

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต*

กิตติมา แดงสาขา** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล*** D.N.Sc.

พรรณวดี พุทธิพัฒน์**** D.Sc. (Nutrition)

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา และลักษณะสถานบริการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม จำนวน 376 ราย ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การศึกษา และลักษณะสถานบริการ แบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคร่วมและอาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อยและอาการไอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ และความสะดวกในการรอรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ลักษณะของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต การศึกษานี้มีประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ควบคู่กับการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตและชะลอการรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนทางไต

*นำเสนอโปสเตอร์ การประชุม The International Conference on Prevention and Management of Chronic Condition วันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาคพิเศษ) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: wantana.lim@mahidol.ac.th

****รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

วันที่รับบทความ 5 พฤษภาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 1 มิถุนายน 2561 วันตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2561

Factors Related to Adherence to Treatment in Essential Hypertensive Patients with Early Renal Insufficiency*

Kittima Taengsakha** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Wantana Maneesriwongul*** D.N.Sc.

Panwadee Putawatana**** D.Sc. (Nutrition)

Abstract:

This study aimed to explore the relationships between demographic factors, knowledge about hypertension, social support, disease characteristics, medication factors, and clinical settings with adherence to treatment among persons with essential hypertension and early renal insufficiency. A sample of 376 persons with essential hypertension was purposively recruited at the hypertension clinic of a community hospital in Nakhon Pathom Province. The research tools included questionnaires on demographic characteristics, treatment and clinic characteristics, adherence to hypertensive treatment, hypertension knowledge, and social support. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson Product Moment Correlation, and Spearman Correlation. These findings revealed that the sample's knowledge about hypertension and social support had significantly positive relationships with adherence to treatment. The participants were significantly less likely to adhere to treatment if they had comorbidity or side effects of medications, such as frequent urination or dry coughing. In addition, convenient access and convenient use of service had significant relationships with adherence to treatment. However, adherence to treatment did not show a significant relationship with demographic factors examined. These findings emphasize the need to inform patients about their medications and treatment, and ensure that they have social support from family, friends, and healthcare providers, in order to help them adhere to treatment and thereby control blood pressure and preserve renal functions.

Keywords: Adherence to treatment, Hypertension, Social support, Renal insufficiency

*Poster presentation at the International Conference on Prevention and Management of Chronic Conditions, February 13–15, 2019, the Emerald Hotel, Bangkok

**Master's student, Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Email: wantana.lim@mahidol.ac.th

****Associate Professor, Independent Scholar

Received May 5, 2018, Revised June 1, 2018, Accepted June 8, 2018

ความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในปัจจุบัน เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกถึง 7.5 ล้านคนหรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิต¹ สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกภาค อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559 เท่ากับ 11.0, 12.1, และ 12.2 ตามลำดับ² จะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่าในปี พ.ศ. 2559 อัตราเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคน³ ส่วนอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 916.89 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 1,353.01 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560³

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 200 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า และความดันโลหิตไดแอสโตลิกตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเพิ่มแรงดันหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ทำให้เยื่อหลอดเลือดฝอยได้รับอันตราย หลอดเลือดเกิดการอักเสบเกิดเป็นผังผืด⁴ หน่วยไตที่เหลืออยู่ต้องปรับตัวทำหน้าที่ในการขับถ่ายของเสียมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอัตราการกรองของไตและปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตน้อยลงพร้อมกับหน่วยไตที่ลดลง หรือพบอัลบูมินในปัสสาวะ (urine albumin/ creatinine ratio) มากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัมครีเอตินิน พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ หรือพบความผิดปกติของเกล็ดแร่ และความผิดปกติทางโครงสร้างหรือพยาธิสภาพ⁵ เมื่อเกิดขึ้นเป็นเวลานานไตทำหน้าที่ได้ลดลงจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้เกิดภาวะไตวายในที่สุด ซึ่งมีรายงานในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 15.1⁶ และเพิ่มเป็นร้อยละ

40.36 ในปี พ.ศ. 2558⁷ จะเห็นว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มสูงเกือบ 3 เท่าในระยะเวลา 3 ปี

โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นเวลานาน วิธีการรักษาทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต⁸ ซึ่งจะช่วยควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ การชะลอการเสื่อมของไตให้ช้าลงไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้าย⁹ แต่กลับพบว่า อัตราการรับประทายอย่างสม่ำเสมอมีเพียงร้อยละ 50.9 และร้อยละ 23.1 สัมรับประทายยา และหยุดยาเมื่อมีอาการข้างเคียง¹⁰ ส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ความร่วมมือในการรักษาระดับต่ำซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรักษา ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ การทบทวนวรรณกรรมวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะด้านการรับประทายยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต¹¹ เช่น ลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน จำนวนโรคร่วม ปัจจัยด้านยา เช่น จำนวนยาที่ได้รับในแต่ละวัน จำนวนชนิดของยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมียา จำนวนอาการข้างเคียงของยา และลักษณะสถานบริการ บุคลากร

จังหวัดนครปฐมมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทยคิดเป็น 2,100.79 ต่อประชากรแสนคน⁶ อำเภอนครชัยศรีมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13,882 ราย นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลหลวงพ่อบุเป็นซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนครชัยศรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3,343 ราย และพบว่าในปีเดียวกัน มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1, 2, และ 3 จำนวน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

1,076 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 1,329 ราย ในปี พ.ศ. 2559 แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจที่จะศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 1, 2, และ 3 ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสำคัญนำมาพัฒนาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะช่วยเหลือความเสื่อมของไต ไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา และลักษณะสถานบริการ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ กรอบแนวคิดมาจากการทบทวนงานวิจัยโดย อิคโควิกส์และมิตต์¹¹ ใช้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทายยา มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อระบุปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการรับประทายยา ประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน คือ 1) ลักษณะของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้เรื่องการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น 2) ลักษณะอาการเจ็บป่วย เช่น ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาในการรักษา ความรุนแรงของโรค 3) ปัจจัยด้านยา

ที่ใช้รักษา เช่น วิธีการใช้ยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมียา อาการข้างเคียงของยา 4) ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษา เช่น ระยะเวลาในการตรวจรักษา ทักษะทางคลินิก และ 5) ลักษณะสถานบริการ เช่น ความสะดวกในการเดินทาง ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เป็นต้น มีผู้นำกรอบแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาในโรคความดันโลหิตสูง¹² โรคเบาหวาน^{13,14} และผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) ลักษณะของผู้ป่วย 2) ลักษณะอาการเจ็บป่วย 3) ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา และ 4) ลักษณะสถานบริการ โดยผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาเนื่องจากศึกษาในครั้งนี้อยู่ในสถานบริการเพียง 1 แห่ง ซึ่งมีผู้ให้บริการทีมเดียวกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การคัดเลือกตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 1, 2, และ 3 มาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน มีผลตรวจ eGFR (ที่รายงานผลภายในเวลาไม่เกิน 6 เดือน นับจากวันที่เก็บข้อมูล โดยระยะที่ 1 eGFR > 90 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ระยะที่ 2 eGFR 60-89 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และระยะที่ 3a eGFR 45-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และระยะที่ 3b eGFR 30-44 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร)⁶ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ .80 ขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size)

คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรม^{12,16} นำไปคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power¹⁷ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 376 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต การมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ทราบระยะภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือไม่ ระยะของภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวนโรคร่วม จำนวนชนิดของยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมื้อยา และจำนวนอาการข้างเคียงของยา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Adherence to Hypertensive Treatment Scale: AHTS) ที่พัฒนาโดย เสาวรส มิกุล¹⁸ ซึ่งปรับมาจาก คักตันรินทร์ หลิมเจริญและคณะ¹⁶ และเอเกอร์ตัน ปิ่นประภาพันธ์¹⁹ แบ่งเป็น 5 ด้านย่อยมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถาม 4 ข้อตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ด้านที่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร ปรับเพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อที่ 5 “ฉันเลือกรับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่มีคุณภาพเพิ่มเติมจากเดิม เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว ออกไก่ไม่ติดมัน เนื้อหมูไม่ติดมัน”

ด้านที่ 2) ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ปรับเพิ่มข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อที่ 10 “ฉันออกกำลังกายในแต่ละครั้งใช้เวลาไม่น้อยกว่า 20-30 นาที”

ด้านที่ 5) ด้านการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ปรับเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 22 “ฉันกินยาลดความดันโลหิตตามที่แพทย์สั่ง” และข้อที่ 23 ข้อ “ฉันซื้อยาลดความดันโลหิตมากินเอง”

ในแต่ละข้อคำถามใช้มาตราการวัดประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) เป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเริ่มจาก 0 คะแนน (จากจุดเริ่มต้นซ้ายสุด) จนถึง 10 คะแนน (ปลายเส้นขวาสุด) เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน การแปลความหมาย คะแนน 0 คะแนน หมายถึงตัวอย่างไม่สามารถทำกิจกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษาข้อนั้น คะแนน 10 คะแนน หมายถึงตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือนั้น ๆ ได้ทุกครั้ง รวมคะแนนจากคำตอบของคำถามในแต่ละด้านแล้วคำนวณค่าเฉลี่ย ใช้การแปลผลแบบอิงเกณฑ์ คำนวณร้อยละเทียบกับคะแนนเต็ม หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ก่อนทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความร่วมมือในการรักษาโดยรวมเท่ากับ .85 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .75

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง (The Hypertension Knowledge Scale: HKS) ผู้วิจัยได้ปรับเครื่องมือซึ่งพัฒนาโดย เสาวรส มิกุล¹⁸ โดยตัดข้อคำถามด้านการติดตามการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ตั้งครรภ์ออก 1 ข้อ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมี 45 ข้อ ผู้วิจัยจำแนกข้อคำถามเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 11 ข้อ (สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการ และภาวะแทรกซ้อน) 2) ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16 ข้อ (การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตและการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ต่อเนื่องสม่ำเสมอ) และ 3) ความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 18 ข้อ (ฤทธิ์ของยา, การรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยา) โดยให้เลือกตอบว่า “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” เกณฑ์การให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กำหนดไว้ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน หากตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้ 0 คะแนน จำนวนคะแนนรวมจากคำตอบของคำถามในแต่ละด้านแล้วคำนวณค่าเฉลี่ย ใช้การแปลผลแบบอิงเกณฑ์ ค่าณร้อยละเทียบกับคะแนนเต็ม หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ก่อนทำการศึกษ เครื่องมือนี้ได้ถูกทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลวงพ้อเป็นจำนวน 20 ราย พบว่า แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงโดยรวมได้ค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ .78 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .76

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือของ สุภาพร แนวนุตร¹² และเครื่องมือของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด¹³ มีจำนวน 23 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (6 ข้อ) ด้านประเมิณผล (5 ข้อ) ด้านข้อมูลข่าวสาร (7 ข้อ) และด้านวัตถุสิ่งของ (7 ข้อ) และให้ตอบแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจาก 3 แหล่ง ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข้อคำถามแต่ละข้อ ใช้มาตรวัดลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ คือ “ใช่อย่างมาก” (5) “ใช่” (4) “ไม่แน่ใจ” (3) “ไม่ใช่” (2) และ “ไม่ใช่อย่างมาก” (1) เมื่อนำมาคำนวณรวมทั้ง 3 แหล่ง ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 69 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 345 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี รวมคะแนนจากคำตอบของคำถามในแต่ละด้านแล้วคำนวณค่าเฉลี่ย ใช้การแปล

ผลแบบอิงเกณฑ์ ค่าณร้อยละเทียบกับคะแนนเต็ม หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในเกณฑ์พอใช้ ก่อนทำการศึกษา เครื่องมือนี้ได้ทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลวงพ้อเป็นจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเท่ากับ .95 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามลักษณะสถานบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จากงานวิจัยของ ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด¹³ ประกอบด้วย คำถามแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 4 ข้อ ดังนี้ ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง ระยะทางที่ผู้ป่วยต้องเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการซึ่งได้จากการคาดคะเนโดยผู้ป่วยมีหน่วยเป็นกิโลเมตร ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการเดินทางจากบ้านมาสถานบริการมีหน่วยเป็นนาที คำตอบได้จากการคาดคะเนโดยผู้ป่วย ระยะเวลาในการรอรับบริการ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการรอรับบริการตรวจรักษาในแต่ละครั้ง ตั้งแต่ยื่นบัตรจนถึงเวลาได้รับยามมีหน่วยเป็นนาที โดยข้อมูลนี้จากบันทึกเวลาในการตรวจรักษา และความถี่ในการนัดตรวจรักษา หมายถึง ระยะห่างของการนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนคำถามความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสะดวกในการเดินทางมาสถานบริการ และความสะดวกในการรอรับบริการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสะดวกในการมารับบริการตรวจรักษาโรคความดันโลหิตสูง คำถาม 2 ข้อ ใช้มาตรวัดประเมินด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) โดยให้ตัวอย่างทำเครื่องหมาย / ลงบนเส้นที่กำหนดให้ 0-100 มิลลิเมตร เกณฑ์การให้คะแนน

0-100 คะแนน โดย คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสะดวกเลย คะแนน 100 คะแนน หมายถึง มีความสะดวกมาก เครื่องมือนี้ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของสถานบริการโดยรวมเท่ากับ .79 ในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .69

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขอนุมัติที่ 2559/400 ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแล้วเชิญชวนให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลกระทบต่อบริการ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและเปิดเผยได้เฉพาะข้อมูลในรูปที่เป็นผลการวิจัยสรุปในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและภูมิลำเนาเป็นรายบุคคล หากระหว่างเก็บข้อมูลตัวอย่างไม่สมัครใจในการให้ทำวิจัย สามารถยุติได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลมีดังนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์

และพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายถึงการเข้าร่วมและการถอนตัวออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษา ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30-45 นาทีต่อราย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองสำหรับผู้ที่ไม่สะดวกที่จะอ่านเอง ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกตอบด้วยตนเอง เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ในวันเวลาราชการ วันละไม่เกิน 10 ราย โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลแต่เพียงผู้เดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยายโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง คือ ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Correlation) สำหรับข้อมูลที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 376 ราย เป็นเพศหญิง จำนวน 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.50 อายุเฉลี่ย 62.58 ปี (SD=12.73) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 274 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.90 รายได้เฉลี่ย 5,362.77 บาท/เดือน (SD = 5784.98) ความดันโลหิตซิสโตลิกโดยเฉลี่ย 129.81 มิลลิเมตรปรอท (SD =14.66) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยเฉลี่ย 77.78 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.06) มีระยะเวลาป่วยความดันโลหิตสูง 93.53 เดือน (SD = 195.33) อยู่ในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ถึง 12 ปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.60 มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค คือโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 166 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.20 ผู้ป่วยมีระยะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

เวลาที่ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนทางไตเฉลี่ย 13.20 เดือน (SD = 9.61) โดย เป็นระยะที่ 1 จำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.73 ระยะที่ 2 จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.88 และระยะที่ 3 จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.48 ตามลำดับ แต่มีตัวอย่างเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่รับทราบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.72 และทราบว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตอยู่ในระยะใด จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.91

กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาลดความดันโลหิตเป็นยากลุ่ม Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors/Angiotensin II Receptor Antagonist Blockers (ACEI/ARBs) มากที่สุด ร้อยละ 95.56 รองลงมาคือ ยากลุ่ม Diuretics ร้อยละ 48.43 อาการ

ข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 20.44) รองลงมาคือ ไอ (ร้อยละ 10.65) มีจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวัน 1 ถึง 15 เม็ด เฉลี่ยวันละ 4.80 เม็ด (SD = 2.68) มีจำนวนมียา 1 ถึง 4 มื้อต่อวัน เฉลี่ยวันละ 1.82 มื้อต่อวัน (SD = 0.55) โดยส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพอใช้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (N = 376)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	Possible range	ต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD	ประเมินผล
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0-11	0-11	8.34	2.75	ปานกลาง
ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0-16	0-16	12.14	3.26	ปานกลาง
ความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	0-18	0-18	10.31	3.91	พอใช้
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม	0-45	4-44	30.80	7.51	ปานกลาง

ผลศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้าน

การประเมินผล คะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N = 376)

การสนับสนุนทางสังคม	Possible range	ต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD	ประเมินผล
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	18-90	23-90	56.85	13.42	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล	15-75	15-75	47.43	12.67	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	21-105	22-105	65.48	17.42	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ	15-75	20-75	47.85	12.71	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	69-345	111-332	217.63	47.80	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีระยะทางในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ย 7.83 กิโลเมตร (SD = 6.67) ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ย 16.64 นาที (SD = 9.85) ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการเฉลี่ย 88.18 คะแนน (SD = 15.99) ระยะเวลาในการรอรับบริการเฉลี่ย 80.97 นาที (SD = 51.47) ความสะดวกในการรับบริการเฉลี่ย 89.54 คะแนน (SD = 11.98) และระยะเวลาของการนัดตรวจรักษาเฉลี่ย 5.03 สัปดาห์ (SD = 1.88) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะสถานบริการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมาใช้บริการ (N = 376)

ลักษณะสถานบริการ	ต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD
ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ (กิโลเมตร)	0.10-30	7.83	6.67
ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ (นาที)	2-60	16.64	9.85
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ (คะแนน)	4-100	88.18	15.99
ระยะเวลาในการรอรับบริการ (นาที)	13-360	80.97	51.47
ความสะดวกในการรอรับบริการ (คะแนน)	10-100	89.54	11.98
ระยะเวลาของการนัดตรวจรักษา (สัปดาห์)	2-12	5.03	1.88

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ตารางที่ 4 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N = 376)

ความร่วมมือในการรักษา	Possible range	ต่ำสุด-สูงสุด	Mean	SD	ประเมินผล
ความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานอาหาร	0-70	1-70	43.11	14.16	ปานกลาง
ความร่วมมือในการรักษาด้านการออกกำลังกายและ การทำกิจกรรม	0-50	1-50	16.99	13.29	พอใช้
ความร่วมมือในการรักษาด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	0-40	1-40	31.70	6.71	ปานกลาง
ความร่วมมือในการรักษาด้านการจัดการ ความเครียด	0-30	0-30	14.33	12.86	พอใช้
ความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาและ การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	0-60	1-60	52.44	12.36	ดี
ความร่วมมือในการรักษาโดยรวม	0-250	7-240	158.59	32.83	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า ความรู้โดยรวมทุกด้านและความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกด้าน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะสถานบริการพบว่า ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความสะดวกในการรอรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษาและ ลักษณะสถานบริการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N = 376)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ลักษณะของผู้ป่วย		
เพศ	$r_s = -.04$	.435
อายุ (ปี)	$r_s = .04$	.393
การศึกษา (ปี)	$r_s = .08$	.144
รายได้ (บาท)	$r_s = .02$	.742

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษาและ ลักษณะสถานบริการกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N = 376) (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง		
ความรู้ด้านโรคความดันโลหิตสูง	$r_s = .02$	.705
ความรู้ด้านการปฏิบัติตัว	$r_s = -.07$	.167
ความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง	$r_s = .22$	< .001
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงรวมทุกด้าน	$r_s = .14$	.005
การสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	$r = .10$	.046
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล	$r = .12$	.024
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	$r = .18$	< .001
การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ	$r_s = .14$	.008
การสนับสนุนทางสังคมรวมทุกด้าน	$r = .15$	.003
การสนับสนุนทางสังคม (จำแนกตามแหล่ง)		
การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลในครอบครัว	$r_s = .15$	.003
การสนับสนุนทางสังคมของเพื่อน	$r = .17$	.001
การสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	$r_s = .15$	.003
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกแหล่งสนับสนุน	$r = .15$	.003
ลักษณะอาการเจ็บป่วย		
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูง (เดือน)	$r_s = .05$	.351
ระยะเวลาที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต (เดือน)	$r_s = -.01$	.904
ทราบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต	$r_s = .08$	.102
ทราบระยะภาวะแทรกซ้อนทางไต	$r_s = .00$	.949
ระยะของภาวะแทรกซ้อนทางไต	$r_s = .10$	.064
โรคร่วม	$r_s = -.14$	.005
ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา		
จำนวนชนิดยา	$r_s = .04$	.414
จำนวนเม็ดยา	$r_s = .00$	.954
จำนวนมียา	$r_s = -.02$	.747
จำนวนอาการข้างเคียงของยา	$r_s = -.08$	.115

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษาและ ลักษณะสถานบริการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (N = 376) (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัสสาวะบ่อย	$r_s = -.17$	.005
ไอ	$r_s = -.16$	.002
ง่วงนอน	$r_s = .00$	.940
อื่น ๆ เช่น อ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น	$r_s = -.02$	.633
ลักษณะสถานบริการ		
ระยะทางในการเดินทางมารับบริการ	$r_s = .00$	.928
ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ	$r_s = -.04$	.427
ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	$r_s = .24$	<.001
ระยะเวลาในการรอรับบริการ	$r_s = .03$	.527
ความสะดวกในการรอรับบริการ	$r_s = .10$	.046
ระยะเวลาของการนัดตรวจรักษา	$r_s = -.02$	.677

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน r_s = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ป่วย ลักษณะอาการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา และลักษณะสถานบริการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษา และรายได้อยู่ในระดับต่ำใกล้เคียงกัน อยู่ในชุมชนเดียวกัน ได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจากบุคลากรกลุ่มเดียวกัน ทำให้ความเข้าใจในความร่วมมือในการรักษาล้ำกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา²⁰

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้โดยรวมทุกด้านและความรู้ด้านยาและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ศักรินทร์ หลิมเจริญและคณะ¹⁶ และสุภาพร แนวบุตร¹² และผลการวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา²¹⁻²³

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมทุกด้าน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล²⁴ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากญาติช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาที่ดี ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากทุกแหล่งทั้ง 3 แหล่ง (บุคคลในครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า การสนับสนุนจาก สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท และบุคลากรทางแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,18,25} การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในชุมชนขนาดเล็กมีลักษณะเป็นชุมชนเมือง กึ่งชนบท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มารับบริการจะมีบุคคลในครอบครัวมาด้วย หรือมากับเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้กัน ซึ่งมีนัดตรวจพร้อมกัน ผู้ป่วยเป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการ การมีความสัมพันธ์ที่ดีทำให้มีการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุขทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี

ลักษณะอาการเจ็บป่วย ผลการศึกษา พบว่า โรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทราบว่าศึกษานี้พบว่า โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะมีปริมาณยาที่ต้องรับประทานต่อวัน มากกว่าผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยาและมารับบริการ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดี ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่ตรวจพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต การทราบว่า มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และการทราบถึงระยะภาวะแทรกซ้อนทางไต ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษา^{26,27} กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะที่ 1 มากที่สุด ซึ่งยังไม่ปรากฏความรุนแรงของอาการแสดงของโรคให้เห็น จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านยาที่ใช้รักษา ผลการศึกษา พบว่า จำนวนชนิดของยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมียา และจำนวนอาการข้างเคียงของยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ คักตันรินทร์ หลิมเจริญ และคณะ¹⁶ และสุมาลย์ วิวัฒน์คุณูปการ²⁸ ที่พบว่าจำนวนมียาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้พบว่า มีจำนวนเม็ดยามากกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาวันละไม่เกิน 1-2 เม็ดต่อวัน ซึ่งจะมีความร่วมมือในการรักษาที่ดีกว่า²³ จำนวนเม็ดยาที่มาก อาจรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย²⁹ จึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และพบว่า อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อยและอาการไอไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเกิดอาการข้างเคียงเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย จากการรับประทานยาแต่ละครั้งและมีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการรักษาได้¹⁶

ลักษณะสถานบริการ ผลการศึกษา พบว่า ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ และความสะดวกในการรอรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านลักษณะสถานบริการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา¹⁴ การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนขนาดเล็ก ระยะทางไม่ไกลในการเดินทางมารับบริการ ใช้เวลาในการเดินทางไม่เกิน 30 นาที ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีญาติ หรือเพื่อนบ้านพามาตรวจ หรือว่าจ้างรถจักรยานยนต์รับจ้างมาส่งที่โรงพยาบาลได้อย่างสะดวก ส่วนผู้รับบริการบางรายที่มีระยะทางในการเดิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

ทางมากกว่า 30 กิโลเมตร ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางไม่นานเพราะมีรถยนต์ส่วนตัวทำให้ไม่มีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในสถานบริการอื่นๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากการศึกษาคครั้งนี้ ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถอ้างอิงได้ ควรทำการศึกษาในสถานบริการที่แตกต่างกันเพื่อเข้าใจความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรม (intervention program) เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทางไต เน้นเรื่องการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานยา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยให้ญาติผู้ดูแลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วม และมีการติดตามผลลัพธ์ของการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics; 2015 (cited 2016 October 31). Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/
2. Information and Communication Technology Center Ministry of public health. Annual report; 2015 (cited 2016 September 11). Available from: <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
3. Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health. Report; 2016 (cited 2018 March 1). Available from: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008>
4. The Nephrology society of Thailand. Clinical practice recommendation for the evaluation and management of chronic kidney disease in adult; 2015 (cited 2016 May 14). Available from: <http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final/CKD>
5. Krittayaphong R, Rangsin R, Thinkamrop B, Hurst C, Rattanamongkolgul S, Sripaiboonkij N, et al. Prevalence of chronic kidney disease associated with cardiac and vascular complications in hypertensive patients: a multicenter, nation-wide study in Thailand. BMC Nephrol. 2017; 18(1):115. (cited 2017 July 18). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28372538>
6. Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health. Report; 2012 (cited 2018 May 25). Available from: <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008>
7. Phothisat S, Phongsuthana S. Thailand medical services profile 2011-2014. 1st ed. (cited 2018 May 26). Available from: <http://www.hiso.or.th.picture/reportHealth/report/report8.pdf> (in Thai)
8. Joint National Committee. The eight report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VIII); 2013 (cited 2014 October 31). Available from: <http://nmhs.net/document/27JNC8HTNGuidelinesBookBooklet.pdf>
9. Thai Hypertension Society. Thai guideline on the treatment of hypertension; 2015 (cited 2015 July 11). Available from: <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
10. Han WP, Hong SA, Triphat S. Factors relate to medication adherence among essential hypertensive patients in tertiary hospitals in Yangon, Myanmar. Journal of Public Health and Development. 2015 (cited 2016 July 11);13(2):57-70. Available from: <http://repository.li.mahidol.ac.th/dspace/bitstream/123456789/1569/2/ad-ar-sariyamo-2015.pdf>
11. Ickovics JR, Meade CS. Adherence to antiretroviral therapy among patients with HIV: a critical link between behavioral and biomedical sciences. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002;3(31):98-102.
12. Naewbood S. Factors related to medication adherence among persons with hypertension [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2007.

13. Komkhuntod C. Factors related to medication adherence among persons with diabetes mellitus type 2 [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2011. (in Thai)
14. Wongyai S, Maneesriwongul W, Putawatana P. Factors related to medication adherence among patients with diabetes type 2 at diabetics clinic. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2014;30(2):80-9. (in Thai)
15. Maneesriwongul W, Tulathong S, Fennie KP, Williams AB. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patient in Thailand. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 (cited 2014 October 31); 43(Suppl1): S119-22. Available from: http://mobile.journals.iww.com/jaids/_layouts/oaks.journals.mobile/articleviewer.aspx?
16. Limchareon S, Masingboon K, Kunsonkeit W. Factors related to adherence to treatment among essential hypertensive patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2007 (cited 2015 November 14); 15(1):63-79. Available from: http://digitalcollect.lib.buu.ac.th/journal/Nursing/15_1/p63-79.pdf (in Thai)
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A.G* Power 30.10 [Internet].2008 (cited 2015 July 15)Available from: <http://www.brothersoft.com/gpower-405573.html>
18. Meekusol S. A casual model of adherence to hypertensive treatment among women with hypertension in Bangkok. [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2018.
19. Pinprapapan A. A casual model of adherence to therapeutic regimens among Thais with hypertension. [dissertation]. Changmai: Changmai University; 2013.
20. Alsolami F, Correa-Velez I, Hou X-Y. Factors affecting antihypertensive medications adherence among hypertensive patients in Saudi Arabia. AJMMS. 2015 (cited 2017 May 25); 5(4):181-9. Available from <http://www.sapub.org/global/showpaperpdf.aspx?doi+10.5923/jcmd.20120204.02>
21. Ambaw AD, Alemie GA, WYohannes SM, Mengesha ZB. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. BMC Public Health. 2012 (cited 2017 May 25);12:3-6. Available from: <http://www.ncbi.nih.gov/pmc/articales/PMC3395566/>
22. Teshome DF, Bekele KB, Habitu YA, Gelagay AA. Medication adherence and its associated factors among hypertensive patients attending the Debre Tabor General Hospital, North Ethiopia. Integrated Blood Pressure Control 2017 (cited 2018 September 20);10:1-7. Available from: <http://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=33992>
23. Tepsuriyanont S. Medication adherence behavior among hypertensive adult patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017 (cited 2017 December 18); 18(3):115-22. Available from: <http://www.tci-thaijo.org/infex.php/JNAE/article/view/92455>
24. Maneesriwongul W. The knowledge synthesis of medication adherence for people receiving antiretroviral therapy. In Ningsanon P, Chasombat S, Jirawataphaisan T, Maisuwan S. Lessons learned for enhancing medication adherence for people with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2004: 9-20. (in Thai)
25. Chaipermasak P. The role of family support in the control of hypertension [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2002. (in Thai)
26. Anusakul S. Factors affecting health status perception among hypertensive patients Mae Wang Hospital. [thesis]. Changmai: Changmai University; 2001. (in Thai)
27. Sowapak P. Factors related to drug adherence among elders with hypertension. [thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)
28. Wiwatkunopakarn S. Drug compliance among essential hypertension patients at Nan Hospital. [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2001.
29. Wangthanakorn S, Phatidumrongkul C, Khomchan P. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. Songkha Med J. 2008 (cited 2017 December 18);26(6):539-47. Available from: http://medinfo.psu.ac.th/smj2/26_6/pdf-26-6/03-sumalee.pdf (in Thai)