ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง

เพชรลดา จันทร์ศรี, พย.ม.[*], นิตยา กออิสรานุภาพ, พย.ม.[a], วรรวิษา สำราญเนตร, พย.ม.[**]**

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาระดับปฐมภูมิในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 88 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย 2) แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 3) แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และ 4) ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 54.76 ปี มีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=6.17, SD=1.66) และพบว่าความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.214, p<0.05 และ r=0.224, p<0.05) ตามลำดับ และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.213, p<0.05) ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยเน้นกลุ่มที่มีรายได้ต่ำหรือระยะเวลารักษาสั้น

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา; ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง; เขตชุมชนเมือง

[*] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author: นิตยา กออิสรานุภาพ Email: nittaya@smnc.ac.th

รับบทความ: 1 พ.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 24 พ.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 25 พ.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 1 ก.ย. 69

Factors affecting Medication Adherence in Patients with Hypertension Residing in an Urban Area

Petlada Chansri, M.N.S.[*], Nittaya Kor-issaranuphab, M.N.S.[a], Wanwisa Samrannet M.N.S.[**]**

Abstract

This descriptive research aimed to examine the level of medication adherence in patients with hypertension in urban areas and factors affecting medication adherence in patients with hypertension in urban areas. Samples consisted of 88 patients with hypertension aged 18 years and older who received primary care in Mueang District, Mahasarakham Province. The research instruments included: 1) a personal information and illness questionnaire, 2) a Morisky Medication Adherence Scale, 3) an electronic Health Literacy Scale, and 4) data obtained from patient medical records, collected by the researchers. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and Pearson's product-moment correlation coefficients by setting the statistical significance level to 0.05.

The study results showed that the average age of the sample group was 54.76 years, and the overall mean medication adherence was at a moderate level ($\bar{X}$=6.17, SD=1.66). And it found that income adequacy and duration of treatment were significantly positively correlated with medication adherence (r=0.214, p<0.05 and r=0.224, p<0.05), respectively. Electronic health information literacy was significantly negatively correlated with medication adherence (r=-0.213, p<0.05). The research findings can be used as baseline data to promote medication adherence, focusing on low-income groups or those with short treatment durations.

Keywords: Medication adherence; Patients with hypertension; Urban area

[*] Instructor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
[**] Assistant Professor, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
[a] Corresponding author: Nittaya Kor-issaranuphab Email: nittaya@smnc.ac.th
Received: May 1, 26; Revised: May 24, 26; Accepted: May 25, 26; Published Online: Sep. 1, 26

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากประชากรโลกเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด[1,2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Essential hypertension หรือ Primary hypertension) พบมากที่สุดร้อยละ 90-95 ของโรคความดันโลหิตสูงและเป็นสาเหตุหลักของการพัฒนาไปสู่โรคอื่นๆในระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนโรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) เกิดจากสาเหตุอื่นๆ พบประมาณร้อยละ 5-10 ของโรคความดันโลหิตสูง ต้องอาศัยการจัดการเพื่อควบคุมโรคที่แตกต่างกันตามสาเหตุ[2,3] ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 3 ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[1]

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวไว้ว่าการเกิดความร่วมมือในการรักษาประกอบไปด้วย 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านอาการป่วย (Condition related factors) 2) มิติด้านการรักษา (Therapy related factors) 3) มิติด้านผู้ป่วย (Patient related factors) 4) มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic related factors) และ 5) มิติด้านทีมสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ[4] เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน, โรคหัวใจ, โรคหอบหืด และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดนี้ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้ง 5 มิติกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[5,6]

ระดับความดันโลหิต เป็นหนึ่งในมิติด้านอาการป่วย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาสามารถแบ่งออกได้ 3 ระยะ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่สูงมากมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมา เช่น ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดในสมองแตก หรือหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายๆ จะได้รับการรักษาโดยใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้[7,8] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] แตกต่างกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้[10]

ความเพียงพอของรายได้ เป็นหนึ่งในมิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาโรค เช่น ค่าเดินทาง ค่ายารักษาโรค และค่าตรวจรักษา เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีรายรับน้อยกว่ารายจ่ายหรือไม่มีเงินเหลือเพื่อที่จะมาใช้ในการใช้จ่ายค่ารักษา อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยาที่ลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเพียงพอของรายได้ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้หรือมีหนี้สิน[10]

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในมิติด้านผู้ป่วย สังคมออนไลน์ได้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิตในปัจจุบันเป็นอย่างมาก การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพทางสารสนเทศสามารถทำได้สะดวก รวดเร็วและง่าย ประชาชนที่มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศได้ง่ายและมีการสืบค้นข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เห็นได้จากการศึกษาที่พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 38 ปี[11] การใช้สารสนเทศจึงมีส่วนความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ

เห็นได้จากศึกษาในประเทศไทยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ต ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยวัยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ และมากกว่าครึ่งในกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าการใช้อินเทอร์เน็ตและความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น[12] มีการศึกษาพบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย[13] และปัจจุบันระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ถูกนำมาใช้กับระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

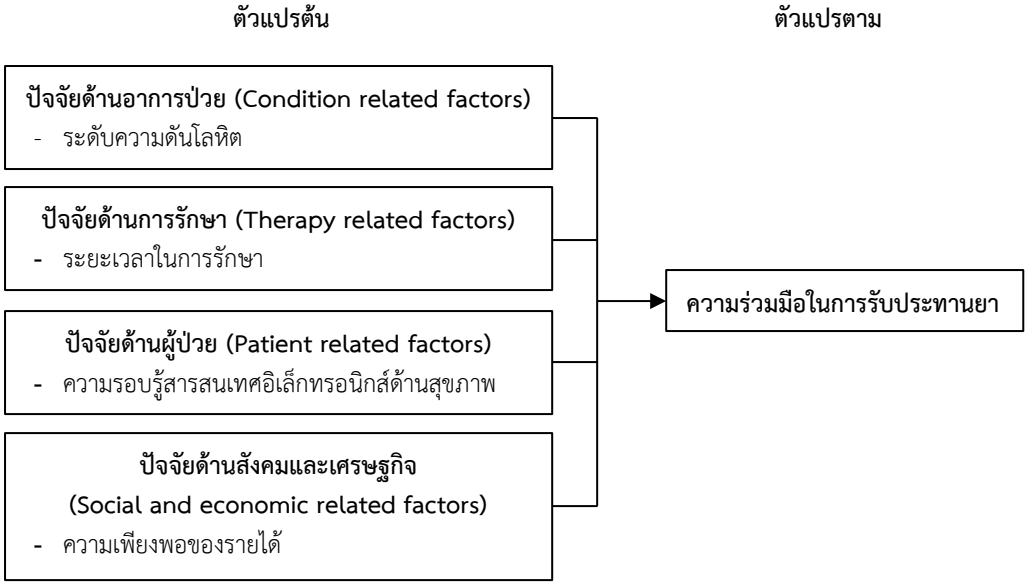
ระยะเวลาในการรักษา เป็นหนึ่งในมิติด้านการรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เริ่มเป็นในวัยผู้ใหญ่ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาโดยการไม่ใช้ยาก่อน โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย, การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น เป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานและมีการปรับเปลี่ยนการรักษาหากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้[14] อาจส่งผลต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าระยะเวลาในการรักษาสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15,16] การรักษาเป็นระยะเวลานานทำให้มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มาตรวจตามนัด เห็นได้จากงานวิจัยที่พบผู้ป่วยร้อยละ 81 ที่มีระยะเวลาในการรักษายาวนานไม่มาตรวจตามนัด และให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง[17,18]

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามกรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และจากการสำรวจกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองของจังหวัดมหาสารคามพบว่าผู้ป่วยไม่มีการรับประทานยาตามแผนการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ง่าย และการควบคุมโรคความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายของการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่มีชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลานานและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ความร่วมมือในการรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่ดีและลดผลกระทบจากโรคได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เพื่ออธิบายความร่วมมือในการรักษาและปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ โดยกรอบแนวคิดนี้กล่าวว่าความร่วมมือเกิดจากปัจจัยหลัก 5 ปัจจัย กรอบแนวคิดแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านอาการป่วย (Condition related factors) หมายถึง ภาวะความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาระดับความดันโลหิตสูง 2) ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy related factors) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาระยะเวลาในการรักษา 3) ปัจจัยด้านผู้ป่วย (Patient related factors) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และ 4) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic related factors) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความเพียงพอของรายได้ [4] การศึกษาปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย

จะช่วยพัฒนาแนวทางให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาระดับปฐมภูมิ 4 หน่วยบริการในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 88 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย
2. แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
3. แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ
4. ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 32 ข้อคำถาม ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัด ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ จำนวน 11 ข้อคำถาม

2. แบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) ของ Morisky et al.[19] ใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ต้นฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.83 ประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม แบบสอบถามข้อ 1-7 ให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน กรณีการให้คะแนนในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม และในข้อที่ 8 ให้เลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตอบ 8.1 ให้ 1 คะแนน, 8.2 ให้ 0.75 คะแนน 8.3 ให้ 0.5 คะแนน, 8.4 ให้ 0.25 คะแนน และตอบ 8.5 ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-8 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน น้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ 6-7 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และ 8 คะแนน หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง[19]

3. แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (electronic Health Literacy Scale: eHEALS) ของ Norman & Skinner[20] ใช้ประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดยการใช้กระบวนการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) นำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[18] ต้นฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค=0.88 ประกอบไปด้วย 8 ข้อคำถาม ลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ลังเล 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมาก[20]

4. ข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้วิจัยเก็บข้อมูล ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ความดันโลหิต และยาที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อคำถาม เก็บข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือนนับจากวันที่เก็บข้อมูล เพื่อการอภิปรายข้อมูลวิจัย โดยมีเอกสารขออนุญาตการเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content validity Index for items: I-CVI) ของแบบแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและแบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิคืออาจารย์พยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ท่าน แบบแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ได้ค่าเท่ากับ 0.95 และแบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ 0.90 ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี นำมาปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จากนั้นนำแบบประเมินการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและแบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และ 0.87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามในการดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับการอนุญาตในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาและปรับปรุง ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต้น (ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการรักษา ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้) และตัวแปรตาม (ความร่วมมือในการรับประทานยา) โดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลตัวแปรต้น (ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการรักษา ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้) และตัวแปรตาม (ความร่วมมือในการรับประทานยา) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิตลอดกระบวนการวิจัย ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC09/2568 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ COA No 68/040 เมื่ออนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนขั้นตอนการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.8 มีอายุระหว่าง 32-79 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.76 ปี (SD=9.93) มีสถานภาพคู่ จำนวน 55 คน (ร้อยละ 62.5) รายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน จำนวน 52 คน (ร้อยละ 59.1) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 38.6) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาเป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 34.1) ระยะเวลาในการรักษาอยู่ระหว่าง 6 เดือน-30 ปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปีครึ่ง (SD=72.11) มีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ระหว่าง 107-166 mmHg (ค่าเฉลี่ย 136.47 mmHg, SD=12.68) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ระหว่าง 57-108 mmHg (ค่าเฉลี่ย 79.98 mmHg, SD=9.99) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ 30.50 คะแนน (SD=1.96) อยู่ในค่อนข้างสูง โดยคะแนนต่ำสุดคือ 23 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 32 คะแนน

ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา 6.17 คะแนน (SD=1.66) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 3-8 และกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลตามความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=88)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (<6 คะแนน)	30	34.09
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	34	38.63
ระดับสูง (8 คะแนน)	24	27.30

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันโลหิต ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการรักษา และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) พบว่า ความเพียงพอของรายได้และระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.214$, $p<0.05$ และ $r=0.224$, $p<0.05$) ตามลำดับ และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.213$, $p<0.05$) ส่วนระดับความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความดันโลหิต ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการรักษา และความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=88)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ระดับความดันโลหิต	1.00				
2. ความเพียงพอของรายได้	0.017	1.00			
3. ระยะเวลาในการรักษา	-0.012	0.191*	1.00		
4. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	0.030	0.149	-0.069	1.00	
5. ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.025	0.214*	0.224*	-0.213*	1.00

* $p<0.05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนอาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในโรคที่ไม่แสดงอาการชัดเจน เช่น ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง[4]

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอสามารถเข้าถึงยาและบริการทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาเป็นข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 34.1) ทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จึงมีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเพียงพอของรายได้ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเพียงพอของรายได้หรือมีหนี้สิน[10]

ในทำนองเดียวกัน ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในระบบการรักษาเป็นระยะเวลานานจะมีความคุ้นเคยกับโรค เข้าใจความสำคัญของการรับประทานยา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับแผนการรักษาได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าระยะเวลาในการรักษาสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[15,16]

ในทางตรงกันข้าม ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งเป็นผลที่น่าสนใจ อาจอธิบายได้ว่า แม้ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ได้มากขึ้น แต่ข้อมูลดังกล่าวอาจมีความหลากหลายและบางส่วนขาดความน่าเชื่อถือ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน หรือเลือกปฏิบัติตามข้อมูลทางเลือก เช่น การปรับลดยาเอง หรือหันไปใช้วิธีการรักษาอื่นแทน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าว่าความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ[20] แต่ในทางปฏิบัติหากขาดทักษะการประเมินคุณภาพข้อมูล จึงทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงได้

สำหรับระดับความดันโลหิตที่ไม่พบความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อาจเนื่องจากผู้ป่วยบางรายแม้จะมีค่าความดันอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดี แต่ไม่ได้เกิดจากความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว อาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการดำเนินชีวิต การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้ป่วยบางรายอาจไม่แสดงอาการผิดปกติแม้ความดันสูง ทำให้ไม่ได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO ที่ระบุว่าโรคที่ไม่มีอาการชัดเจน (Asymptomatic disease) เช่น ความดันโลหิตสูง มักทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษา นอกจากนี้ แนวทางของ American Heart Association กล่าวว่าการควบคุมความดันโลหิตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว[14]

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและประสบการณ์ในการรักษามีบทบาทสำคัญต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ขณะที่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีคุณภาพและความถูกต้อง เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการประเมินปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการรักษา และพฤติกรรมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยในหลายพื้นที่หรือหลายระดับบริการสุขภาพ เพื่อสะท้อนบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด หรือความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล สถิติการตาย/ป่วย โรคไม่ติดต่อ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2569 พฤษภาคม 24] เข้าถึงได้จาก: https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911
2. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults [Internet]. 2021 [cited 2026 May 24]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240033986
3. Iqbal AM, Jamal SF. Essential hypertension [Internet]. 2022 [cited 2026 May 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539859/
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. 2003 [cited 2026 May 24]. Available from: https://iris.who.int/items/bf8058c0-03b2-4b47-838f-5534849927fb
5. Gutierrez MM, Sakulbumrungsil R. Factors associated with medication adherence of hypertensive patients in the Philippines: a systematic review. Clin Hypertens. 2021 Oct 1;27(1):19. doi: 10.1186/s40885-021-00176-0.
6. Shrestha P, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K. Factors influencing medication adherence in Nepalese patients with essential hypertension. Nurs Sci J Thai. 2019;37(3):18-31.

7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริค ธิงค์; 2562.
8. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
9. Zhang Y, Li X, Mao L, Zhang M, Li K, Zheng Y, Cui W, Yin H, He Y, Jing M. Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: evidence from Xinjiang, China. Patient Prefer Adherence. 2018 May 11;12:803-812. doi: 10.2147/PPA.S158662.
10. ดารณี ธนูแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวมน ศรียุกตศุทธ, ไพโรจน์ ฉัตรานุกูลชัย. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2565;15(1):127-43.
11. Lee H, Yano Y, Cho SMJ, Heo JE, Kim DW, Park S, Lloyd-Jones DM, Kim HC. Adherence to Antihypertensive Medication and Incident Cardiovascular Events in Young Adults With Hypertension. Hypertension. 2021 Apr;77(4):1341-1349. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16784.
12. Rojanasumapong A, Jiraporncharoen W, Nantsupawat N, Gilder ME, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K. Internet Use, Electronic Health Literacy, and Hypertension Control among the Elderly at an Urban Primary Care Center in Thailand: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Sep 11;18(18):9574. doi: 10.3390/ijerph18189574.
13. Kilic HF, Dag S. The relationship between health literacy and medication adherence in a hypertensive patient population. Int J Caring Sci. 2020;13(1):101-07.
14. American Heart Association. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure. Hypertension. 2018;71:e13-e115. doi: 10.1161/HYP.0000000000000065
15. Pan J, Hu B, Wu L, Li Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. Patient Prefer Adherence. 2021 Sep 7;15:1953-1961. doi: 10.2147/PPA.S325793.

16. Shakya R, Shrestha S, Gautam R, Rai L, Maharjan S, Satyal GK, Kc B, Rai MK. Perceived Illness and Treatment Adherence to Hypertension Among Patients Attending a Tertiary Hospital in Kathmandu, Nepal. Patient Prefer Adherence. 2020 Nov 20;14:2287-2300. doi: 10.2147/PPA.S270786.
17. Burnier M, Egan BM. Adherence in Hypertension. Circ Res. 2019 Mar 29;124(7):1124-1140. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313220.
18. Hasen G, Abdo A. Medication adherence and associated factors in management of hypertension in Shashemene Referral Hospital, Ethiopia. J Hypertens Manag. 2020;6(2):1-8. doi:10.23937/2474-3690/1510054.
19. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
20. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy. J Med Internet Res. 2006;8(2):e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9.