

Received: 15 Feb.2024, Revised: 24 Mar.2024

Accepted: 31 Mar.2024

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายรุ่งนภา ยาวิโล^{1*} สรวิต บุญญฐิ²

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง เป็นมาตรการเฝ้าระวังเพราะเพิ่มความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ อีกมากมาย และยังมีผู้ป่วยอีกหลายล้านคนที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เหมาะสมได้ การที่ผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตที่สูง และมีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า เชื้อชาติ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา งานวิจัยฉบับนี้จึงทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

แบบวิจัย: เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา: ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 ($p\text{-value}<0.01$) และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161 ($p\text{-value}<0.05$) โดยปัจจัยทั้งสองสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square = 0.279)

สรุป: ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยา สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยสามารถนำผลจากการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องอาศัยความเข้าใจเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านของภาษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อที่สืบทอดกันมารุ่นต่อรุ่น จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

คำสำคัญ ความร่วมมือในการใช้ยา, โรคความดันโลหิตสูง, ชาติพันธุ์, แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา

² อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

*Corresponding author E-mail address : yawilorunghpa@gmail.com

*Original Article***Factor Affecting to Maddilcation Adherence Among Ethnic Hypertensive Patients of Maesai Sub-District Health Promotion Hospital, Maesai District, Chiangrai Province.****Rungnapha Yawilo^{1*} Sorawit Boonyathee²****Abstract**

Rationale of the Study: Hypertension is a severe chronic disease, There is a silent killer as it increases the risk of many diseases and millions of patients are being treated but unable to control the level of blood pressure appropriately. Lack of cooperation with medication in patients is one of the reasons why patients have high blood pressure levels, and many studies have shown that ethnicity is one factor that correlates and affect the cooperation in medication use. Therefore, this research study with patients in ethnic groups with hypertension, To study what factors that affect medication cooperation and can be used as a guideline to solve the problems further.

Research objectives: To study factors affecting medication use cooperation of patients in ethnic groups with hypertension, Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province.

The factors studied are Patient's personal factors, Health factor, Social and economic factors, Factors related to treatment, and factors related to the health service system.

Research methods: Cross-sectional study.

Materials and method: Study in hypertension patients in ethnic groups who received treatment services in Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province. Number of samples 174 people collected data from December 2022 to February 2023. The researchers analyzed the data by descriptive statistics, correlation coefficient statistics, and stepwise multiple regression analysis.

Results: Patient's personal factors in terms of attitudes/beliefs about hypertension and antihypertensive medication has a positive effect on medication cooperation scores is equal to 0.511 (p-value<0.01) and factors related to treatment in terms of the complexity of medication plans negatively affect the score of medication cooperation is equal to 0.161 (p-value<0.05), Both factors can predict medication use cooperation at 27.90 percent (Adjusted R square = 0.279).

Conclusion: Patient's personal factors in terms of attitudes/beliefs about hypertension and antihypertensive medication and factors related to treatment in terms of the complexity of medication plans, Able to predict medication cooperation in hypertension patients in ethnic groups who received treatment services in Mae Sai Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province. The result of this study can be utilized to plan to solve problems and develop projects to promote cooperation in the appropriate use of medicines, because ethnic group is a fragile group that requires a lot of understanding. In terms of language, customs, traditions and beliefs that have been passed down from generation to generation. So, the problem can be solved most efficiently.

Key words: Medication use cooperation, Hypertension, Ethnicity, Multidimensional Adherence Model: MAM

บทนำ

“มาตกรเจียบ” อีกชื่อเรียกหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจ สมอ่ง ไต และโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญระดับโลก ในปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2573 คือ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 33¹ จากรายงานสถานการณ์ความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่า สาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) เพิ่มขึ้นจาก 3,936,171 คน เป็น 5,597,671 คน จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุก 18,788 รายต่อแสนประชากร อำเภอแม่สายก็เช่นกันพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นกัน ล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง 17,399 รายต่อแสนประชากร²

มาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งสาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทยเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพราะมักจะไม่มีอาการ 2) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง และ 3) การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่แต่ก็ยังคงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ³

องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ⁴ แต่ผลการศึกษายังมีความขัดแย้งกันและยังไม่สามารถสรุปได้ชัดว่าปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความร่วมมือในการทานยาหรือไม่อย่างไร แต่ในการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา เช่น จากการศึกษาสถานะทางเชื้อชาติ พบว่า ชนกลุ่มน้อยอาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการทานยา⁵ และพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือและการจัดการทางการแพทย์⁶ และได้มีการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประกันของเอกชนในสหรัฐอเมริกาในเวลา 2 ปีครึ่ง พบว่าคนที่มีความพิการและเชื้อสายสเปนมีความร่วมมือในการใช้ยาค่อนข้างต่ำกว่าคนผิวขาวร้อยละ 7.5⁷

ประชากรในพื้นที่ตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ทำให้มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา การศึกษา จากข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สายจำนวน 844 ราย โดยเป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.63 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่มีเชื้อชาติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เชื้อชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 267 คน

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล⁸ ในกรณีที่ทราบประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังสูตร

$$\frac{NZ^2P(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2p(1-p)}$$

n= จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N= จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด

p= สัดส่วนของลักษณะที่สนใจประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p=0.5)

d= ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

Z= ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05(1.96)

$$n = \frac{(267)(1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}{(0.05)^2[(267-1)] + (1.96)^2(0.5)[(1-0.5)]}$$

$$n = \frac{256.4268}{1.6254}$$

$$n = 157.76227 \approx 158 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement: SRSWOR) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง 174 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 2 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างรับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ย้ายถิ่นฐานที่อยู่ หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง จำนวน 1 ชุด

1. แบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของมอริสกี ชนิด 8 คำถาม (8-item Morisky Medication Adherence Scale; MMAS-8) จำนวน 8 ข้อ โดย 7 ข้อแรก เป็นคำถามปลายปิด ให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีคะแนนเป็น 0 และ 1 ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์มาใช้ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.803 มีการแปลผลความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-น้อยกว่า8) และระดับสูง (8 คะแนน)⁹

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้วางกรอบร่างของเครื่องมือ เพื่อวัดตัวแปรตาม วัดวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าและศึกษาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผู้วิจัยวิเคราะห์วัตถุประสงค์และกำหนดประเด็นคำถามที่จะกำหนดตามรายละเอียดการวัด เพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ร่างและพิมพ์แบบสอบถามตามที่ได้กำหนดไว้

2.3 นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน และนำมาปรับปรุงจนดัชนีความสอดคล้อง จากความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.4 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30คน เพื่อประเมินค่าความตรงและค่าความเที่ยง นำมาปรับปรุงให้มีกระชับและความเหมาะสมต่อไป

2.5 ส่งพิมพ์และเย็บชุดแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ศึกษาพัฒนามาจากงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

- 1) นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด
- 2) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและ ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้อง การวัดตามเกณฑ์การให้คะแนนและการใช้ภาษาที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ซึ่งแต่ละท่านพิจารณาความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

- 3) นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

R = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดพบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97, แบบสอบถามทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89, แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83 และแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2. การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง ตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยนำคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต และแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวน 9 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ชาติพันธุ์ และการสื่อสาร

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน งานวิจัยฉบับนี้ได้รับรวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีเท่ากับ 0.97 และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.792 มีการแปลผลแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน) และระดับสูง (10-12 คะแนน)

3. แบบวัดทัศนคติ/ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.842 มีเกณฑ์การให้คะแนน Rating Scale 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

4. แบบประเมินความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ: ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน) ภาวะพึ่งพารุนแรง (5-8 คะแนน) ภาวะพึ่งพาน้อย (9-11 คะแนน) และไม่เป็นภาระพึ่งพา (12-20 คะแนน)¹¹

5. แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index: CCI โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน ให้ใส่คะแนนตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นลงในช่อง “คะแนน” โดยคะแนนสูงขึ้น หมายถึง ระดับความรุนแรงของโรคร่วมที่สูงขึ้น ซึ่งผู้วิจัยประเมินจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยประกอบกับการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง มีการ

แปลผล ดังนี้ ไม่มีโรคร่วม (0 คะแนน) มีโรคร่วมน้อย (1-2 คะแนน) มีโรคร่วมปานกลาง (3-4 คะแนน) และมีโรคร่วมมาก (5 คะแนนขึ้นไป)¹²

6. แบบบันทึกความซับซ้อนของแผนการให้ยา (Medication Regimen Complexity Index: MRCI)¹³ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย รูปแบบของยาที่ใช้ (Dosage Forms) จำนวน 32 ข้อ ส่วนที่ 2 ความถี่ในการบริหารยา (Dosing Frequencies) จำนวน 23 ข้อ และส่วนที่ 3 วิธีใช้ยาเทคนิคพิเศษ (Additional Directions) จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (โปรแกรม JHCIS) และ โรงพยาบาลแม่สาย (Hos XP) โดยบันทึกข้อมูลการให้ยาของผู้ป่วยลงโปรแกรม Microsoft Access Database (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) ประมวลผลข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความซับซ้อนต่ำ (3-15 คะแนน), ระดับความซับซ้อนปานกลาง (16-28 คะแนน) และระดับความซับซ้อนสูง (29-41 คะแนน)

7. แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 16 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.828 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ให้ 0 คะแนน และ พบอาการไม่พึงประสงค์ให้ 1 คะแนน

8. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย)¹⁴ ผ่านการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ ให้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

9. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick¹⁵ ในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีคำถาม 12 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91 จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.785 มีเกณฑ์การให้คะแนน Rating Scale 5 ระดับ และแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์¹⁰ โดยแบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ: ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการกำหนด ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา และระดับความร่วมมือในการใช้ยา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

สถิติเชิงวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ โดยตัวแปรเชิงกลุ่มใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และตัวแปรเชิงปริมาณใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson' correlation coefficient)

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.91 มีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี (SD = 8.40) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 70.11 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 45.40 ด้านกลุ่มชาติพันธุ์พบว่าส่วนใหญ่เป็นไทยใหญ่ร้อยละ 47.70 รองลงมาคือไทยลื้อร้อยละ 46.55 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.69 ด้านทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.56 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=174)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	28	16.09
- หญิง	146	83.91
อายุ		
- ต่ำกว่า 59 ปี	53	30.46
- 60 – 69 ปี	82	47.13
- 70 – 79 ปี	36	20.69
- 80 ปี ขึ้นไป	3	1.72
$\bar{x} = 63.27$, SD = 8.403, Med = 64 , Min = 40, Max = 89		
สถานภาพ		
- โสด	12	6.90
- สมรส	122	70.11
- หม้าย	32	18.39
- หย่า/แยกกันอยู่	8	4.60
อาชีพ		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79	45.40
- ค้าขาย	46	26.44
- เกษตรกรรม	15	8.62
- รับจ้าง	34	19.54
ชาติพันธุ์		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
- ไทยใหญ่	83	47.70
- ไทยลื้อ	81	46.55
- ไทยจีน	3	1.72
- จีนฮ่อ	1	0.57
- พม่า	2	1.15
- ลาหู่	2	1.15
- อาข่า	2	1.15

ระดับความรู้

- ความรู้ระดับต่ำ	1	0.57
- ความรู้ระดับปานกลาง	50	28.74
- ความรู้ระดับสูง	123	70.69

$\bar{x} = 10.10$, $SD = 1.20$, $Med = 10$, $Min = 6$, $Max = 12$

ระดับทัศนคติ/ความเชื่อ

- ทัศนคติระดับต่ำ	32	18.39
- ทัศนคติระดับปานกลาง	128	73.56
- ทัศนคติระดับสูง	14	8.05

$\bar{x} = 40.49$, $SD = 7.53$, $Med = 43$, $Min = 23$, $Max = 54$

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

การศึกษานี้ประเมินความรุนแรงของโรคจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 95.98 รองลงมาคือภาวะพึ่งพาปานกลางเพียงร้อยละ 2.30 ($\bar{x} = 19.28$, $SD = 2.37$) และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.30) รองลงมาคือมีโรคร่วมน้อยร้อยละ 47.70 ($\bar{x} = 0.59$, $SD = 0.68$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรค		
- ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0	0.00
- ภาวะพึ่งพารุนแรง	3	1.72
- ภาวะพึ่งพาปานกลาง	4	2.30
- ไม่เป็นการพึ่งพา	167	95.98
$\bar{x} = 19.28$, $SD = 2.37$, $Med = 20$, $Min = 7$, $Max = 20$		
ภาวะโรคร่วม		
- ไม่มีโรคร่วม	91	52.30
- มีโรคร่วมน้อย	83	47.70

- มีโรคร่วมปานกลาง	0	0.00
- มีโรคร่วมมาก	0	0.00
$\bar{x} = 0.59, SD = 0.68, Med = 0, Min = 0, Max = 2$		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การศึกษาในด้านสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือมากถึงร้อยละ 95.40 และไม่มีรายได้ร้อยละ 46.55 รองลงมาคือ มีช่วงรายได้ระหว่าง 1 – 2,000 บาท ร้อยละ 21.84 ($SD = 3,237.57$) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงร้อยละ 71.26 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางร้อยละ 25.86 ($\bar{x} = 47.72, SD = 8.81$) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (n=174)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	166	95.40
- ประถมศึกษา	8	4.60
รายได้ต่อเดือน		
- ไม่มีรายได้	81	46.55
- 1 – 2,000 บาท	38	21.84
- 2,001 – 5,000 บาท	27	15.52
- 5,000 บาท ขึ้นไป	28	16.09
$SD = 3,237.57, Med = 2,000, Min = 0, Max = 15,000$		
ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม		
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	5	2.87
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	45	25.86
- มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	124	71.26
$\bar{x} = 47.72, SD = 8.81, Med = 49, Min = 25, Max = 60$		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความซับซ้อนต่ำ ร้อยละ 99.43 ($\bar{x} = 8.13, SD = 2.84, Min = 4, Max = 19$) และในด้านของการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 86.78 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา		
- ระดับความซับซ้อนต่ำ	173	99.43
- ระดับความซับซ้อนปานกลาง	1	0.57
- ระดับความซับซ้อนสูง	0	0.00

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
$\bar{x} = 8.13$, $SD = 2.84$, $Med = 7$, $Min = 4$, $Max = 19$		
อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์		
- ไม่พบ	151	86.78
- พบ	23	13.22

ส่วนที่ 5 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในด้านของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมากถึงร้อยละ 89.08 มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 51.81$, $SD = 5.56$) และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 99.43) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์		
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับต่ำ	2	1.15
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง	17	9.77
- มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับสูง	155	89.08
$\bar{x} = 51.81$, $SD = 5.56$, $Med = 52.50$, $Min = 23$, $Max = 60$		
การสื่อสารภาษาไทย		
- ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	1	0.57
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	173	99.43

จากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.22 รองลงมาที่มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.84 ($\bar{x} = 6.50$, $SD = 1.12$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ	38	21.84
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง	110	63.22
ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง	26	14.94
$\bar{x} = 6.50$, $SD = 1.12$, $Med = 6.75$, $Min = 2.50$, $Max = 8$		

จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด คือ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 0.511$, $p < 0.01$) และสถานภาพสมรสที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาเช่นกัน ($r = 0.16748$, $p < 0.05$) รองลงมาคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านของการ

เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตซึ่งความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = 7.380$, $p < 0.05$) และสุดท้ายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ำสุด คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการใช้ยา ($r = -0.165$, $p < 0.05$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย		
- สถานภาพสมรส	16.748	0.010
- ทศนคติ/ความเชื่อ	0.511	<0.001
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา		
- อาการไม่พึงประสงค์	7.380	0.025
- ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา	-0.165	0.030

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161 ดังตาราง 8 ทั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงสุด โดยตัวแปรทำนายทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square=0.279)

ดังนั้น สามารถเขียนสมการพยากรณ์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ในรูปแบบมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

$$Y' = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y' = คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

b_0 = ค่าคงที่ (Constant)

$b_1, b_2, \dots, b_n$ = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b)

$$Y' = 3.939 + 0.511 (\text{ทัศนคติ/ความเชื่อ}) - 0.161 (\text{ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา})$$

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

ตัวแปรทำนาย	สัมประสิทธิ์ถดถอยที่ไม่ปรับ		สัมประสิทธิ์ถดถอยปรับ		t	p-value
	มาตรฐาน		มาตรฐาน			
	B	Std. Error	Beta			
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย						
- ทศนคติ/ความเชื่อ	0.076	0.010	0.511		7.796	<0.001**
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา						

- ความซับซ้อนของแผนการใช้จ่าย	-0.064	0.026	-0.161	-	0.013*
				2.496	
ค่าคงที่ (Constant)	3.939	0.449		8.779	<0.001**

R = 0.536, R Square = 0.287, Adjusted R Square = 0.279, SE = 0.95417

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

การวัดความร่วมมือในการใช้จ่ายสามารถทำได้หลากหลายวิธี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินของ Morisky ชนิด 8 คำถาม ฉบับภาษาไทย พบว่าความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.22) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชาศรีญาณ บัญเกื้อ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทายาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดระดับมาก (ร้อยละ 74.6) และการศึกษาของ ประเมษฐ์ พรหมพินิจ และคณะ¹⁷ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้จ่ายอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 63.4) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ซึ่งบางท่านอาจมีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาของตนทำให้รู้สึกว่าจะต้องพยายามทานยาให้ถูกต้องมากที่สุด กลัวไม่ได้ทานยาอีก กลัวเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่บางท่านที่ไม่ค่อยใส่ใจเรื่องการใช้จ่ายอาจเป็นเพราะอาชีพที่ทำอยู่ทำให้ไม่มีเวลาที่แน่นอน (กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 26.44 และรับจ้าง ร้อยละ 19.54)

สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายสามอันดับแรก ได้แก่ 1) เมื่อเดินทางหรือออกจากบ้าน มักจะลืมเอายาไปด้วย (ร้อยละ 28.7) 2) การลืมทานยา 3) รู้สึกว่าการทานยาทุกวันเป็นความไม่สะดวก รำคาญที่ต้องเคร่งครัดกับการทานยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Delara Laghousi, et al.¹⁸ พบว่าสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่ายของกลุ่มตัวอย่าง คือ หยุคกินยาเนื่องจากการหลงลืม และด้วยเหตุผลอื่นนอกเหนือจากการลืม ส่วนงานวิจัยของ ปิติพร สิริทิพากร , วีรศักดิ์ เมืองไพศาล¹⁹ พบว่า สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้เนื่องจาก ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 50.2) และลืมนำยาประจำติดตัวไปด้วย เมื่อต้องไปพักค้างที่ต่างจังหวัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีถิ่นกำเนิดอยู่ที่ประเทศไทย และญาติพี่น้องก็ย้ายที่อยู่กันไปหลายที่ เช่น อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่จัน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือในเขตอำเภอแม่สายแต่คนละตำบล ทำให้มีความคิดถึงกัน ยากพูดคุย ยากเจอกัน และการไปเจอกันในแต่ละครั้งต้องมีการพักค้างคืน บางครั้งลืมนำยาติดตัวไปด้วย และไม่ได้ไปติดต่อรับยาที่สถานพยาบาล รพ.สต.หรือโรงพยาบาลในพื้นที่นั้น ๆ อาจเป็นเพราะความไม่รู้หรือกลัวเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง

ทัศนคติและความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายและสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ (Beta=0.511, p-value <0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวรรณ ชันแก้ว และคณะ²⁰ ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอธิบายไว้ว่าหากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง ผู้ป่วยจะเข้าใจผลดีของพฤติกรรมต่อสุขภาพและส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้จ่าย (B=0.513, p-value<0.01) และการศึกษาของ นุชราพร แซ่ตั้ง และ นิหรา กิจธีรภูมิพงษ์²¹ พบว่าทัศนคติในการใช้จ่ายปฏิชีวนะสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้จ่ายปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้ร้อยละ 45.6 (b=0.415, p-value<0.01) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ การที่บุคคลเหล่านี้จะได้รับสิ่งที่ถูก

ถ่ายทอดมา มีเพียงช่องทางเดียว คือ การฟัง ทั้งสิ่งที่ถูกต้องและสิ่งที่มีความเชื่อผิด ๆ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะไม่สามารถวิเคราะห์หรือหาความรู้เพิ่มเติมได้เลย หากบุคคลที่พูดเป็นคนที่น่าเชื่อถือ กลุ่มตัวอย่างจะเชื่อ นำไปปฏิบัติ และบอกกล่าวกับญาติพี่น้องต่อไป

ความซับซ้อนของแผนการใช้จ่ายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้จ่ายและสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ²² พบว่าแบบแผนของการใช้จ่ายลดความดันโลหิตในระดับต่ำจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการใช้จ่ายที่ดี และงานวิจัยของ ศิณภาพรรณ หอมรส²³ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับประทานยาต่ำกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสร่วมมือในการใช้จ่ายได้มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป อยู่ 2.29 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.43 ถึง 3.67) ซึ่งมีความแตกต่างกับงานวิจัยของ Hyo Yoon Choi., et al.²⁴ ที่พบว่าหากผู้ป่วยทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับยาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะมีความร่วมมือในการใช้จ่ายได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ทานแค้ยาลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ ดังนั้นจึงใช้การจำเพียงอย่างเดียว ในการทานยาแต่ละมื้อ บางครั้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคไตเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งอาจจะมีทั้งยาทาน ยาฉีด และยาพ่น หรืออาจมีแค้ยาทานแต่ทานหลายเม็ด หลายมื้อ ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสับสน จำไม่ได้ จึงทำให้ใช้จ่ายผิด ๆ ถูก ๆ

สรุป

จากการนำแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้จ่าย (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย, ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ, ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้มีความครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน อาจมีติดขัดเล็กน้อยในเรื่องของภาษา แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานกว่า 10 ปี และผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามเองทุกราย จึงได้คำตอบที่ถูกต้องและเป็นความจริง จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นปัจจัยที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้จ่ายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และจากการตอบแบบสอบถามพบว่า สาเหตุหลักของความไม่ร่วมมือในการใช้จ่าย คือ การลืมทานยา ดังนั้น ควรจัดทำโปรแกรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้จนเกิดเป็นทัศนคติที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมพฤติกรรมที่เหมาะสม พร้อมกับการใช้โปรแกรมคอยเตือนการทานยาให้ผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สรวิต บุญญฐิ์ สำหรับคำแนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณพื้นที่การวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย และอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ให้ข้อมูล จนการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension. [Online].2023 [cited 2023 April 10]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง [Available from: http://61.19.32.29/smart-ncd-cro/web/index.php?r=report/greport&id=ht_Prevalence&pur=09&sp_level=&year=2023

3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ทริค อินค์; 2562
4. Karen Strike, Anthony Chan, Alfonso Iorio, Monica R. Maly, Paul W. Stratford, Patricia Solomon. Predictors of treatment adherence in patients with chronic disease using the Multidimensional Adherence Model: unique considerations for patients with haemophilia. J Haem Pract 2020; 7(1):92-101. doi: 10.17225/jhp00152
5. Alina Gast and Tim Mathes. Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. Gast and Mathes Systematic Reviews 2019; 8(112):1-17.
6. Spoorthy Kulkarni and Johann Graggaber. How to improve compliance to hypertension treatment. e-Journal of Cardiology Practice 2022; 22(1)
7. Zhiwen Xie, Patricia St. Clair, Dana P. Goldman, Geoffrey Joyce. Racial and ethnic disparities in medication adherence among privately insured patients in the United States. Plos one 2019; 14(2):1-9.doi:
8. Daniel, W. W. (1999). Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. (7th ed). New York: John Wiley & Sons.
9. นางลักขณ์ อิงคณณี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ธวัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Journal of Nursing Science 2011;29(2):56-64
10. Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
11. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 1; 2564
12. กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรในการบริหารผู้ป่วยวิกฤต ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประเทศไทย.
13. วนิตา มานะกิจจงกล. การใช้ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
14. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A revised Thai Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Spanish J Psychol. In press 2012; 15.
15. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. Psychol Rep. 1990; 67(3_suppl):1091-100
16. ชาศริญาณ์ บุญเกื้อ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาด้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ. Nursing science journal of Thailand 2021;40(3):60-75

17. ประเมษฐ์ พรหมพินิจ, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, วรินทร์มาศ เกษทองมา. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2020;13(1):538-550
18. Delara Laghousi, Fereshteh Rezaie, Mahasti Alizadeh, Mohammad Asghari Jafarabadi. The eight-item Morisky medication adherence Scale: validation of its Persian version in diabetic adults. Caspian J Intern Med 2021; 12(1):77-83. doi: 10.22088/cjim. 12.1.77
19. ปิติพร สิริทิพาการ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2019;37(4):186-195
20. วิภาวรรณ ชันธแก้ว, ปริญญารณ ณะบุญปวง, จิรียา อินทนา. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2021;1(1):1-12
21. นุชราพร แซ่ตั้ง, นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในอาการเจ็บคอบาดแผลสะอาด ท้องร่วง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก 2018;19:166-174
22. ดารณี ธนุแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย. ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2022;15(1):127-140
23. ศิณภาพรณ หอมรส. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต].พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2563.
24. Hyo Yoon Choi, Im Jung Oh, Jung Ah Lee, Jisun Lim, Young Sik Kim, Tae-Hee Jeon, et al. Factors affecting adherence to antihypertensive Medication. Korean J Fam Med 2018;39:325-332. doi: <https://doi.org/10.4082/kjfm.17.0041>