

ความสัมพันธ์และเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

Relationships and Comparisons of Perceptions of Medication Administration and Participation in Drug Administration among Hypertensive Patients in a Tertiary Hospital

อิสริย์ ปัญญาวรรณ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)	Issaree Panyawan* M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)
อริชฐาน สุมาลย์เจริญ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)	Athithan Sumarnjaroen M.N.S. (Adult nursing)
รุจี รัตนเสถียร พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)	Rujee Rattanasathien M.N.S. (Adult nursing)
สุภาภรณ์ บุญโยทยาน พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)	Supaporn Punyodyana M.N.S. (Adult nursing)
อุมาพร จำปาไหล พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล)	Umaporn Jumpalai M.N.S. (Nursing Management)
ปรีชญา นันตะรัตน์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)	Preechaya Nantararat M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province

Received: Aug 24, 2023

Revised: Oct 15, 2023

Accepted: Nov 9, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจำนวน 202 คน ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม – 15 กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ในการบริหารยา และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการบริหารยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน independent sample t-test และ One - way ANOVA ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ในการบริหารยาอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการบริหารยา อยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวก และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต่างกันมีการรับรู้ในการบริหารยาและมีส่วนร่วมในการบริหารยาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยา อาจมีส่วนช่วยให้เกิดการจัดการความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ในการบริหารยา, การมีส่วนร่วม, การบริหารยา, โรคความดันโลหิตสูง

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive research attempted to investigate relationships and to compare perceptions and participations in drug administration among patients with hypertension in a tertiary hospital in the northern region. The study recruited subjects who were patients aged 20 years and older admitted to the inpatient department of the hospital. A total of 202 subjects were selected through stratified random sampling based on specific characteristics between May 15th and July 15th, 2023. The research tools consisted of 3 parts in a questionnaire concerning on personal characteristics, a perceived participation in hypertension, and a participation in drug administration for hypertension. Analyses of the data relied on descriptive and inferential statistics, including Spearman's correlation coefficient, independent samples t-test, and One - way ANOVA. The research results indicated the level of participation in medication administration perception was good on average. A mean participation score in drug administration was found at a highest level. Perception and participation in drug administration of patients exhibited positive relationship. Moreover, the age and personal characteristics led to significant different perceptions and levels of participation in drug administration at a 0.05 level. Recommendations could be made for promoting patients' perception and participation in drug administration that may significantly contribute to enhance blood pressure management, reduce the risk of complications, and improve the overall quality of life for individuals with hypertension.

Key words: Perceptions of medication administration, Participation, Drug administration, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.13 พันล้านคน พบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 คน และผู้หญิง 1 ใน 5 คน (World Health Organization [WHO], 2023a) และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะทางการแพทย์ที่ร้ายแรง และสามารถเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ ท่อเลือดแดงโป่งพอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Bakris & Baliga, 2019) โรคไตเรื้อรัง

(Liang & Shimosawa, 2022) โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม (Rivier *et al.*, 2022) และอวัยวะอื่นๆ เมื่อเป็นโรคเหล่านี้ นอกจากทำให้ทรมาณจากอาการของโรคแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการทำงาน ลดลง คุณภาพชีวิตด้อยลง อาจสูญเสียอวัยวะ หรืออาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอีกด้วย ทำให้มีภาระและค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา มีผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และของประเทศ (WHO, 2023b)

สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6 ในปี 2560-2564 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 มีจำนวน 13 ล้านคน สูงกว่าการสำรวจ ครั้งที่ 5 พบความชุกร้อยละ 24.7 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ความชุก ของโรคกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี พบความชุกน้อยที่สุด ร้อยละ 3.3 เพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป เป็นร้อยละ 76.8 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง พบโรคความดันโลหิตสูงอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2561-2564 พบผู้ป่วยจำนวน 6,386 6,407 7,423 7,846 ราย ตามลำดับ ในปี 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 8,619 ราย เพิ่มขึ้นร้อยละ 74.1

หากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะ เพิ่มขึ้น เริ่มจากอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย สับสน ซาปลายนิ้ว หายใจลำบาก จนถึงอาการหัวใจเต้นผิดปกติ (Horne *et al.*, 2023) ทั้งนี้การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มี 2 วิธี คือ การให้ ยาลดความดันโลหิตซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต (Pietropaoli *et al.*, 2023) การมีส่วนร่วมในการ บริหารยาของผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการใช้ยา ดังนั้นการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยา ของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง จากการใช้ยา และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรค บพบาทของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในการบริหารยา ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ตั้งแต่แรกเริ่ม การกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกัน

การปฏิบัติตามคำแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ การ สังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเก็บรักษา ยาอย่างถูกต้อง เป็นต้น (van Hoof *et al.*, 2022) เพื่อ การควบคุมค่าความดันโลหิตให้คงที่ ลดความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ ในระยะยาว และสามารถส่งเสริมศักยภาพในการดูแล ตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (World Health Organization Regional Office for Europe, 2013) ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และเพื่อ เปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วม ในการบริหารยา ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งจะทำได้ ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมการมี ส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 35,080 คน (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม ที่สร้างตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีใช้ แบบสอบถามแบบ 5 ระดับ ของระยะพินท์ โพธิ์ศรี (2553) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อน (B) เท่ากับ 0.14 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 200 คน ป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ สมบูรณ์ หรือไม่เพียงพอ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 220 คน จากนั้นใช้ การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random) จากจำนวน

6 งานการพยาบาล คำนวณตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละหอผู้ป่วยจำนวน 70 หอผู้ป่วย จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากการจับฉลาก โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่ได้รับการบริการแบบผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลตติยภูมิ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างน้อย 1 ปี ได้รับยาอย่างน้อยยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 1 ชนิด สามารถอ่านภาษาไทย และหรือตอบคำถามภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมองหรือโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยตนเอง ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือผู้ที่มีปัญหาสายตาไม่สามารถเข้าใจได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม จำนวนโรคประจำตัว และระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ยา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการบริหารยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์จากกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ของ WHO (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการประเมินการรับรู้ในการบริหารยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสุขภาพและระบบ สภาพอาการ การบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นข้อ

คำถามจำนวน 15 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะการประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนรายการคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 11 และ 13 การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี มีคะแนน 55.00-75.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนน 35.00-54.99 คะแนน และระดับไม่ดี มีคะแนน 15.00-34.99 คะแนน (Best & Kahn, 1989)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการบริหารยา เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกิจกรรมด้านความปลอดภัย (Hwang *et al.*, 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการบริหารยา เช่น การแจ้งข้อมูลประวัติการได้รับยาต่างๆ การให้ความร่วมมือในการระบุดัว การซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยเรื่องยา เป็นต้น ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะการประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 ซึ่งคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ, 4 ปฏิบัติเป็นส่วนมาก, 3 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง, 2 ปฏิบัติเป็นส่วนน้อยและ 1 ไม่เคยปฏิบัติการแปลผลการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการบริหารยา แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด มีคะแนน 40.00-50.00 คะแนน ระดับมาก มีคะแนน 30.00-39.99 คะแนน ระดับน้อย มีคะแนน 20.00-29.99 คะแนน และระดับน้อยที่สุด มีคะแนน 10.00-19.99 คะแนน (Singchungchai *et al.*, 2009)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามชุดที่ 2 และ 3 นำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC) ได้เท่ากับ 0.85 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบ

หาความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ชุดที่ 2 เท่ากับ 0.74 และชุดที่ 3 เท่ากับ 0.81 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ทีมนักวิจัยทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับลักษณะข้อคำถามและการอธิบายผู้แจกแบบสอบถามเข้าใจตรงกัน และให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ขั้นตอนดำเนินการ

1. ประสานงานกับผู้บริหารของงานการพยาบาลต่างๆ ในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเชิญชวนอาสาสมัครและการขอความยินยอม ทีมผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิและขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับเข้าร่วมวิจัยผู้ป่วยจะได้รับซองสีน้ำตาลที่มีแบบสอบถาม 1 ชุด ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือในการอ่านเอกสารได้ ให้เวลาการทำแบบสอบถาม 1 วัน หากผู้ป่วยทำไม่เสร็จสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ในการเลื่อนการตอบแบบสอบถามหรือสามารถปฏิเสธการทำแบบสอบถามได้ หากเสร็จแล้วขอความร่วมมือสอดเอกสารใส่ไว้ในซองตามเดิมวางไว้ที่หัวเตียงหรือเอาใส่กล่องหน้าเคาน์เตอร์พยาบาลหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ให้เก็บเอกสาร หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะทำการแยกเอกสารเป็น 2 ชุดคือ เอกสารเซ็นยินยอมกับเอกสารแบบสอบถาม

3. ทีมวิจัยรวบรวมข้อมูลในแต่ละงานการพยาบาลส่งหัวหน้าโครงการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลและทำการวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างการบริหารยาในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ตามคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 157/2566 วันที่ 2 พฤษภาคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.46 อายุเฉลี่ย 60.00 ปี (S.D.=13.46) จบการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.92 รายได้ในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.02 มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 83.17 จำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ยา 1-5 ปี ร้อยละ 29.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=202 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	92	45.54
หญิง	110	54.46
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	3	1.49
31 - 60 ปี	89	44.06
มากกว่า 60 ปี	110	54.46
Mean=60.00, S.D.=13.46, Max =95, Min =24		
ระดับการศึกษา		
น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา	117	57.92
อนุปริญญา/ ปวช./ปวส.	32	15.84
ปริญญาตรี	44	21.78
สูงกว่าปริญญาตรี	9	4.46
รายได้ในครอบครัว (ต่อเดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	97	48.02
10,001 – 20,000 บาท	55	27.23
20,001 – 30,000 บาท	28	13.86
มากกว่า 30,000 บาท	22	10.89
Median =12,000, Max=60,000, Min = 0		
การสนับสนุนทางสังคม		
มี	167	83.17
ไม่มี	35	16.83
โรคประจำตัว		
1 โรค	35	17.33
2 โรค	66	32.67
มากกว่า 2 โรค	101	50.00
ระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง		
น้อยกว่า 1 ปี	23	11.39
1 - 5 ปี	60	29.70
6 - 10 ปี	57	28.22
มากกว่า 10 ปี	62	30.69

การรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยา

กลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในการบริหารยา เท่ากับ 61.42 ± 8.99 คะแนนต่ำสุด 19.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 75.00 คะแนน อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.70 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการบริหารยา เท่ากับ 41.25 ± 6.40 คะแนนต่ำสุด 20.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 50.00 คะแนน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 63.86 ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ในการบริหารยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.52$, $p\text{-value}=0.00$)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคะแนนการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยา (n=202 คน)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ในการบริหารยา		
ไม่ดี (15.00 – 34.99 คะแนน)	3	1.49
ปานกลาง (35.00 – 54.99 คะแนน)	38	18.81
ดี (55.00 – 75.00 คะแนน)	161	79.70
Mean=61.42, S.D.= 8.99, Min=19.00, Max=75.00		
การมีส่วนร่วมในการบริหารยา		
น้อยที่สุด (10.00 – 19.99 คะแนน)	2	0.99
น้อย (20.00 – 29.99 คะแนน)	6	2.97
มาก (30.00 – 39.99 คะแนน)	65	32.18
มากที่สุด (40.00 – 50.00 คะแนน)	129	63.86
Mean=41.25, S.D.=6.40, Min=20.00, Max=50.00		

การเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง พบว่า ช่วงอายุต่างก็มีการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีการรับรู้ในการบริหารยามากกว่าผู้ที่มีช่วงอายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=202 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การรับรู้ในการบริหารยา		การมีส่วนร่วมในการบริหารยา	
	Mean $\pm$ S.D.	p-value	Mean $\pm$ S.D.	p-value
เพศ		0.35		0.15
ชาย	2.75 $\pm$ 0.50		3.52 $\pm$ 0.60	
หญิง	2.81 $\pm$ 0.44		3.65 $\pm$ 0.60	
อายุ (ปี)		0.04*		0.58
20 – 30	2.33 $\pm$ 0.57 ^a		3.67 $\pm$ 0.56	
31 - 60	2.73 $\pm$ 0.49		3.54 $\pm$ 0.69	
มากกว่า 60	2.84 $\pm$ 0.40 ^a		3.63 $\pm$ 0.52	
การศึกษา		0.81		0.29
น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา	2.76 $\pm$ 0.48		3.56 $\pm$ 0.65	
อนุปริญญา/ ปวช./ปวส.	2.81 $\pm$ 0.40		3.72 $\pm$ 0.46	
ปริญญาตรี	2.79 $\pm$ 0.41		3.64 $\pm$ 0.49	
สูงกว่าปริญญาตรี	2.88 $\pm$ 0.33		3.33 $\pm$ 0.87	
รายได้ในครอบครัว (ต่อเดือน)		0.14		0.28
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	2.71 $\pm$ 0.53		3.49 $\pm$ 0.67	
10,001 – 20,000 บาท	2.82 $\pm$ 0.38		3.63 $\pm$ 0.56	
20,001 – 30,000 บาท	2.93 $\pm$ 0.26		3.64 $\pm$ 0.49	
มากกว่า 30,000 บาท	2.77 $\pm$ 0.42		3.70 $\pm$ 0.56	
การสนับสนุนทางสังคม		0.80		0.11
มี	2.78 $\pm$ 0.45		3.61 $\pm$ 0.61	
ไม่มี	2.76 $\pm$ 0.43		3.44 $\pm$ 0.56	
จำนวนโรคประจำตัว		0.10		0.87
1 โรค	2.74 $\pm$ 0.44		3.57 $\pm$ 0.50	
2 โรค	2.88 $\pm$ 0.37		3.62 $\pm$ 0.63	
มากกว่า 2 โรค	2.73 $\pm$ 0.49		3.57 $\pm$ 0.62	
ระยะเวลาในการรักษาโรค		0.68		0.44
น้อยกว่า 1 ปี	2.78 $\pm$ 0.42		3.61 $\pm$ 0.50	
1 - 5 ปี	2.75 $\pm$ 0.47		3.62 $\pm$ 0.61	
5 ปีขึ้นไป - 10 ปี	2.75 $\pm$ 0.47		3.61 $\pm$ 0.65	
มากกว่า 10 ปี	2.84 $\pm$ 0.41		3.53 $\pm$ 0.59	

* p-value<0.05, a = คู่ที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ในการบริหารยา และการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลมีนโยบายการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา มีแนวปฏิบัติและมาตรการในการป้องกันการผิดพลาดในการให้ยา มีการทบทวนความรู้ ทบทวนอุบัติการณ์การให้ยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิอาจมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมโดยทีมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทาง ที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุม และเป็นปัจจุบันแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ ยา การให้ทางเลือกในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี และมีระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยามากกว่า 10 ปี อาจมีประสบการณ์และการได้รับความรู้ด้านการมีส่วนร่วมในการบริหารยามากพอ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่าอายุน้อยกว่า (Quinlan *et al.*, 2013) อีกทั้งการสื่อสารในปัจจุบันมีเทคโนโลยีสื่อการสอนมากมายที่มีประสิทธิภาพและเข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ในการบริหารยาที่ดี มีความเข้าใจแผนการรักษา การใช้ยา และผลข้างเคียงหรือปฏิกิริยาต่อกันของยาที่อาจเกิดขึ้น (อารี ชิวเกษมสุข, 2564) ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการมีส่วนร่วมในการบริหารยาในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่ศึกษาเรื่องผลกระทบของการรับรู้ในการบริหารยาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่อการปฏิบัติตามยาลดความดันโลหิต พบว่าหลังจากสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน คณะกรรมการปฏิบัติตามการรับประทานยาความดันโลหิต อย่างเคร่งครัดและตามคำแนะนำของแพทย์มากขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญ (Gupta *et al.*, 2018) ต่างจากการศึกษาในเซาเปาโล ประเทศบราซิลพบว่าการรับรู้ในการบริหารยาอยู่ในระดับต่ำและมีส่วนร่วมในการบริหารยาน้อย (Fleck *et al.*, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ในการบริหารยากับการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการบริหารยา มีความสำคัญและมีความปลอดภัยในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น และการมีส่วนร่วมในการบริหารยาทำให้ได้ยาต่อเนื่องตรงตามแพทย์สั่ง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้นและอัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังลดลง (Neiman *et al.*, 2017) นั่นคือ ผู้ป่วยมีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารยา มีผลอย่างมากต่อการปฏิบัติตามการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ในการบริหารยาความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตามการรักษาต่อความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ประเทศเนปาล (Shakya *et al.*, 2020) หรือการศึกษาในประเทศเคนยา (Otenyo & Kereri, 2021) พบว่า การรับรู้ในการบริหารยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยามีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติตามการบริหารยา แต่หากผู้ป่วยรับรู้ว่ายามีได้ผลหรืออาจเป็นอันตราย ผู้ป่วยอาจมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการบริหารยาน้อยลง (Burnier & Egan, 2019)

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุต่างกันมีการรับรู้ในการบริหารยา และการมีส่วนร่วมในการบริหารยาโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีการรับรู้ในการ

บริหารยามากกว่าผู้ที่มีช่วงอายุ 20-30 ปี อาจเนื่องจากบุคคลในกลุ่มอายุที่มากขึ้นมีความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติตามข้อกำหนดการใช้ยาของตนมากขึ้นและผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาด้านสุขภาพรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน ประสบการณ์นี้อาจนำไปสู่ความรู้ที่มากขึ้นเกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในการจัดการกับความดันโลหิตสูง อีกทั้งเป็นวัยเกษียณอายุหรือมีความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานน้อยลง ทำให้มีเวลาและความสนใจมากขึ้นในการมุ่งเน้นไปที่สุขภาพและการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า ต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่มีอายุ 40-49 ปีและผู้ที่มีอายุ 50-59 ปีมีการควบคุมความดันโลหิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Borzecki *et al.*, 2006) นอกจากนี้ความซับซ้อนของสูตรยาอาจแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการให้ยาความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน (Muli *et al.*, 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนทุกกลุ่มอายุ โดยทำการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) และใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ เป็นต้น
2. ประเด็นเนื้อหาที่ควรศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่ ความสัมพันธ์และเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความ

ดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ เป็นต้น เนื่องจากการศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอาจมีปัญหา ด้านสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทอื่นๆ จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์และเปรียบเทียบการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาหนึ่งเดือน ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถสะท้อนถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เช่น ผู้ป่วยอาจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยอาจมีส่วนร่วมในการบริหารยามากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป และการศึกษานี้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการรับรู้ในการบริหารยาและการมีส่วนร่วมในการบริหารยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สนับสนุนโดยทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และทีมงานวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560–2564) [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2565). รายงานสถิติประจำปี 2564. (เอกสารอัดสำเนา).
- ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี. (2553). สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย เอกพลการ, หทัยชนก พรระเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2566]; แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425>
- อารี ชิวเกษมสุข. (2564). เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย: สิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(1), 2-13.
- Bakris, G. L., & Baliga, R. R. (Eds.). (2019). Hypertensive Heart Disease, An Issue of Heart Failure Clinics. United States of America: Elsevier.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). Research in education (6th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice hall.
- Borzecki, A. M., Glickman, M. E., Kader, B., & Berlowitz, D. R. (2006). The effect of age on hypertension control and management. American Journal of Hypertension, 19(5), 520-527.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. Circulation Research, 124(7), 1124-1140.
- Fleck, J. M. C., Pereira, R. A., Silva, A. E. B. de C., & Gimenes, F. R. E. (2021). Adherence to safety barriers in medication administration: patients' perception. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29. [cite 2023 August 10]; Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/POk8YnjJrJz4rnkVMjNZnfx/>
- Gupta, M., Gupta, D. D., & Sood, A. (2018). Impact of awareness about hypertension on compliance to antihypertensive medication. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology, 7(2), 244-251. [cite 2023 August 5]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Atal-Sood/publication/322677658_Impact_of_awareness_about_hypertension_on_compliance_to_antihypertensive_medication/link/s/5a8e6713aca272c56bc42ab5/Impact-of-awareness-about-hypertension-on-compliance-to-antihypertensive-medication.pdf

- Horne, C. E., Stayt, L. C., Schutz, S., *et al.* (2023). Symptom experiences in hypertension: a mixed methods systematic review. *Journal of Hypertension*, 41(1), 1–16. [cite 2023 August 3]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36250472/>
- Hwang, J. I., Kim, S. W., & Chin, H. J. (2019). Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, teamwork, and safety climate. *Asian Nursing Research*, 13(2), 130-136.
- Liang, L., & Shimosawa, T. (2022). Molecular Mechanisms of Na-Cl Cotransporter in Relation to Hypertension in Chronic Kidney Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(1), 286. [cite 2023 August 9]; Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/1/286>
- Muli, S., Meisinger, C., Heier, M., Thorand, B., Peters, A., & Amann, U. (2020). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in older people: results from the population-based KORA-age 1 study. *BMC Public Health*, 20, 1-10. [cite 2023 August 13]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32616004/>
- Neiman, A. B., Ruppar, T., Ho, M., *et al.* (2017). CDC grand rounds: improving medication adherence for chronic disease management—innovations and opportunities. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(45), 1248-1251.
- Otenyo, S. O., & Kereri, D. K. (2021). Illness Perceptions and adherence to medication regimen among hypertensive patients attending a county referral hospital in Kenya. *Journal of Hypertension and Management*, 7(1), 59.
- Pietropaoli, D., Cairo, F., Citterio, F., *et al.* (2023). Practical guidelines for patients with hypertension and periodontitis. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 30(1), 7-16.
- Quinlan, P., Price, K. O., Magid, S. K., Lyman, S., Mandl, L. A., & Stone, P. W. (2013). The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *HSS Journal*®, 9(1), 42-49.
- Rivier, C., Szejko, N., Renedo, D., *et al.* (2022). Polygenic Susceptibility to Hypertension is Associated with Worse Cognitive Performance in Middle-Aged Persons without Dementia [online]. [cite 2023 August 15]; Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.09.27.22280434v1>
- Shakya, R., Shrestha, S., Gautam, R., *et al.* (2020). Perceived Illness and Treatment Adherence to Hypertension Among Patients Attending a Tertiary Hospital in Kathmandu, Nepal. *Patient Preference and Adherence*, 14, 2287-2300. [cite 2023 August 23]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685346/>

- Singchungchai, P., Ingkathawornwong, T., Kritcharoen, S., Inthanon, T., Limchai-Arunreung, S., & Phanthong, U. (2009). Management of continuing education of nurse midwives by chief nurses in community hospitals in Southern Thailand. *Asian Nursing Research*, 3(4), 147-153. [cite 2023 August 25]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131709600268>
- van Hoof, M., Chinchilla, K., Härmark, L., Matos, C., Inácio, P., & van Hunsel, F. (2022). Factors contributing to best practices for patient involvement in pharmacovigilance in Europe: a stakeholder analysis. *Drug Safety*, 45(10), 1083-1098.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2023a). Hypertension [online]. [cite 2023 August 15]; Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1
- World Health Organization. (2023b). Noncommunicable diseases [online]. [cite 2023 August 15]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>