดยการทดสอบหาค่าสถิติ Durbin-Watson หากค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งแสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation

จากการตรวจสอบปัญหาสหสัมพันธ์ในตัวเองของตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.855 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.534 ^a	.285	.254	1.43762	1.855

a. Predictors: (Constant), แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา, แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรค, แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์, แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ

b. Dependent Variable: แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

5. ตัวแปรอิสระทั้งหมดต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity)

เงื่อนไขข้อสุดท้ายสำหรับการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple regression) คือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยจะพิจารณาจากค่า IVF ถ้าค่า IVF มีค่ามากกว่า 4 ถือว่าเกิดปัญหาจาก Multicollinearity และพิจารณาจากค่า (Tolerance) ที่น้อยกว่า .20 ถือว่าเกิดปัญหาจาก Multicollinearity (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
(Constant)	-5.401	1.985		-2.721	.008		
แบบสอบถาม ความรู้ด้าน สุขภาพ	.236	.090	.242	2.624	.010	.914	1.094
แบบสอบถาม สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วย และบุคลากร ทางการแพทย์	.037	.015	.226	2.507	.014	.960	1.042
แบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับ โรค	.037	.019	.180	2.004	.048	.968	1.033
แบบสอบถาม การรับรู้ สมรรถนะแห่ง ตนในการ รับปรึกษา	.078	.030	.243	2.587	.011	.883	1.133

a. Dependent Variable: แบบสอบถามความร่วมมือในการรับปรึกษา

ผลการทดสอบตัวแปรอิสระทั้งหมดดูจากค่า Tolerance มีค่ามากกว่า .20 ทุกตัวแปร และค่า IVF น้อยกว่า 4 ทุกตัวแปร ซึ่งแสดงว่า ไม่เกิด Multicollinearity (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2555)

ตารางที่ 10 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานร่วม ($n = 12$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)		
($M = 140.42$, $SD = 18.52$, $Min = 111$, $Max = 171$)		
< 130	3	25.0
≥ 130	9	75.0
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)		
($M = 75.67$, $SD = 13.47$, $Min = 50$, $Max = 97$)		
< 80	7	58.3
≥ 80	5	41.7
ระดับความดันโลหิตครั้งนี้		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)		
($M = 138.17$, $SD = 16.30$, $Min = 104$, $Max = 161$)		
< 130	2	16.7
≥ 130	10	83.3
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)		
($M = 71.17$, $SD = 13.27$, $Min = 54$, $Max = 93$)		
< 80	8	66.7
≥ 80	4	33.3

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย มีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์ โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุดเฉลี่ย 140.42 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 18.525$) และมีระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 75.67 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 13.473$) ในส่วนของระดับความดันโลหิตครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 138.17 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 16.309$) และมีระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 71.17 มิลลิเมตรปรอท ($SD = 13.279$)

ผลการวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (รายด้าน)

ตารางที่ 11 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($n = 97$)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>
การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (รวม)	25-100	56-100	76.99	8.003
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง	9-36	23-36	32.60	3.369
การรับรู้ประโยชน์	8-32	18-32	28.42	3.479
การรับรู้อุปสรรค	8-32	8-32	16.07	4.531

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 76.99$, $SD = 8.003$) โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 56 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 32.60, 28.42 และ 16.07 ตามลำดับ