

ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Factors Predicting Medication Adherence in Patients with Essential Hypertension

ดารณี ธนุแก้ว* ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ** อรวมน ศรียุกตศุทธ*** ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย****
Daranee Tanukaew* Doungrut Watanakijkrileert** Aurawamon Sriyuktasuth***
Piroj Chattranukulchai****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 225 ราย อายุ 18 ปีขึ้นไป รับประทานยาด้วยตนเองอย่างน้อย 6 เดือน ได้รับความรักษาโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 68 ปี (S.D. = 10.23) มีความร่วมมือในการใช้ยา ร้อยละ 80 โดยความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายความร่วมมือใน

Received: November 13, 2020

Revised: May 27, 2021

Accepted: June 26, 2021

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: Daranee4425@gmail.com

* Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Mahidol University.
E-mail: Daranee4425@gmail.com

** Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

** Corresponding Author, Associate Professor Faculty of Nursing, Mahidol University.
E-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: aurawamon.sri@mahidol.ac.th

*** Associate Professor Faculty of Nursing, Mahidol University. E-mail: aurawamon.sri@mahidol.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: paioj.md@gmail.com

**** Assistant Professor Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. E-mail: paioj.md@gmail.com

การใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ร้อยละ 29.6 ($R^2 = .296$) โดยความเพียงพอของรายได้ ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 3.86$, 95% $CI = 1.31-11.35$, $OR = 2.86$, 95% $CI = 1.28-6.38$ และ $OR = 5.62$, 95% $CI = 1.61-19.43$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความร่วมมือในการใช้ยา ความซับซ้อนของการใช้ยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore factors predicting medication adherence among patients with essential hypertension. The subjects consisted of 225 patients with essential hypertension, aged eighteen-year-olds or above, who were self-medicating for at least six months, and treated at an outpatient department in a tertiary hospital in Bangkok. Data were collected by questionnaires and analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results revealed that of these respondents, 60% were female, the mean age was 68 (S.D. = 10.23), 80% of essential hypertension indicated medication adherence. Income sufficiency, health coverage, medication regimen complexity, the severity of the disease, and health literacy were co-pre predict medication adherence among patients with essential hypertension at 29.6% ($R^2 = .296$). Income sufficiency, medication regimen complexity and health literacy were able to predict medication adherence with statistical significance ($OR = 3.86$, 95% $CI = 1.31-11.35$, $OR = 2.86$, 95% $CI = 1.28 - 6.38$ and $OR = 5.62$, 95% $CI = 1.61-19.43$), respectively.

Keywords: essential hypertension, medication adherence, medication regimen complexity, health literacy

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) เป็นโรคที่ไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า และไม่ปรากฏอาการจนกว่าความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้น จึงมักถูกเรียกว่าเป็นฆาตกรเงียบ (Silent killer) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เนื่องจากหลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัวทำให้อวัยวะต่างๆ ที่สำคัญถูกทำลาย ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2013 พบทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2561¹

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) พบในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 90-95 ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนในการเกิดโรคเป็นการเปลี่ยนแปลงของกลไกการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งกลไกที่สำคัญคือ กลไกทางระบบประสาทซิมพาเทติก และระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเทโรน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมกลไกเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งสูญเสียความยืดหยุ่น ส่งผลทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ไม่มีประสิทธิภาพ และอวัยวะสำคัญที่ได้รับผลจากการ

เปลี่ยนแปลง ก็คือ สมอง หัวใจ และไต ทำให้น้ำเยื่อต่างๆ ขาดเลือด เกิดการตายของเนื้อเยื่อในอวัยวะต่างๆ²

การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ มี 2 วิธีด้วยกันคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการรักษาด้วยยาร่วมด้วย เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตามเป้าหมาย ลดความดันโลหิตถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ และลดความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตเป็นสิ่งสำคัญเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด สามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 20 และลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ร้อยละ 38³ อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบผู้ป่วยไม่มีความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตอยู่ในช่วงร้อยละ 39-66^{4,5}

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีปัจจัยเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาและรายได้ เป็นต้น และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ความรุนแรงของโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁶⁻⁸

ความเพียงพอของรายได้ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเพียงพอระหว่างรายรับและรายจ่าย รวมถึงการมีเงินสำรองสำหรับใช้จ่ายใน

ยามฉุกเฉิน พบว่ารายได้ที่ไม่เพียงพอมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต (OR 2.8; CI 1.1–6.9, $p=0.024$)⁸ อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต⁹

สิทธิการรักษา เป็นสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต การศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีการประกันสุขภาพหรือต้องจ่ายเงินสมทบในการรักษาที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง อย่างไรก็ตามการมีสิทธิครอบคลุมค่ายาหรือการมีสิทธิในการได้รับเงินอุดหนุน การสงเคราะห์จากรัฐบาลโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าผู้ที่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษา⁷ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพเอกชน สิทธิประกันสุขภาพ พบว่าการรักษาพยาบาลโดยที่ไม่ต้องจ่ายเงินเองจากสิทธิประกันสุขภาพ ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต¹⁰

ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา เป็นความซับซ้อนของจำนวนยาที่ใช้ ความถี่ของการใช้ยา ชนิดและรูปแบบของยา ข้อแนะนำพิเศษของการบริหารยาแต่ละชนิด ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดน้อยลง นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสม่ำเสมอในการรับประทานยา¹¹ สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่ง

โรคความดันโลหิตสูงพบได้ตั้งแต่วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การศึกษาดังกล่าวไม่ครอบคลุมผู้ป่วยผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรุนแรงของระดับความดันโลหิตสูงที่วัดในสถานพยาบาลเป็นหลักโดยประเมินจากระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย โดยประเมินจากระดับความดันโลหิตไม่ร่วมมือในการใช้ยา (AOR 3.3; 95% CI 1.3-8.0) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเอง เนื่องจากไม่มีอาการแสดงของโรคและมีระดับความดันโลหิตปกติหลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต¹² สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบมีการศึกษาความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยไม่ครอบคลุมความรุนแรงที่เกิดจากความดันโลหิตสูงที่ประเมินจากการวัดความดันโลหิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่เข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้อุปกรณ์ข่าวสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีความร่วมมือในการใช้ยา ($p=.002$)¹³ ต่างจากการศึกษาของ Persell และคณะ¹⁴ ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีความร่วมมือในการใช้ยาแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 1.21, 95%CI .68-2.16, $p=.010$) แต่กลับพบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำให้

ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมและอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้กล่องยา บรรจุภัณฑ์พิเศษชนิดต่าง ๆ และสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing) อย่างไรก็ตามยังพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40-58 ไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาจเป็นเพราะการส่งเสริมโดยใช้กิจกรรมและอุปกรณ์ดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่ร่วมมือในการใช้ยา อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ในปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ผลการศึกษายังมีความขัดแย้งกัน และยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตหรือไม่อย่างไร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

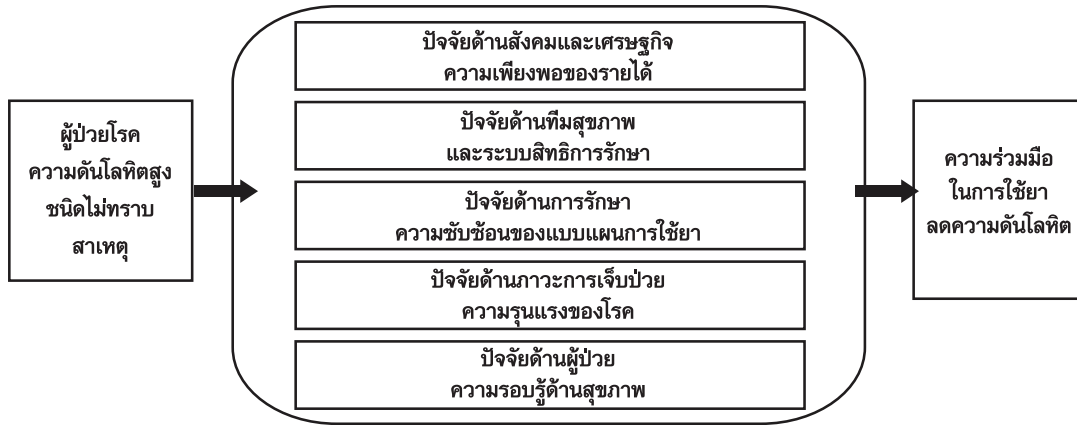
กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ของ WHO ค.ศ. 2013 เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งได้กล่าวถึงความร่วมมือ

ว่าเป็น พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ แบ่งออกเป็น 5 มิติ คือ มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ: ความเพียงพอของรายได้ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวกับความสมดุลระหว่างรายได้ และรายจ่าย พบว่ามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มิติด้านทีมสุขภาพและระบบสุขภาพ: สิทธิการรักษา เป็นสิทธิของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาล มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย มิติด้านการรักษา: ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีรายการยาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา มิติด้านภาวะการเจ็บป่วย: ความรุนแรงของโรค มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการในการใช้ยาเพื่อที่จะลดอาการรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา และ มิติด้านผู้ป่วย: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาทั้งในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน ซึ่งทั้ง 5 ปัจจัยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความร่วมมือในการรักษา ดังภาพที่ 1

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ความซับซ้อนของแบบแผนการैया ความรุนแรงของโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้รูปแบบการวิจัยเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power รุ่น 3.1.9.2 สำหรับการวิเคราะห์ด้วย

สถิติ Logistic regression กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .90 กำหนดค่า Odds ratio เท่ากับ 2.40 ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระ คือ รายได้ คล้ายกับการศึกษาปัจจุบัน โดยมีสัดส่วนของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ที่มีรายได้น้อย เท่ากับ .629 และสัดส่วนของความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ที่มีรายได้น้อย เท่ากับ .413⁶ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 225 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 6 เดือน บริหารยาลดความดันโลหิตด้วยตัวเอง สื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก มีภาวะพร่องทางสติปัญญา หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีคะแนนจากแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Cog ระหว่าง 0-2 คะแนน

ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และโรคทางจิต
อื่นๆ เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ มี
โรคร่วมที่รุนแรง เช่น มะเร็งระยะลุกลาม หรือ
ไตวายระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน รวมทั้งหมดจำนวน
5 ชุด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง

1. แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Cog
(ฉบับภาษาไทย) การคัดกรองเพื่อประเมินภาวะ
สมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปี
ขึ้นไป พัฒนาโดย Borson และคณะ พัฒนาและ
แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล
ผู้ป่วยที่มีคะแนน 3 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการคัด
เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ
ประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วยเพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ
รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่
ดื่มสุรา ประวัติการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
การได้รับยาลดความดันโลหิตครั้งแรก และแบบ
บันทึกข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วยระดับความดัน
โลหิต กลุ่มของยาลดความดันโลหิต โรคร่วม
ชื่อยา ปริมาณ และความถี่ของยาลดความดัน
โลหิตและยาที่ใช้ นอกเหนือจากยาลดความดัน
โลหิต และระดับความดันโลหิตในวันที่ตอบแบบ
สอบถามซึ่งผู้วิจัยทำการวัดความดันโลหิตด้วย
ตนเอง

3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับ ประทานยา (Hill Bone Medication Adherence

(HBMA-K) Subscale) พัฒนาโดย Song และ
คณะ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย โดยมีกระบวนการ
การแปลและแปลย้อนกลับ (translation-back
translation process) ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ
คะแนนเต็ม 32 คะแนน โดยคะแนน 26 หรือ
มากกว่า หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยา งาน
วิจัยนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติ
คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 ราย
ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82

4. ดัชนีวัดความซับซ้อนของแบบแผนการ
ใช้ยา (Medication Regimen Complexity
Index: MRCI) พัฒนาโดย George และคณะ
แบ่งการคำนวณออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 (A)
รูปแบบของยาที่ใช้ (Dose Form) ส่วนที่ 2 (B)
ความถี่ของการบริหารยา (Dosing Frequencies)
ส่วนที่ 3 (C) วิธีการใช้ยาเพิ่มเติม (Additional
Direction) โดยนำคะแนนรวมของแต่ละส่วนมา
บวกกัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับความซับซ้อน
ต่ำ ระดับความซับซ้อนปานกลาง และระดับความ
ซับซ้อนสูง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นระหว่าง
ผู้ประเมิน 2 คน (Inter-Rater Reliability: IRR)
จำนวน 10 ราย ได้ค่า K เท่ากับ 1.00

5. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
Short versions of the European Health
Literacy Survey (HLS-EU-Q16) พัฒนาโดย
Sørensen และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย
ผู้วิจัย โดยมีกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ
(translation-back translation process)
ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ มีคะแนนอยู่
ระหว่าง 0-16 คะแนน แบ่งความรู้ด้าน
สุขภาพเป็น 3 ระดับ: 0-8 คะแนน หมายถึง มี
ความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 9-12 คะแนน

คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด และ 13-16 คะแนน คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ งานวิจัยนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .918

เครื่องมือทั้งหมดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนา เครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS2019/520.1311 และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No.1373/2019 ผู้วิจัยให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงและขั้นตอนในการทำการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการจากโรงพยาบาล การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง หลังวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลของผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้ 5 ปี ก่อนทำลายทิ้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยดำเนินการยื่นขอหนังสือ

แนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำหน่วย ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและแจ้งผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นในโครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยตรวจสอบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ได้กำหนด พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที หลังจากสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ โดยนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) โดยพิจารณาค่า Fisher's exact Test เมื่อมีค่าคาดหวังในแต่ละเซลล์ต่ำกว่า 5 เกินร้อยละ 20

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) แบบนำข้อมูลเข้าพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter method) และได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อนนำเข้าวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 77.8 อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD=10.23) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.1 ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 24 เท่ากัน รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 56.9 เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/สภากาชาดไทย

ร้อยละ 80.7 ไม่เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 3.1 ยังคงสูบบุหรี่ ในส่วนของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ร้อยละ 96.4 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนน้อย ร้อยละ 3.6 ที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต 1-5 ปี ร้อยละ 35.6 มีความรุนแรงของโรคอยู่ที่ระดับเหมาะสม-สูงกว่าปกติ (SBP < 139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP < 89 มม.ปรอท) ร้อยละ 71.1 โดยกลุ่มยาที่ใช้มากที่สุดคือกลุ่ม Calcium channel blocker (CCB) ร้อยละ 60 เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.4) มีโรคร่วม โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 72.4

3. ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาลดความดันโลหิต พบว่า ร้อยละ 98.7 มีความซับซ้อนระดับต่ำ สำหรับยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับพบว่า ร้อยละ 68.4 มีระดับความซับซ้อนต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของระดับความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาของยาลดความดันโลหิต (n = 225)

ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาของยาลดความดันโลหิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความซับซ้อนต่ำ (3-15 คะแนน)	222	98.70
ระดับความซับซ้อนปานกลาง (16-28 คะแนน)	3	1.30
ระดับความซับซ้อนสูง (29-41 คะแนน)	0	0.00
Mean = 13.21, SD = 7.40, Min = 3, Max = 41		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาของยาทั้งหมด (n = 225)

ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาของยาทั้งหมด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความซับซ้อนต่ำ (3-15 คะแนน)	154	68.40
ระดับความซับซ้อนปานกลาง (16-28 คะแนน)	61	27.10
ระดับความซับซ้อนสูง (29-41 คะแนน)	7	3.10
Mean = 13.21, SD = 7.4, Min = 3, Max = 41		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (n = 225)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (13-16 คะแนน)	102	44.40
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (9-12 คะแนน)	100	41.80
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (0-8 คะแนน)	31	13.80
Min = 6, Max = 16, Mean = 11.79, SD = 2.72		

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (n = 225)

ความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
มีความร่วมมือในการใช้ยา (คะแนน ≥ 26)	180	80.00
ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา (คะแนน < 26)	45	20.00
Mean = 29.20, SD = 2.92, Min = 19, Max = 32		

4. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ร้อยละ 44.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

5. กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 80 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 4

ความเพียงพอของรายได้ ลิขสิทธิ์การรักษา ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ความรุนแรง

ของโรค และความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ร้อยละ 29.6 ($R^2 = .296$) อธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอมีเหลือเก็บมีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยา 3.86 เท่าของผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ($OR = 3.86, 95\% CI = 1.31-11.35$) ผู้ป่วยที่มีระดับความ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ตัวแปร (y = control)	B	S.E.	Wald statistic	OR	95% CI	P-value
1. ความเพียงพอของรายได้						.020*
เพียงพอมีเหลือเก็บ	1.349	0.551	5.988	3.86	[1.31-11.35]	.014
เพียงพอไม่มีเหลือเก็บ	1.525	0.583	6.849	4.60	[1.47-14.41]	.009
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน/มีหนี้สิน (reference)						
2. สิทธิการรักษา						.143
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.824	0.497	2.748	2.280	[0.86-6.04]	.097
ประกันสังคม	2.026	1.214	2.787	7.586	[0.70-81.86]	.095
จ่ายค่ารักษาเอง/ประกันสุขภาพเบิกจ่ายจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/สภาวิชาชีพ (reference)	0.000	0.475	0.000	1.000	[0.39-2.54]	1.000
3. ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา						.010*
ความซับซ้อนระดับต่ำ	1.051	0.409	6.569	2.86	[1.28-6.38]	.010
ความซับซ้อนระดับปานกลางถึงสูง (reference)						
4. ความรุนแรงของโรค						.605
ระดับเหมาะสม-สูงกว่าปกติ	-0.349	1.195	0.086	0.705	[0.07-7.33]	.770
ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน	-0.754	1.240	0.370	0.470	[0.04-5.35]	.543
ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง ถึง ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (reference)						
5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ	1.716	0.633	7.344	5.62	[1.61-19.43]	.007
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด	-0.128	0.501	0.065	0.798	[0.33-2.35]	.880
ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (reference)						

*p-value < .05, Cox & Snell R² = .187, Nagelkerke R² = .296,
 Predictive correct = 82.2%, -2 Log likelihood = 178.552

ซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาต่ำ มีโอกาสมีความร่วมมือในการใช้ยา 2.8 เท่าของผู้ป่วยที่มีระดับความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาปานกลางถึงสูง (OR=2.86, 95% CI=1.28 - 6.38) และผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ มีโอกาสมีความ

ร่วมมือในการใช้ยา 5.6 เท่าของผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (OR=5.62, 95% CI=1.61-19.43) และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.8 อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อาจเป็นเพราะฮอร์โมน เอสโตรเจนในเพศหญิง ลดลงหรือหายไปในช่วงหลังหมดประจำเดือน เนื่องจากการสร้างและหลัง เอสโตรเจนลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด เกิดการอักเสบของหลอดเลือด หลอดเลือดมีการแข็งตัวเสียและความยืดหยุ่น¹⁵ จึงพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าชาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 68 ปี เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เกิดการตีบแข็งนำไปสู่การเกิดแรงต้านทานการไหลของเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.4) มีโรคร่วม โดยโรคร่วมที่พบสูงสุดคือ ไชมันในเลือดสูง ร้อยละ 72.4 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.2 การมีระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดสูง ส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงแข็ง ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการอักเสบ ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น¹⁶

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80 มีความร่วมมือในการใช้ยา ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนโดยการแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาตามขนาด ตามเวลาและตรงตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงได้รับการติดตามดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดในเรื่องของระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินความดันโลหิตของตนเองที่บ้าน แพทย์แนะนำให้จดบันทึกและนำมาให้แพทย์ในวันมารับการตรวจ

ตามนัด ทำให้แพทย์สามารถปรับยาได้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และได้รับการกำชับให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่มีอาการ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 71.1 ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (SBP < 139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP < 89 มม.ปรอท)

พิจารณารายข้อเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต พบว่า ปัญหาในความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต พบมากที่สุด คือ สัมรับประทานยาลดความดันโลหิต (mean = 3.36, SD = 0.63) และไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตโดยไม่ได้ตั้งใจ (mean = 3.37, SD = 0.65) อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 77.8 ทั้งนี้อายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีโอกาสสัมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากความจำที่ลดลง มีอาการหลงลืม และการมีกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ¹⁷ จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต

ความเพียงพอของรายได้และความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง^{6,8} โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอไม่ร่วมมือในการใช้ยา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.1 แม้ว่าจะใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางในการเข้ามาเพื่อรับการรักษา และการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ประกอบกับโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันที่ชัดเจน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา

สิทธิการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการศึกษาพบว่าสิทธิการรักษาไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและทุกประเภทของสิทธิการรักษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต¹⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 48 ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/สภาวิชาชีพ ร้อยละ 25 เนื่องจากทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงตัวยา และมีความครอบคลุมค่าใช้จ่ายในเรื่องการรักษาและการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วย จึงอาจส่งผลทำให้สิทธิการรักษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพราะการที่ผู้ป่วยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและเบิกจ่ายทำให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาและรับยาได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่าความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

จำนวนยาหรือปริมาณยาที่ใช้ต่อวันที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ¹⁹ การศึกษาครั้งนี้พบว่าความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาลดความดันโลหิตมีระดับความซับซ้อนต่ำ สอดคล้องกับการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิต กล่าวว่ายาลดความดันโลหิตมีรูปแบบและวิธีการใช้ยาที่ง่ายไม่ยุ่งยาก สะดวกต่อการรับประทาน ส่วนความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาทั้งหมดในระดับต่ำด้วยเช่นเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างจึงมีแนวโน้มมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

ความรุนแรงของโรคและความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา กล่าวคือผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยไม่ร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดรับประทานยาลดความดันโลหิตเองเนื่องจากไม่มีการแสดงของโรคและมีระดับความดันโลหิตปกติหลังได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต¹² ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่ารับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอแม้ว่าระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในระดับปกติหรือสูงก็ตาม สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์มากกว่าระดับความรุนแรงของโรคที่เป็น ดังนั้นความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ¹³ ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ ร้อยละ 44.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เข้าใจสิ่งที่แพทย์พูด ($mean = 1.00$, $SD = .00$) เข้าใจคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาตามที่กำหนด ($mean = 1.00$, $SD = .07$) และปฏิบัติตามคำแนะนำจากแพทย์หรือเภสัชกร ($mean = 1.00$, $SD = .07$) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้ข้อมูลว่าคำแนะนำการใช้ยาของแพทย์และเภสัชกร มีความละเอียดและเข้าใจง่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแพทย์และเภสัชกรให้ข้อมูลและคำแนะนำในการใช้ยาที่เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ²⁰ โดยด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด 3 อันดับคือ พิจารณาได้ว่าเมื่อใดควรจะขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น ($mean = .19$, $SD = .39$) รองลงมาคือ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นกังวลและค้นหาสถานที่ที่จะไปรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ($mean = .42$, $SD = .49$) อาจเป็น

เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาระดับประถมศึกษา การเข้าถึงข้อมูล และการเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆ และความรอบรู้ความเข้าใจในข้อมูลเหล่านี้น้อยกว่าคนอายุน้อย ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุคือ การใช้งานและความเข้าใจในการใช้สมาร์ทโฟน เนื่องจากความซับซ้อนในระบบของเทคโนโลยีใหม่ เป็นอุปสรรคสำคัญกับการใช้งานของกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดในการไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุล้มรับประทานยาลดความดันโลหิต ดังนั้นควรนำโปรแกรมเตือนการใช้ยาลดความดันโลหิตมาใช้เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและการควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงในกรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรคที่ต้องมาติดตามการรักษาหลายครั้ง พยาบาลควรมีการประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนัดมาตรวจติดตามการรักษาในวัน เวลาตามที่ผู้ป่วยสะดวกที่สุด หรือให้ข้อมูลส่งต่อไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และปัญหาการขาดงาน และให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการใช้ยาที่ละเอียด และเข้าใจง่าย เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistic A.D. 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 9]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
2. The International Consortium for Blood Pressure Genome-Wide Association Studies. Genetic variants in novel pathways influence blood pressure and cardiovascular disease risk. *Nature* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jun 12];478(7367):103-9. Available from: <https://doi.org/10.1038/nature10405>.
3. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 12];34(38):2940-8. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh295>.
4. Boima V, Ademola AD, Odusola AO, Agyekum F, Nwafor CE, Cole H, et al. Factors associated with medication nonadherence among hypertensives in Ghana and Nigeria. *Int J Hypertens* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 12];2015:205716. Available from: <http://doi.org/10.1155/2015/205716>.
5. Wangworatraku W, Suwannaroop N, Moopayak K. Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. *J Royal Thai Army Nurses* 2017;18(1):131-9. (in Thai).
6. Han WP, Hong SA, Tiraphat S. Factors related to medication adherence among essential hypertensive patients in tertiary hospitals in Yangon, Myanmar. *J Public Hlth Dev* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 12];13(2):43-56. Available from: <https://doi.org/10.14456/jphd.2015.11>.
7. Aziz H, Hatah E, Makmor Bakry M, Islahudin F. How payment scheme affects patients' adherence to medications? A systematic review. *Patient Prefer and Adherence* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jun 12];10:837-50. Available from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S103057>.
8. Adidja NM, Agbor VN, Aminde JA, Ngwasiri CA, Ngu KB, Aminde LN. Non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy in Buea, Cameroon: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 15];18(1):150. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0888-z>.

9. Bochkareva EV, Butina EK, Kim IV, Kontsevaya AV, Drapkina OM, Leon D, et al. Adherence to antihypertensive medication in Russia: a scoping review of studies on levels, determinants and intervention strategies published between 2000 and 2017. *Arch Public Health* [Internet]. 2019 [cited 2020 May10];77:43. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0366-9>.
10. Jeong H, Kim H, Lee K, Lee JH, Ahn HM, Shin SA, et al. Medical visits, antihypertensive prescriptions and medication adherence among newly diagnosed hypertensive patients in Korea. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 16];22(1):10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12199-017-0619-6>.
11. Tepsuriyanont S, Jirapaet V, Luangmornlert S, Praditsuwan R. Relationship between regimen complexity and medication adherence behavior in Thai elderly with hypertension. *Chula Med J* 2011;55(5):457-72.
12. Zhang Y, Li X, Mao L, Zhang M, Li K, Zheng Y, et al. Factors affecting medication adherence in community-managed patients with hypertension based on the principal component analysis: evidence from Xinjiang, China. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 16];12:803-12. Available from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S158662>.
13. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Dunn Navarra AM. Association between health literacy and medication adherence among hispanics with hypertension. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 14];6(3):517-24. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-018-00550-z>.
14. Persell SD, Karmali KN, Lee JY, Lazar D, Brown T, Friesema EM, et al. Associations between health literacy and medication self-management among community health center patients with uncontrolled hypertension. *Patient Prefer and Adherence* [Internet] 2020 [cited 2020 May 12];14:87-95. Available from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S226619>.
15. Iorga A, Cunningham CM, Moazeni S, Ruffenach G, Umar S, Eghbali M. The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. *Biol Sex Differ* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 10];8(1):33. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13293-017-0152-8>.

16. Akalu Y, Belsti Y. Hypertension and its associated factors among type 2 diabetes mellitus patients at Debre Tabor General Hospital, Northwest Ethiopia. *Diabetes Metab Syndr Obes* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10];13:1621-3. Available from: <https://doi.org/10.2147/DMSO.S254537>.
17. Pirasath S, Kumanan T, Guruparan M. A study on knowledge, awareness, and medication adherence in patients with hypertension from a tertiary care centre from Northern Sri Lanka. *Int J Hypertens* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 10];2017:9656450. Available from: <https://doi.org/10.1155/2017/9656450>
18. Etebari F, Pezeshki MZ, Fakour S. Factors related to the non-adherence of medication and nonpharmacological recommendations in high blood pressure patients. *J Cardiovasc Thorac Res* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 20];11(1):28-34. Available from: <https://doi.org/10.15171/jcvtr.2019.05>.
19. Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Sundell KA, Petzold M, et al. Adherence to antihypertensive therapy and elevated blood pressure: should we consider the use of multiple medications?. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 23]; 10(9):e013745. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.013745>.
20. Diederichs C, Jordan S, Domanska O, Neuhauser H. Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services-results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. *Plos one* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 25];13(12):e0208303. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208303>.