

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
กันยายน 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
กันยายน 2567
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS AFFECTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG ETHNIC
HYPERTENSIVE PATIENTS OF MAESAI SUB-DISTRICT
HEALTH PROMOTION HOSPITAL, MAESAI DISTRICT,
CHIANGRAI PROVINCE



RUNGNAPHA YAWILO

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

September 2024

Copyright 2024 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ของ รุ่งนภา ยาวิโล

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาวัว)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(นายแพทย์ สรวิศ บุญญฐิติ)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จุฬาวัว)

- เรื่อง:** ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- ผู้ศึกษาค้นคว้า:** รุ่งนภา ยาวิโล, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2567
- อาจารย์ที่ปรึกษา:** นายแพทย์ สรวิศ บุญญฐิติ
- คำสำคัญ:** ความร่วมมือในการใช้ยา, โรคความดันโลหิตสูง, ชาติพันธุ์, แบบจำลองความหลากหลายมิติ
ของความร่วมมือ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 174 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.91 มีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยในด้านของทัศนคติ/ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 (p -value < 0.01) และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161 (p -value < 0.05) โดยปัจจัยทั้งสองสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square = 0.279) จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์เป็นกลุ่มเปราะบาง ที่ต้องอาศัยความเข้าใจเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านของภาษา ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อที่สืบทอดกันมารุ่นต่อรุ่น จึงจะสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

Title: FACTORS AFFECTING TO MEDICATION ADHERENCE AMONG ETHNIC HYPERTENSIVE PATIENTS OF MAESAI SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITAL, MAESAI DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE

Author: Rungnapha Yawilo, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2024

Advisor: Doctor Sorawit Boonyathee

Keywords: Medication use cooperation, Hypertension Ethnicity, Multidimensional Adherence Model: MAM

ABSTRACT

This research is a Cross-sectional study. 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. 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. The Sample Group was female 83.91 %, Average age 63.27 years old. From stepwise multiple regression analysis of variables predicting medication adherence in hypertensive patients in ethnic groups. 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). So., 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.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จุฬหว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แผลมหลัก และ นายแพทย์สรวิศ บุญญสิทธิ์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ทั้งทางด้านวิชาการ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ตลอดจน แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ปรัชญา ศรีสุวรรณ นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ นายนักชัต เสาร์ทอง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่สาย และรองศาสตราจารย์ ดร.ทวิวรรณ ศรีสุขคำ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้ความอนุเคราะห์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดระยะเวลา ที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่านในการอำนวยความสะดวก ด้านเอกสารและด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แม่สาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ได้ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

รุ่งนภา ยาวิโล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์การวิจัย	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
โรคความดันโลหิตสูง.....	7
แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	17
กลุ่มชาติพันธุ์.....	27
ความร่วมมือในการใช้ยา.....	37
Multidimensional Adherence Model: MAM.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การสร้างเครื่องมือในการวิจัย	60
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	61
การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์	68
ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย.....	68
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	71
ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	72
ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	74
ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	75
ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน กลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย 76	
ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติ พันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.....	78
บทที่ 5 บทสรุป.....	80
สรุปผลการศึกษา.....	80
อภิปรายผลการวิจัย	83
ข้อเสนอแนะ.....	90
ข้อจำกัดในการศึกษา	91
บรรณานุกรม	92

ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	97
ภาคผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันสูง กลุ่มชาติพันธุ์จำแนกรายข้อ	110
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตจำแนกรายข้อ	111
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์คะแนนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต	113
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์คะแนนความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำแนกรายข้อ	116
ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์คะแนนภาวะโรคร่วมจำแนกรายข้อ	119
ภาคผนวก ช การวิเคราะห์คะแนนความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised–Thai version of the Multi–dimensional Scale of Perceived Social Support: r–T–MSPSS จำแนกรายข้อ	120
ภาคผนวก ซ การวิเคราะห์คะแนนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิตจำแนกรายข้อ	122
ภาคผนวก ฅ การวิเคราะห์คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) จำแนกรายข้อ	123
ประวัติผู้วิจัย	126

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป.....	10
ตาราง 2 แสดงระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา.....	21
ตาราง 3 แสดงแนวทางในการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม	22
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)	68
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=174)	69
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n=174).....	71
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (n=174).....	72
ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (n=174).....	74
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (n=174)	75
ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ กับความร่วมมือในการใช้ยา.....	76
ตาราง 11 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (n=174).....	78
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละ ของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกรายข้อ(n=174)	110
ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (n=174).....	111
ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา ลดความดันโลหิต จำแนกตามรายข้อ (n=174)	113

ตาราง 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำแนกรายชื่อ (n=174).....116

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ของภาวะโรคร่วมจำแนกรายชื่อ (n=174).....119

ตาราง 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนน ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS จำแนกรายชื่อ (n=174) 120

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยา ลดความดันโลหิต (n=174) 122

ตาราง 19 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) จำแนกรายชื่อ (n=174)..... 123



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงแนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง.....	13
ภาพ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจากระดับ ความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล.....	20
ภาพ 3 แสดง World Health Organization Multidimensional Adherence Model	41
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย	53



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ร้ายแรง มักถูกเรียกว่า “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ สมออง ไต และโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ หนึ่งในเป้าหมายระดับโลกที่สำคัญ คือ ในปี พ.ศ. 2553 ถึง พ.ศ. 2573 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงต้องลดลงร้อยละ 33 จากรายงานสถานการณ์ความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่า สาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่า มีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปี (พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (กรมควบคุมโรค, 2565) จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุก 18,788 รายต่อแสนประชากร อำเภอแม่สายก็พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง 17,399 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2565)

มาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งสาเหตุของปัญหาในการควบคุมความดันโลหิตไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ในประเทศไทยเกิดจาก 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพราะมักจะไม่มีอาการ 2) มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง และ 3) การที่มีผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่แต่ก็ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และ ยาขับปัสสาวะ (thiazides) แม้จะมียาลดความดันโลหิตหลายประเภท เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน แต่ปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตก็คือพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง เพราะยังมีผู้ป่วยบางรายที่เข้ารับการรักษาแต่ก็ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานะภาพสมรส และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การสนับสนุนจากสังคม ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา ภาวะโรคร่วม การมาตามนัดสม่ำเสมอ เป็นต้น จากข้อมูลข้างต้นดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ เป็นแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และ 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (Karen, et al., 2020) และมีหลายการศึกษาที่ได้นำแบบจำลองนี้เข้ามาใช้ในการศึกษา พบว่า สถานะทางการเงินซึ่งประเมินจากความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.23, P < 0.05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (ทัศนทิภา เรืองทิพย์ และคณะ, 2560) แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (วิภาวรรณ ชันแก้ว, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง, จิรียา อินทนา, 2564) และความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดารณี ธนุแก้ว และคณะ, 2565) และนอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านเชื้อชาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา เช่น จากการศึกษาสถานะทางเชื้อชาติ พบว่า ชนกลุ่มน้อยอาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการทานยา (Alina and Tim, 2019) นอกจากนี้ยังได้มีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประกันของเอกชนในสหรัฐอเมริกาในเวลา 2 ปีครึ่ง พบว่า คนที่มีพินิจค่าและเชื้อสาย

สเปนมีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำกว่าคนผิวขาวร้อยละ 7.5 (Zhiwen, et al., 2019) และจากการศึกษาในประชากรลาตินที่มีความแตกต่างทางเชื้อชาติอาจมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการกำเริบของโรคหอบหืดในเด็กชาวเม็กซิกันและเปอร์โตริโกมีความแตกต่างกัน (Kimberly, et al., 2018) อีกทั้งยังมีการศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 (ซิสาพัทธ์ ชูทอง, 2563) แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ผลการศึกษามีความขัดแย้งกันและยังไม่สามารถสรุปได้ชัดว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการทานยา โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งนี้ประชากรในพื้นที่ตำบลแม่สาย อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนจึงมีความความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ทำให้มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม ภาษา การศึกษา จากข้อมูลในโปรแกรม JHCIS พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย จำนวน 844 ราย โดยเป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ จำนวน 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.63 และจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี (Yearly Checkup) ผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่ามาตรฐานได้ (>140/90 มม.ปรอท) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อ่าเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2. ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยทำการศึกษา จำนวน 267 คน

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

4. ขอบเขตด้านตัวแปร

4.1 ตัวแปรอิสระ

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

4.2 ตัวแปรตาม

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์

นียมคัพทการวิจัย

1. **ผู้ปวยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์** หมายถึง บุคคลที่มีเชื้อชาติอื่น ที่ไม่ใช่เชื้อชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2. **ความร่วมมือในการใช้ยา** หมายถึง พฤติกรรมในการใช้ยา ที่สอดคล้องตามคำแนะนำที่ได้รับจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยความร่วมมือในการใช้ยาครอบคลุมไปถึงการไม่ใช้ยามากเกินหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาด และจำนวนครั้ง รวมถึงต้องไม่มีพฤติกรรมหยุดยาก็อนที่แพทย์สั่ง

3. **ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต** หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับค่าความดันโลหิต พฤติกรรมวิถีการดำเนินชีวิต การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวหากเกิดอาการผิดปกติหลังใช้ยา และการเก็บรักษายาให้คงคุณภาพอยู่เสมอ

4. **ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง อาการผิดปกติหลังจากใช้ยาและการปฏิบัติตัวภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

5. **ปัจจัยที่สวนบุคคลของผู้ปวย** หมายถึง ลักษณะด้านประชากรของผู้ปวยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพ ความรู้ และทัศนคติและความเชื่อ

6. **ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ** หมายถึง ความรุนแรงของโรค และการมีโรคร่วม

7. **ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการขับถ่าย

8. **การมีโรคร่วม** หมายถึง การมีโรคหรืออาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลวโรค หลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ตัน หรือมีลิ้มเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคแผลในกระเพาะอาหาร ภาวะซึมเศร้า โรคเบาหวาน ผู้ปวยทานยา Warfarin หรือ Coumarin อัมพาตครึ่งซีก โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคตับชนิดไม่รุนแรง ติดเชื้อบริเวณผิวหนัง (ผิวหนังอักเสบ) โรคมะเร็ง (มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็ง

ชนิดเป็นก้อน) โรคตับอักเสบชนิดรุนแรง โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย โดยมีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันไป

9. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา หมายถึง ความซับซ้อนของแผนการรักษา เช่น ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน ความถี่ในการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

10. ความซับซ้อนของแผนการรักษา หมายถึง แนวทางในการใช้ยาลดความดันโลหิต และยาโรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วยที่ใช้เป็นประจำ และเป็นปัจจุบัน ประกอบด้วย ชื่อยา ความแรง รูปแบบการใช้ยา ปริมาณยาที่ใช้ต่อมื้อ ปริมาณยาที่ใช้ต่อวัน ความถี่ในการใช้ยา และจำนวนรายการยาลดความดันโลหิตและยาโรคประจำตัวอื่น ๆ ในปัจจุบันของผู้ป่วย

11. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หมายถึง การตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตราย และไม่ได้ตั้งใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการใช้ยาตามขนาดปกติ อาจเกิดขึ้นโดยทันทีภายหลังการใช้ยาครั้งแรก หรือเกิดขึ้นเมื่อทานยาไปแล้วได้ระยะหนึ่ง โดยจะไม่รวมถึงอาการที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการใช้ยาในทางที่ผิดจนเกิดอันตราย

12. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ระดับการศึกษา สถานภาพทางการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

13. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลอื่นในสังคม ให้บุคคลรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (นันทภาค ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สิริบุญวงศ์, 2556)

14. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรการแพทย์ และการสื่อสาร

15. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ หมายถึง ความสัมพันธ์อันดี ซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ ความนับถือ และความร่วมมือกัน ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ประกอบไปด้วย การให้คำแนะนำ การให้เวลา ให้ความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ รวมถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. กลุ่มชาติพันธุ์
4. ความร่วมมือในการใช้ยา
5. Multidimensional Adherence Model: MAM
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง

คำนิยาม

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มม.ปรอท ซึ่งอ้างอิงจากการวัดที่คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มม. ปรอท แต่ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) < 90 มม.ปรอท ซึ่งอ้างอิงจากการวัดที่คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบ ≥ 140 มม. ปรอทและ/หรือ ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว ≥ 90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านพบว่าปกติ (ระดับ

แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบ <135 มม.ปรอท และ ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว <85 มม.ปรอท)

Masked hypertension (MH) หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ (ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบ <140 มม. ปรอท และระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว <90 มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านพบว่าสูง (ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบ \geq 135 มม.ปรอท และ/หรือ ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว \geq 85 มม.ปรอท)

การวัดความดันโลหิต

1. การเตรียมผู้ป่วย

ก่อนทำการวัด 30 นาที ไม่ควรดื่มชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ พร้อมกับถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อย แล้วให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้ในห้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลังเท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยขณะวัด แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

2. การเตรียมเครื่องมือ

ทั้งเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท (Mercury sphygmomanometer) และ เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล (Digital blood pressure measurement device) จะต้องได้รับการตรวจสอบมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ ๆ และใช้ปลอกแขนวัดความดันโลหิตในขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย คือ ส่วนที่เป็นถุงลม (bladder) จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับผู้ใหญ่ทั่วไป ซึ่งมีเส้นรอบวงแขนยาวประมาณ 27–34 ซม. จะใช้ปลอกแขนวัดความดันโลหิตที่มีถุงลมขนาด 16 ซม. x 30 ซม.

3. วิธีการวัด

การวัดความดันโลหิตนิยมวัดที่แขนซึ่งใช้งานน้อยกว่า (non-dominant arm) แล้วใช้ปลอกแขนวัดความดันโลหิตพันรอบต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2–3 เซนติเมตร โดยให้กึ่งกลางของถุงลมซึ่งจะมีเครื่องหมายบ่งบอกเป็นวงกลมเล็ก ๆ ที่ขอบ วางอยู่บนหลอดเลือดแดงที่แขน

การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องมือดิจิทัลที่ไม่ใช้ลูกสูบ หลังจากพันปลอกแขนหรือสอดแขนเข้าไปในเครื่องเสร็จสามารถกดปุ่มที่เครื่องเพื่อเริ่มวัดได้ทันที และรอให้แรงดันที่เครื่องคลายตัวลงจนเป็นปกติ เมื่อเครื่องทำงานเสร็จสิ้นก็จะได้ค่าความดันโลหิตตัวบน ซึ่งหมายถึงความดันสูงสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจบีบตัว (SBP) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ซึ่งเป็นความดันต่ำสุดในหลอดเลือดแดงขณะหัวใจคลายตัว (DBP) รวมถึงอัตรา

การเต้นของหัวใจ โดยจะแสดงผลเป็นตัวเลขอยู่บนหน้าจอ เครื่องมือดิจิทัลบางชนิดยังแสดงค่าอื่น ๆ อย่างชีพจร ภาวะการเต้นหัวใจผิดปกติ หรือภาวะหัวใจล้ม และพิมพ์ผลการวัดออกมาได้ด้วย

ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที จากแขนเดียวกัน และทำเดียวกัน นำผลที่ได้ทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ย โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบผลจากการวัดสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง

ในการวัดความดันโลหิตครั้งแรก แนะนำให้วัดที่แขนทั้งสองข้าง หากต่างกันเกิน 20/10 มม.ปรอท จากการวัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แสดงถึงความผิดปกติของหลอดเลือด ให้ส่งผู้ป่วยต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

หากความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จะมีค่าความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ของแขนสองข้างต่างกัน >10 มม.ปรอทได้ การติดตามความดันโลหิตจะใช้ข้างที่มีค่าสูงกว่าสำหรับในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือในรายที่มีอาการหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ให้วัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วยโดยวัดความดันโลหิตในท่านอนหรือนั่ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้ง หลังยืนภายใน 1 และ 3 นาที

หากค่าความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ในท่ายืนต่ำกว่าค่าความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว (SBP) ท่านี้หรือนอน มากกว่า 20 มม.ปรอท ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension)

ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation; AF) แนะนำให้วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทเป็นหลัก และควรวัดซ้ำหลาย ๆ ครั้ง แล้วใช้ค่าเฉลี่ย เนื่องจากในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบความแปรปรวนของความดันโลหิตได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป อย่างไรก็ตาม เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาก็มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation; AF) ได้

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยวัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

ประเภท	ระดับแรงดันเลือด	
	ในขณะที่หัวใจบีบตัว: SBP (มม. ปรอท)	ในขณะที่หัวใจคลายตัว: DBP (มม. ปรอท)
ระดับเหมาะสม	<120	และ <80
ระดับปกติ	120 – 129	และ/หรือ 80 – 84
ความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	130 – 139	และ/หรือ 85 – 89
โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1	140 – 159	และ/หรือ 90 – 99
โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 2	160 – 179	และ/หรือ 100 – 109
โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 3	≥ 180	และ/หรือ ≥110
ความดันโลหิตสูง ชนิดสูงเฉพาะ ความดันขณะหัวใจบีบตัว (ISH)	≥ 140	และ <90

การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน (Self หรือ Home blood pressure monitoring, HBPM)

เนื่องจากการศึกษาสนับสนุนว่าการวัดความดันโลหิตที่บ้านมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การวัดความดันโลหิตที่บ้านยังช่วยในการตรวจหาผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการทางสาธารณสุข แล้วพบว่ามีความสูง แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้าน พบว่า ปกติ (White-coat HT) และ ค่าความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการทางสาธารณสุขปกติ แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูงที่บ้าน (เป็น White-coat HT) ดังนั้น จึงควรใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านในการช่วยการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพา ทำงานอัตโนมัติวัดบริเวณต้นแขนและควรเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองจากสถาบันกำหนดมาตรฐาน ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องชนิดที่วัดบริเวณข้อมือหรือปลายนิ้ว ยกเว้นในกรณีที่การวัดความดันโลหิตบริเวณต้นแขนทำได้ลำบาก เช่น ในผู้ป่วยที่อ้วนมาก เป็นต้น

แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำผู้ป่วยหรือญาติให้ทราบถึงวิธีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้องก่อนให้ผู้ป่วยเริ่มวัดความดันโลหิต และแนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติทำการบันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้เพื่อนำมาให้แพทย์พิจารณาประกอบการรักษา แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่บ้านวันละ 2 ช่วงเวลา คือ ในช่วงเช้า และในช่วงเย็น โดยวัดความดันโลหิต

2 ครั้งในแต่ละช่วงเวลา (วัดช่วงเช้า 2 ครั้ง และช่วงเย็นอีก 2 ครั้ง รวมวัดวันละ 4 ครั้ง) เป็นเวลาติดต่อกัน 3-7 วัน

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลัก แต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจ และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์เป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High normal blood pressure) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 140/90 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "เกือบสูง" นี้ หากตรวจพบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ "เกือบสูง" เท่านั้น

การตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ใช้ผลการประเมินและตรวจพบหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 หัวข้อ

- ก. มีร่องรอยของการทำลายอวัยวะ (Target organ damage; TOD)
- ข. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD)
- ค. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus, DM)
- ง. ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (ควรประเมินโดย Thai CV risk score)

ระดับ 2 อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Possible Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 160/100 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง" นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

ระดับ 3 น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Probable Hypertension) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มม.ปรอทขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 180/110 มม.ปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ "น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง" นี้

หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น หรือ มีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคน หรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

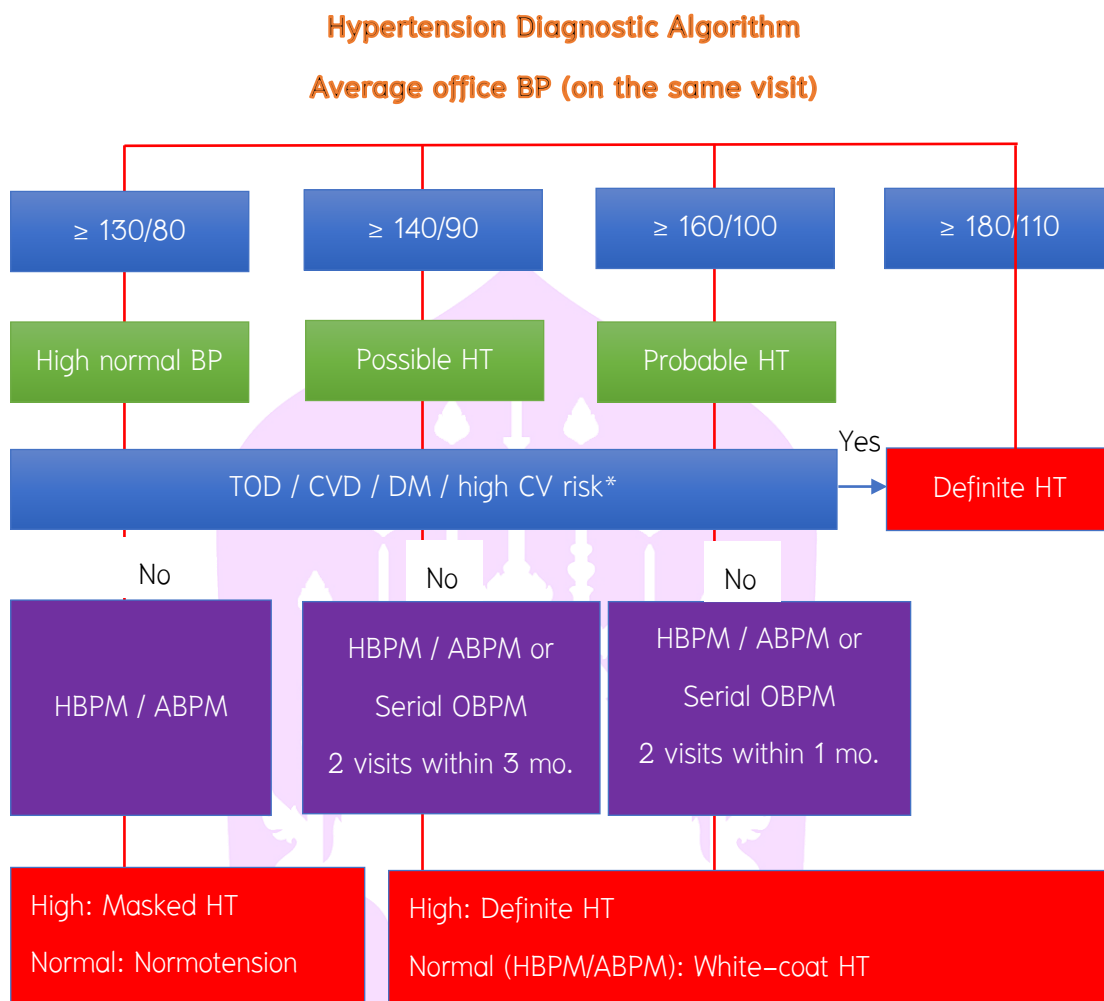
ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง

ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดย HBPM หรือโดยวิธีการนัดมาวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลซ้ำตามกำหนด

คำแนะนำวิธีการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. สามารถรวบรวมผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มาเข้าสู่ระบบของการรักษาได้ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน (HBPM) และการวัดความดันโลหิต 24 ชั่วโมง (ABPM) และการนัดตรวจวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM: office BP measurement) ซ้ำ จะช่วยในการวินิจฉัยกรณีผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการทางสาธารณสุข แล้วพบว่ามีความดันโลหิตสูง แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านพบว่าปกติ (White-coat hypertension) หรือระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาล เป็นปกติ แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน สูงผิดปกติ (Masked hypertension) และยืนยันว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite hypertension) และทำให้ผู้มารับบริการเกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยมากขึ้น เป็นการเพิ่มความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาให้ถูกต้อง และมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ



ภาพ 1 แสดงแนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

HT = hypertension, BP = blood pressure, TOD = target organ damage, CVD = cardiovascular disease, DM =diabetes mellitus, CV = cardiovascular, HBPM = home blood pressure monitoring, ABPM = ambulatory blood pressure monitoring, OBPM = office blood pressure measurement, mo. = month.

*10-year Thai CV risk score > 10 %

Home Blood Pressure Monitoring (HBPM): การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM): การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ

Office Blood Pressure Monitoring (OBPM): การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล

High BP: HBPM/daytime ABPM $\geq 135/85$ mmHg or serial OBPM $\geq 140/90$ mmHg

TOD คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่อวัยวะในร่างกายจากโรคความดันโลหิตสูง อันได้แก่ การแข็งตัวของหลอดเลือดแดง หัวใจห้องล่างซ้ายโต ระยะเริ่มแรก ของโรคไตจากเบาหวาน ที่ตรวจไม่พบโปรตีนชนิดอัลบูมินในปัสสาวะ (Microalbuminuria) โรคไตเรื้อรังในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายที่ยังไม่มีอาการและภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง ผลต่อจอประสาทตา (Hypertensive retinopathy) ที่รุนแรง กล่าวคือมีสารหลัง (Exudates) หรือเลือดออก หรือภาวะชั่วคราวบวมอันเนื่องมาจากมีความดันในสมองสูงกว่าปกติ (Papilledema)

CVD คือ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อันได้แก่ โรคของหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (ที่มีอาการ) และในปัจจุบันให้รวมการตรวจหลอดเลือดแล้วพบหลอดเลือดหัวใจตีบ (atheromatous plaque) และรวมภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation) ด้วย

การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การซักประวัติผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรครอบคลุมประเด็นสำคัญ 4 ข้อดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ควรซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ประวัติโรค ประวัติการนอนกรน ประวัติครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และประวัติโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ประวัติเกี่ยวกับอวัยวะที่ถูกผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง ประวัติโรคหัวใจ และหลอดเลือด ประวัติโรคเบาหวาน และโรคไต เช่น อาการเหนื่อยง่ายหรือแน่นหน้าอกเวลา ออกแรง แขน-ขาชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ตามัวชั่วคราว ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เป็นต้น
3. ประวัติที่อาจบ่งชี้ถึงโรคความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิควรซักประวัติการตรวจพบ ความดันโลหิตสูงผิดปกติ (SBP ตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไปและ DBP ตั้งแต่ 100 มม.ปรอทขึ้นไป) ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนอายุ 40 ปี ประวัติความดันโลหิตสูงแบบทันที หรือความดันโลหิตสูงขึ้น อย่างรวดเร็ว ประวัติโรคไต หรือโรคทางเดินปัสสาวะ ประวัติระดับโพแทสเซียมต่ำ หรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็น ๆ หาย ๆ ประวัติเหงื่อออก ใจสั่น หรือปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ ประวัติ ของโรคไทรอยด์ ประวัติการนอนกรน ประวัติการใช้ยาและสารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น Corticosteroid, Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), Erythropoietin, ยาคุมกำเนิด, ยาหยุดจุกที่ทำให้อหลอดเลือดหดตัว, Cocaine, Amphetamine, ชะเอม รวมถึงสมุนไพร บางชนิด

4. ประวัติการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงควรซักประวัติชนิดและจำนวนของยาลดความดันโลหิต รวมถึงประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาที่เคยใช้ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

สาเหตุของปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในประเทศไทย

การที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ดีเท่าที่ควร เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ

สาเหตุที่ 1 มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45 (ประมาณ 5.8 ล้านคน) ไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าอาจเคยได้รับการวัดความดันโลหิตมาก่อนแล้ว เนื่องจากผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตและได้รับแจ้งว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะไม่มีอาการและไม่มั่นใจในระบบและความถูกต้องแม่นยำของการวัดความดันโลหิต ตลอดจนขาดความเข้าใจถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นตามปกติจากการวัดความดันโลหิต อย่างไรก็ตาม การขาดความเอาใจใส่ในการใช้อุปกรณ์และในวิธีการวัดความดันโลหิตให้ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่มั่นใจดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะมาติดตามเพื่อรักษาหรือเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุที่ 2 มีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 (ประมาณ 0.8 ล้านคน) ที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบายและ สร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปล่อยให้ผู้ป่วยอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี ตามวิธีการที่ถูกต้องของหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน

สาเหตุที่ 3 การที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วประเทศ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพหรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิด ทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากการละเลยของทั้งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ก็เป็นสาเหตุที่มีความสำคัญไม่น้อย สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งในระบบการรักษา คือ การที่แพทย์ไม่มีเวลาให้แก่ผู้ป่วยมากพอและผู้ป่วยเองก็ไม่ทราบถึงระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่เหมาะสมของตนเอง ดังนั้น เมื่อรู้สึกว่ามีอาการก็อยู่แล้ว ก็มักจะ

ไม่เรียกร้องให้แพทย์ได้ปรับยาเพื่อเข้าสู่ระดับความดันโลหิตเป้าหมายที่ดีที่สุด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ภาวะแทรกซ้อนอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะสมองขาดเลือด

เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจนหลอดเลือดแดงในสมองเกิดอาการอุดตัน จนทำให้เลือดไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงสมองผ่านหลอดเลือดสมองได้ จึงทำให้สมองขาดเลือด และทำงานได้ไม่ปกติ หากความดันในหลอดเลือดมากขึ้น อาจเลี้ยงหลอดเลือดสมองแตกจนเสียชีวิตได้อีกด้วย

หัวใจล้มเหลว

หากหัวใจต้องทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปหล่อเลี้ยงร่างกายมากขึ้น เพราะต้องสู้กับแรงดันในหลอดเลือด หัวใจอาจทำงานหนักจนกล้ามเนื้อหัวใจหนา และหัวใจโตขึ้น หัวใจสูบฉีดเลือดได้ยากขึ้น จนสุดท้ายหัวใจอาจไม่สามารถทำหน้าที่สูบฉีดเลือดได้ดีมากพอ จนระบบการทำงานล้มเหลวในที่สุด

จอตาแตก

ความดันของหลอดเลือดในดวงตา อาจทำให้จอตาแตก หรือมีเลือดออกได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสายตาของผู้ป่วยที่อาจผิดปกติ หรืออาจถึงขั้นตาบอดได้

สมองโป่งพอง

ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของหลอดเลือดในสมองถูกดันจนโป่ง พอง หนูน มีเลือดออกจนกระทั่งฉีกขาดจนทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตได้

ภาวะเมทาบอลิคซินโดรม

เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้ร่างกายมีระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกายผิดปกติ ไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง รอบเอวเพิ่มอย่างรวดเร็ว ไตรกลีเซอไรด์สูง ไขมันดีต่ำ ระดับอินซูลินสูง ซึ่งทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองได้

ความจำเสื่อม

นอกจากเรื่องของการทำงานของหลอดเลือดต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงแล้ว การทำงานของสมองก็ได้รับผลกระทบไปด้วย ความสามารถในการจดจำ กระบวนการคิด และวิเคราะห์ลดน้อยลง รวมถึงความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ก็เป็นปัญหาด้วยเช่นกัน

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ข้อมูลการศึกษาผลของการให้ยาลดความดันโลหิตแสดงให้เห็นว่าการลดความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท สามารถลดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ร้อยละ 15 ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ร้อยละ 35 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 20 และลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 40 การลดความดันโลหิตยังสามารถส่งผลในการป้องกันการเสื่อมการทำงานของไต ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง

วิธีที่ 1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1. การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

2. การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย

ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปแบบของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์หรือนักโภชนาการ ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง, ชะเอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น

3. การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น

ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก.

4. การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้อาจได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์

4.1 ระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (SBP) ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว(DBP) ตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไป

4.2 มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย

4.3 มีโรคหัวใจล้มเหลว

4.4 มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

4.5 มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

4.6 มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ

4.7 มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

5. การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink)

ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ตีมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ตีมาตรฐานของเครื่องตีม แอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องตีมที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

6. การเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อรับบริการ คำปรึกษาฟรีจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) (Thailand National Quitline, TNO) ที่เรียกว่า “1600 สายเลิกบุหรี่” หรือ “Quitline 1600” โดยสามารถโทร 1600 ฟรี ได้ทุกเครือข่ายและไม่เรียกเก็บค่าบริการ หรือสามารถติดต่อขอรับบริการผ่านเว็บไซต์ www.thailandquitline.or.th

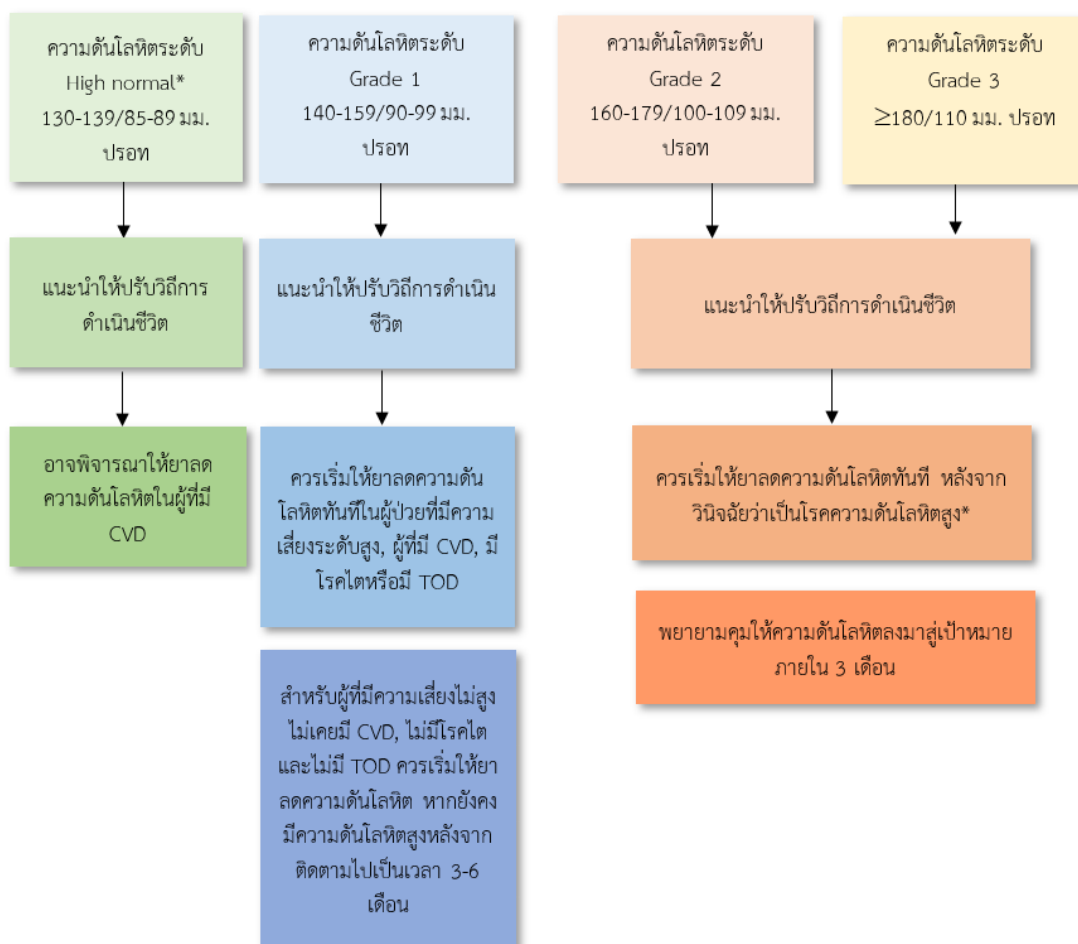
สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ ร่วมกันมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณา ส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

วิธีที่ 2 การให้ยาลดความดันโลหิต

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงที่จะ เกิดโรค ทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และปัจจัยสุดท้าย คือ สภาพของการเกิด Target organ damage (TOD)

การเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้สูงอายุ (ระหว่าง 65-79 ปี) ให้พิจารณาเช่นเดียวกัน กับผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี แต่หากผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ควรเริ่มให้ยาลดความดันโลหิต เมื่อมีระดับแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจบีบตัว (SBP) ตั้งแต่ 160 มม.ปรอทขึ้นไป และ/หรือระดับ แรงดันเลือดในขณะที่หัวใจคลายตัว (DBP) ตั้งแต่ 100 มม.ปรอทขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ถ้าหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงมากเนื่องจากเคยเป็นโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease (CAD) stroke) หรือ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack (TIA)) และมีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ก็อาจพิจารณาเริ่มให้ยาลดความดันโลหิตเมื่อมีค่า SBP ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท เป็นต้นไปได้

โดยควรพิจารณาจากสภาพความแข็งแรงของผู้ป่วย ความสามารถในการทนต่อการรักษา โรคร่วมอื่น ๆ และความพร้อมต่าง ๆ ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง



ภาพ 2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยพิจารณาจากระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้ที่สถานพยาบาล

โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด = Cardiovascular disease; CVD, ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่อวัยวะในร่างกายจากโรคความดันโลหิตสูง = Target organ damage; TOD

* หมายเหตุ: การพิจารณารักษาตามแนวทางนี้ใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตระดับเกือบสูง และผู้ที่ผ่านขั้นตอนของแนวทางการวินิจฉัยตามภาพ 1 มาแล้ว ได้รับการสรุปจากแพทย์แล้วว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite hypertension)

ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ meta-analysis แสดงว่าการลด SBP ลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท สามารถลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น อย่างไรก็ตามมีข้อควรพิจารณา ดังนี้

1. ในเบื้องต้นควรลดความดันโลหิตของผู้ป่วยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้ต่ำกว่า 140/90 มม. ปรอทก่อน และหากผู้ป่วยทนต่อการรักษาได้ดีจึงค่อยปรับการรักษาเพิ่มเติมจนได้ระดับ $\leq 130/80$ มม.ปรอท

2. มีข้อมูลแสดงว่าหากให้ยาเพื่อลดความดันโลหิตลงมากเกินไป อาจมีผลเสีย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือมีโรคร่วมอื่น ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นจึงแนะนำว่าไม่ควรลด SBP ลงมาจนต่ำกว่า 120 มม.ปรอท ส่วนค่า DBP ที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 70–79 มม.ปรอท อย่างไรก็ตามให้คำนึงถึงการลด SBP เป็นสำคัญ แม้ว่า DBP อาจลดลงต่ำกว่า 70 มม.ปรอท บ้างก็สามารถทนได้ เนื่องจากว่าค่า DBP ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะต่ำตามสภาพปกติอยู่แล้วตั้งแต่อ่อนให้ยารักษาความดันโลหิต ค่าแนะนำระดับความดันโลหิตเป้าหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้สรุปตามตาราง ดังนี้

ตาราง 2 แสดงระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

กลุ่มอายุ	เป็นเฉพาะโรค	มีโรคเบาหวาน	มีโรคไตเรื้อรัง	มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	เคยมี Stroke/TIA
	ความดันโลหิตสูง				
18–65 ปี	120–130/70–79	120–130/70–79	120–130/70–79	120–130/70–79	120–130/70–79
65–79 ปี	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79
80 ปี ขึ้นไป	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79	130–139/70–79

* ความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาล วัดเป็น มม.ปรอท

ในการให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต หากสามารถตรวจ HBPM ได้ควรตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอท หากต้องการลดความดันโลหิตให้เข้มงวดขึ้นในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือมีโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีความเสี่ยงสูงมาก น่าจะตั้งเป้าหมายของการรักษาให้ระดับ SBP เฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 125 มม.ปรอท

สำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แนะนำให้เป้าหมายของการรักษาระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มม.ปรอทเช่นเดียวกัน ยกเว้นผู้ที่อายุมาก (เช่นเกิน 80 ปี) อาจผ่อนผันให้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า 140/85 มม.ปรอท

การเลือกใช้ยาเพื่อลดความดันโลหิต

ยาลดความดันโลหิตที่สำคัญ มีอยู่ 5 กลุ่มหลัก คือ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides ได้แก่ chlorthalidone และ indapamide) การเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งจาก 5 กลุ่มนี้ จะให้ประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตและลดอัตราการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้ใกล้เคียงกัน แม้จะมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น beta-blockers อาจป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้น้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น ๆ และ CCBs อาจป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวได้ไม่ดีเท่ายาในกลุ่มอื่น เป็นต้น แต่ผลในการป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมถือว่าไม่แตกต่างกัน ดังนั้น หากจะเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียวก็สามารถเลือกจากยา กลุ่มใดก็ได้ ตามความเหมาะสม

การเลือกใช้อายาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม ควรพิจารณาจากโรคร่วมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย มีอยู่นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง และพิจารณาจากข้อห้ามต่าง ๆ ของการใช้ยาแต่ละชนิด แนวทางในการเลือกยาลดความดันโลหิตสูงแนะนำให้ปฏิบัติดังตาราง

ตาราง 3 แสดงแนวทางในการเลือกใช้อายาลดความดันโลหิตสูงให้เหมาะสม

คำแนะนำ	ระดับของ คำแนะนำ	คุณภาพของ หลักฐาน สนับสนุน
ควรเลือกยาเริ่มต้นในการรักษาความดันโลหิตสูง จากยาลดความดันโลหิตใน 5 กลุ่มหลัก ได้แก่ angiotensin converting en-zyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers, calcium-channel blockers (CCBs) และยาขับปัสสาวะ (thiazides และยา ที่ใกล้เคียง)	I	A

ตาราง 3 (ต่อ)

คำแนะนำ	ระดับของ คำแนะนำ	คุณภาพของ หลักฐาน สนับสนุน
ควรเริ่มยา 2 ชนิดขึ้นไปในผู้ป่วยส่วนมาก โดยอาจเลือกยาในกลุ่ม renin angiotensin system blockers (ACEIs หรือ ARBs) ใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะ หรือ CCBs แต่อาจใช้ยาในกลุ่มใดมารวมกันก็ได้ตามความเหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้ที่มีความดันโลหิตเริ่มต้นไม่สูงมาก (140–149/90–99 มม.ปรอท) และมีความเสี่ยงต่ำ ควรเลือกใช้ยาเริ่มต้นเพียงชนิดเดียว	I	A
ควรเลือกใช้ยาเบื้องต้นเป็นยาผสม 2 ชนิด ในเม็ดเดียวกัน	I	B
ควรใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดหากใช้ยา 2 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยหนึ่งในยา 3 ชนิด ควรจะเป็นยาขับปัสสาวะ (thiazides หรือยาขับปัสสาวะที่ใกล้เคียงกับ thiazides)	I	A
ควรเพิ่ม spironolactone, หรือ beta-blocker หรือ alpha-blocker ทีละชนิด ตามลำดับหากใช้ยา 3 ชนิดแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และยังไม่ได้ใช้ยา 3 ชนิดนี้มาก่อน	I	B
ไม่ควรใช้ ACEIs ร่วมกับ ARBs	I	A

คำชี้แจงน้ำหนักคำแนะนำและคุณภาพหลักฐาน

น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of recommendation)

ระดับ I หมายถึง “ควรปฏิบัติ” เนื่องจากความมั่นใจของคำแนะนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และมีความคุ้มค่า

ระดับ IIa หมายถึง “น่าปฏิบัติ” เนื่องจากความมั่นใจของคำแนะนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง น่าจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและน่าจะคุ้มค่า

ระดับ IIb หมายถึง “อาจปฏิบัติ” เนื่องจากยังไม่มี ความมั่นใจเพียงพอที่จะแนะนำ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอว่าจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

ระดับ III หมายถึง “ไม่ควรปฏิบัติ” หรือ “ห้ามปฏิบัติ” เนื่องจากไม่มีประโยชน์และ อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

คุณภาพหลักฐาน (Quality of evidence)

A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการศึกษาทางคลินิกแบบ randomized controlled ที่มีคุณภาพดีหลายการศึกษา หรือ หลักฐานจากการวิเคราะห์แบบ meta-analysis

B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการศึกษาทางคลินิกแบบ randomized controlled ที่มีคุณภาพดีอย่างน้อยหนึ่งการศึกษา หรือ การศึกษาแบบ non-randomized controlled ขนาดใหญ่ ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษอย่างเด่นชัด

C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการศึกษาในลักษณะอื่น ๆ ที่มีคุณภาพดี หรือ การศึกษา ย้อนหลังเชิงพรรณนา หรือการศึกษาแบบ registry หรือ ความเห็นพ้องของคณะผู้เชี่ยวชาญ บนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก

ข้อควรทราบเมื่อยาลดความดันโลหิต คือ

1. ยาลดความดันโลหิตที่เป็นยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องน้ำ บ่อยกว่าปกติเพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ขับน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือด ในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง ขนาดยาโดยทั่วไปคือรับประทานยารวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยบางรายก็จำเป็นต้องรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ ให้รับประทานยาหลังอาหารเช้าและเที่ยง ห้ามรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืน และต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน

2. ยาลดความดันโลหิตอีกกลุ่มหนึ่งที่ใช้กันบ่อย คือ ยาเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (ACE inhibitors) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ตติ้ง (angiotensin converting enzymes) เช่น อีนาลาพริล (enalapril), ลิสิโนพริล (lisinopril), รามิพริล (ramipril), เพอรินโดพริล (perindopril) อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ก่อความรำคาญแก่ผู้ใช้ยา คือ อาการไอแห้ง ๆ ได้ ซึ่งไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และไม่ใช่อาการแพ้ยา อาการนี้อาจทำให้รู้สึกรำคาญ ซึ่งสามารถบรรเทา ได้ด้วยการหมั่นจิบน้ำ หรือรับประทานยาอมชนิดที่ทำให้ชุ่มคอ ร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ แต่ในกรณีที่อาการเป็นมากจนรบกวนคุณภาพชีวิต อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนยา แต่ผู้ป่วยไม่ควร หยุดยาด้วยตนเอง ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาให้

3. ผู้ป่วยบางรายใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียว ก็ลดความดันโลหิตได้ดี และสามารถควบคุมให้มีค่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยา 2 ชนิดหรือมากกว่านั้น ความดันโลหิตจึงจะลดลงมาอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมักจะได้รับยาเมื่อละหลายเม็ด อย่ารู้สึกเบื่อเสียก่อน และอย่าหยุดยาเพราะเบื่อก่อนที่จะรับประทานยาทุกวัน หรือเพราะคิดว่าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ การหยุดยาจะเป็นผลเสียเพราะทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก และอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้

4. ข้อสำคัญในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี ก็คือจะต้องรับประทานยาต่อเนื่องกันทุกวันและรับประทานยาตรงเวลา หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาของมื้อนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า มิฉะนั้นความดันโลหิตจะลดต่ำลงอย่างมาก เกิดอาการหน้ามืด ล้มลง หมดสติ เป็นอันตรายได้

5. หากสงสัยว่ากินยาไปแล้วหรือยัง (พบบ่อยในผู้สูงอายุที่จัดยากินเองและกินยาหลายอย่าง) ไม่ต้องกินยาที่สงสัยนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการได้ยาเพิ่มเป็นสองเท่า หากลืมบ่อย ๆ อาจจะต้องหาอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ตลับแยกยา นาฬิกาปลุก

6. ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปเป็นยาเม็ดที่ปลดปล่อยตัวยาระบบปกติ ซึ่งรับประทานวันละครั้งเดียว นอกจากนี้ก็เป็นยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษให้ค่อย ๆ ปลดปล่อยตัวยารออกมา เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน และลดจำนวนครั้งของการรับประทานยาได้ เหลือเพียงรับประทานวันละ 1-2 ครั้ง ยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษนี้มักมีขนาดใหญ่กว่าปกติ ทำให้กลืนยาได้ลำบาก แต่แม้ว่ายาจะเม็ดใหญ่ ก็ห้ามบด เคี้ยว หรือหักเม็ด เพราะจะทำให้รูปแบบยาที่ออกแบบเป็นพิเศษนั้นเสียไป ที่อันตรายก็คือ หากเคี้ยวหรือบดยาแล้วกลืนยาลงไป ก็จะได้ตัวยารเข้าร่างกายในปริมาณสูงมากภายในการกลืนยาครั้งเดียว แทนที่ตัวยารจะค่อย ๆ ออกมาทีละน้อย ฤทธิ์ยา ก็จะสูงมากและความดันโลหิตจะตกลงอย่างมาก จนอาจทำให้หน้ามืด ล้มลง และหมดสติได้

7. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องระมัดระวังภาวะความดันโลหิตตกเนื่องจากเปลี่ยนอิริยาบถอย่างฉับพลัน ดังนั้นเวลาจะลุกจากเก้าอี้หรือลุกจากเตียง ก็ต้องลุกขึ้นอย่างช้า ๆ มิฉะนั้นจะหน้ามืด เป็นลม ล้มลงได้

8. ยาลดความดันบางชนิด เป็นยาใหม่ที่อาจจะหายากในต่างจังหวัด ผู้สูงอายุที่ยังชอบท่องเที่ยว หรือเดินทาง ควรพกยาติดตัวเพื่อไปด้วยเสมอ การกินยาชนิดอื่น ๆ ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ไม่สามารถทดแทนได้

9. นอกจากการใช้ยาแล้ว ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องลดการรับประทานอาหารเค็ม นั่นคือปริมาณเกลือต้องไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 3-4 ช้อนชา

หากอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ก็ต้องลดความอ้วน ซึ่งหากต้องการใช้วิธีออกกำลังกาย ควรทำแต่พอประมาณให้มีเหงื่อออก ไม่หักโหม ออกกำลังกาย ประมาณครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำชา กาแฟ หยุดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หยุดสูบบุหรี่ รวมทั้งทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงเท่านี้จะช่วยให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเก็บรักษายา

แต่ละบ้านควรมีตู้ยาเก็บยา โดยเฉพาะไว้จัดเก็บยาสำหรับกิน และยาใช้ภายนอก แยกออกจากกันให้เป็นสัดส่วน เพื่อป้องกันการหยิบยาผิด ตู้ยาควรติดตั้งอยู่ในที่ที่ไม่ร้อนจัด ไม่อับชื้น และไม่ถูกแสงแดด นอกจากนี้ ควรติดตั้งไว้ในระดับที่สูงเกินกว่าที่เด็กจะหยิบถึง

ก่อนเก็บยาก็ต้องดูฉลากยาด้วยว่ามีการแจ้งวิธีการเก็บยาไว้หรือไม่ หากมี ให้จัดเก็บตามที่แจ้งไว้ ยาที่สามารถเก็บไว้ในอุณหภูมิห้องได้ ก็ควรจัดเก็บไว้ในตู้ยา ส่วนยาบางชนิดที่แจ้งไว้ว่าให้เก็บในที่เย็นก็ต้องเก็บไว้ในตู้เย็น แต่ห้ามแช่แข็ง

โดยปกติแล้วยาควรได้รับการเก็บรักษาไว้ร่วมกัน และเก็บอยู่ในตู้เฉพาะ เช่น เก็บไว้ในตู้ยาสามัญประจำบ้าน ที่มีกระจกปิดมิดชิด เพื่อป้องกันฝุ่นละออง ตำแหน่งที่วางตู้ยาสามัญประจำบ้านที่ติดตั้งให้สูงพ้นจากมือ เด็ก และควรอยู่ในที่ที่แสงแดดส่องไม่ถึง นอกจากนี้แล้ว ควรอยู่ในที่ที่ไม่อับชื้นจนเกินไป และควรอยู่ให้ไกลจากความร้อนอีกด้วย ยาในตู้ยานั้น ควรจัดแยกให้เป็นสัดส่วน ยาใช้กินควรแยกออกจากยาใช้ภายนอก และควรดูฉลากที่พิมพ์ว่า “ยาใช้ภายนอก” ที่เป็นตัวอักษรสีแดง ต้องเห็นได้ชัดเจน ยาทุกชนิดต้องบรรจุอยู่ในภาชนะที่มีฝาปิดสนิท แน่น และมีฉลากติดให้เรียบร้อย นอกจากนี้ยาที่อยู่ในตู้ยาแล้วอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นก็ควรจัดเก็บแยกไว้ต่างหาก เช่น ถ้วยหรือช้อนตวงยา สำลี ผ้าพันแผล ปรอทเตอร์ รวมไปถึงปรอทวัดไข้ด้วย นอกจากนี้ ยาบางชนิดควรแยกเก็บไว้ในตู้เย็น เช่น ยาหยอดตาที่มีตัวยาบปฏิชีวนะ และมีกำหนดอายุการใช้งาน

การเก็บรักษาอย่างถูกวิธีนั้น มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะหากเราเก็บรักษาไม่ดีแล้ว ยาอาจเสื่อมก่อนถึงวันหมดอายุที่แสดงบนฉลาก และเมื่อเรานำมาใช้ก็อาจส่งผลเสียมากกว่าที่จะให้ ผลในทางการรักษาได้ การเก็บยาต้องให้อยู่พ้นมือเด็ก ฉลากไม่เลอะเลือน อยู่ในที่ที่ระบุไว้ หรือไม่ให้อุณหภูมิสูงเกินไป หรือความชื้นสูงเกินไป ขอสรุปง่าย ๆ ดังนี้คือ

1. เก็บให้พ้นมือเด็ก
2. ควรเก็บยาในภาชนะบรรจุเดิม
3. เก็บให้ห่างจากความร้อน และแสงแดด

4. ไม่ควรเก็บยาในห้องน้ำ และ ที่อื่นอื่น ๆ
5. ควรนำสำลีที่ยัดมาในขวดออกทิ้งไป เนื่องจากสำลีเป็น ตัวดึงความชื้นเข้าสู่ขวดยาได้
6. ไม่ควรแช่ยาในช่องแช่แข็ง
7. ไม่ควรเก็บยาในตู้เย็น นอกจากยาที่จำเป็น เช่น ยาแก้ชักเสบที่ต้องผสมน้ำก่อนใช้ ยาหยอดตาที่เปิดขวดแล้ว ยาเหน็บที่ต้องการให้คงรูป ยารีดอินซูลิน
8. ไม่ควรเก็บยาในรถยนต์
9. ควรทิ้งยาที่หมดอายุแล้วทันที
10. ในการทิ้งยา ต้องแน่ใจว่ายาได้ถูกทิ้งอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันเด็กไปรื้อค้น มาเล่น

กลุ่มชาติพันธุ์

หมายถึง กลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์ทางประวัติศาสตร์ร่วมกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีวัฒนธรรม ประเพณี บรรทัดฐาน ภาษา และความเชื่อในแนวเดียวกัน อัตลักษณ์เหล่านี้ถูกถ่ายทอด จากรุ่นสู่รุ่น บุคคลภายนอกอาจเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มได้ด้วยการแต่งงานหรือวิธีการอื่น ๆ ตามที่สังคมนั้นกำหนด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2557) ตัวอย่างชาติพันธุ์ที่มีในอำเภอแม่สาย เช่น

ชาติพันธุ์ไทลื้อ

มีถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ทางตอนใต้ของมณฑลยูนนาน จากนั้นได้อพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐาน ในประเทศไทยในประวัติศาสตร์ล้านนายุคต้น ปัจจุบันกระจายตัวตั้งถิ่นฐาน ในจังหวัดพะเยา เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน น่าน แพร่ ลำปาง และแม่ฮ่องสอน คนกลุ่มนี้มีการเดินทางข้าม พรมแดนกับชาวไทลื้อในเขตปกครองตนเองชนชาติไทสิบสองปันนา เพื่อเชื่อมโยงความเป็น เครือญาติข้ามพรมแดน นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มเป็นสมาคมไทลื้อแห่งประเทศไทยครอบคลุม 7 จังหวัดภาคเหนือที่มีชาวไทลื้อตั้งถิ่นฐาน ด้านการค้าแรงงาน ในอดีตชาวไทลื้อส่วนใหญ่ ทำการเกษตรแบบคนพื้นราบ เช่น ทำนา ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ด้านอาชีพหันไปประกอบอาชีพค้าขายและรับราชการมากขึ้น

ไทลื้อ (Tai Lue) เป็นชื่อเรียกตนเองของคนลื้อในประเทศไทยที่กลืนกลายเป็นคนไทย แล้ว โดยคำนี้มีการออกเสียงคำว่า “ไตลื้อ” ลื้อ ไทลื้อ ไต และไทยลื้อ เป็นชื่อเรียกกลุ่มชาวลื้อ ที่หลากหลาย และถูกใช้ตามบริบทที่แตกต่างกันไป นักวิชาการส่วนใหญ่จะใช้หลักตระกูลภาษา และความเป็นชาติพันธุ์ รัฐไทยใช้คำว่า “ไทยลื้อ” อันมีนัยเชิงการเมืองและเกี่ยวพันกับเรื่องชาติ และพลเมือง ในขณะที่ในกลุ่มชาวลื้อจะแยกกันเองตามชื่อเมืองเดิมของบรรพบุรุษจึงจะเรียก

กันเองว่า ลื้อ ต่อด้วยชื่อเมืองเดิม เช่น ลื้อเมืองพง ลื้อเมืองหลวง ลื้อเมืองสิงห์ ลื้อเมืองอุ
ยังอาจเรียกแยกตามถิ่นฐานในปัจจุบัน เช่น ลื้อเชียงคำ ลื้อเชียงของ ลื้อหนองบัว ลื้อดอยสะเก็ด

ไทลื้อ เป็นกลุ่มชนภาษาตระกูลไท จากหลักฐานตำนาน ที่สันนิษฐานได้ว่า พญาเจิง
ผู้นำของชาวไทลื้อ ที่สามารถสถาปนารัฐไทขึ้นมาได้ในราวปลายพุทธศตวรรษที่ 17 อาณาจักร
ของรัฐไทลื้อแต่เดิม สถาปนาและขยายอาณาเขตการปกครองระดับรัฐ กระจายอำนาจและ
เครือข่าย ไปตามที่ราบระหว่างหุบเขา จากเขตลุ่มน้ำโขงตอนบน ทางตอนใต้ของมณฑลยูนนาน
ในปัจจุบัน ออกไปทางตอนเหนือของเวียดนาม ตามลุ่มน้ำแดง ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียง
ของรัฐฉาน ประเทศพม่า ภาคเหนือและภาคกลางตอนบนของลาว และภาคเหนือตอนบนของ
ประเทศไทย คือเชียงใหม่และเชียงราย ตามตำนานพื้นเมืองเชียงใหม่ บ้านเมืองของชาวไทลื้อ
ปรากฏและถูกกล่าวถึงมาตั้งแต่อดีต นับจากกำเนิดของพญามังราย การอพยพเข้ามาปักหลัก
ตั้งชุมชนชาวไทลื้อในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย น่าจะมีมาอย่างยาวนาน นับตั้งแต่
การสถาปนารัฐไทในประวัติศาสตร์ของล้านนายุคต้น เนื่องจากปรากฏรายชื่อนิกาเยลื้อ ในเอกสาร
ตำนานรายชื่อหมวดวัดในเวียงเชียงใหม่ ชุมชนแถบสันติธรรมด้านนอกคูเมืองปรากฏมีป่าช้าลื้อ
ตั้งอยู่ จวบจนถึงยุค “เก็บผักใส่ซ้า เก็บข้าใส่เมือง” ที่ผู้คนในแถบสิบสองปันนาถูกกวาดต้อน
ลงมาสร้างบ้านสร้างเมืองใหม่ในดินแดนล้านนา ปัจจุบันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย
ปรากฏชุมชนของชาวไทลื้อ ตั้งหมู่บ้านในรูปแบบรวมเป็นชุมชนชาวไทลื้อและอาศัยปะปนกับ
ชุมชนคนไทย มีชุมชนตั้งถิ่นฐานเป็นจำนวนมาก ในจังหวัดเชียงราย จังหวัดน่าน จังหวัดพะเยา

ด้านภาษา ศาสนา และประเพณีวัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะหน้าตา ผิวพรรณ ของ
ไทลื้อมีลักษณะเดียวกันกับชาวลื้อเมืองยอง ชาวชินเซียงตุง และชาวยोनในล้านนา ทว่าในมิติ
ประวัติศาสตร์การตั้งถิ่นฐานและความทรงจำ มีความแตกต่างออกไปจากชุมชนคนไทกลุ่มอื่น
อย่างชัดเจน เช่น การตั้งชื่อชุมชนตามชื่อบ้านนามเมืองเดิม ความเชื่อเรื่องการตั้งเจ้บ้าน
การนับถือผีบรรพบุรุษร่วมกันด้วยการยึดเอาผีเจ้าเมืองมาเป็น “ผีประจำหมู่บ้าน” การแสดงออก
ถึงความโหยหาอาลัยบ้านเกิดของบรรพชน กระทั่งมีการรื้อฟื้นสืบสานวัฒนธรรมความเป็น
ชาติพันธุ์ลื้อนับตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ชาวไทลื้อจะมีการการเดินทางกลับไปสร้าง
สายสัมพันธ์กับชาวลื้อในเขตปกครองตนเองชนชาติไทสิบสองปันนา สะท้อนถึงความพยายาม
เชื่อมโยงความเป็นเครือญาติชาติพันธุ์ข้ามพรมแดน นอกจากนี้ยังมีการตั้งสมาคมไทลื้อแห่ง
ประเทศไทย และมีสาขาของสมาคมไทลื้อระดับจังหวัดครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัดในเขตภาคเหนือ
ตอนบนที่มีชาวไทลื้ออาศัยอยู่ เครือข่ายทางสังคมของชาวไทลื้อจึงมีส่วนสำคัญในการธำรงรักษา
อัตลักษณ์ และสืบสานวัฒนธรรมความเป็นชาติพันธุ์ลื้อผ่านการยึดโยงกับบ้านเกิดเมืองนอนเดิม
ของบรรพชนอย่างเหนียวแน่น

การดำรงชีพ

ชาวลื้อเป็นกลุ่มคนที่ขยันทำมาหากินมาตั้งแต่สมัยโบราณ มีชีวิตสัมพันธ์กับระบบเกษตรแบบคนพื้นราบ ได้แก่ การทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ปัจจุบัน ยังมีชาวลื้อที่อยู่ในวิถีเกษตร หากแต่คนรุ่นใหม่เริ่มมีการปรับตัวด้านอาชีพ มีบางส่วนประกอบอาชีพค้าขายและรับราชการ ในยุคปัจจุบันเด็กรุ่นใหม่ได้รับการศึกษาสูงขึ้นทำให้มีอาชีพที่หลากหลายตามระดับการศึกษา

ศาสนาและความเชื่อ

ชาวไทลื้อนับถือพุทธศาสนานิกายเถรวาทดังเช่นคนล้านนา อย่างไรก็ตาม ความเชื่อเกี่ยวกับพระอุปคุตของชาวไทลื้อนั้นค่อนข้างโดดเด่น

ชาติพันธุ์ไทใหญ่

ไทใหญ่ ชาน หรือ ฉาน (ไทใหญ่: ວໍ້, ออกเสียง [táj] ไ้; พม่า: ရှမ်းလူမျိုး, ออกเสียง: [ʃáw̃ lùmjó]; จีน: 掸族; พินอิน: Shàn zú) หรือ เจี้ยว (ซึ่งเป็นคำเรียกที่ไม่สุภาพ) คือ กลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งที่พูดภาษาตระกูลขร้า-ไท และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขนาดใหญ่อันดับสองของประเทศพม่า ส่วนมากอาศัยในรัฐฉานและบางส่วนอาศัยอยู่บริเวณดอยไตแลง ชายแดนระหว่างประเทศไทยกับประเทศพม่า ชาวไทใหญ่มีประมาณ 4-6 ล้านคน โดยเดอะเวิลด์แฟกต์บุ๊กให้จำนวนประมาณการที่ 5 ล้านคนทั่วประเทศพม่า ซึ่งเท่ากับประมาณร้อยละ 10 ของประชากรพม่าทั้งหมด แต่มีไทใหญ่หลายแสนคนที่ได้อพยพเข้าสู่ประเทศไทย เพื่อหนีปัญหาทางการเมืองและการหางาน ตามภาษาของเขาเองจะเรียกตัวเอง “ไต” หรือ “ไท” มีหลายกลุ่ม เช่น ไทหลง ไทคำตี้ ไทอาหม ไทฟาเก และไทมาว แต่กลุ่มใหญ่ที่สุด คือ ไตโหลง [ไต = ไท และ โหลง (หลวง) = ใหญ่] หรือที่คนไทยเรียกว่า ไทใหญ่ จะเห็นได้ว่าภาษาไทและภาษาไทยคล้ายกันบ้างแต่ไม่เหมือนกัน ชาวไทใหญ่ถือวันที่ 7 กุมภาพันธ์ เป็นวันชาติ

ประวัติ

ชาวไทใหญ่ หรือ ฉาน หรือ ฉาน เป็นกลุ่มคนกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในเขตพม่า ตอนใต้ของจีน และภาคเหนือของประเทศไทย ชาวไทใหญ่ที่อยู่ในเขตประเทศจีน เรียกตนเองว่าเป็นไทเหนือ ด้วยถือว่าอาศัย อยู่ทางเหนือของแม่น้ำคง (สาขาของแม่น้ำสาละวิน) และจะเรียกชาวไทใหญ่ในพม่า ว่าเป็นไทใต้ ในประเทศไทย มีชาวไทใหญ่อพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงราย และเชียงใหม่ จากตอนใต้ของประเทศจีนเมื่อประมาณศตวรรษที่ 17

คำว่า “ ไทใหญ่ “ เป็นชื่อที่ชาวไทใหญ่คุ้นเคยมานาน ควบคู่กับคำที่ชาวไทใหญ่มักขนานนามตนเองว่า “ ไทใหญ่น้อย ” แต่นอกเหนือจากชาวไทใหญ่ในประเทศไทยแล้วไม่มีคนรู้จักคำว่า ไทใหญ่ ชาวไทใหญ่เรียกตนเองว่าไต ชาวพม่าเรียกชาวไทใหญ่ว่า “ชาน” หรือ “ฉาน”

ซึ่งเป็นต้นเค้าให้ชาวตะวันตกเรียกชาวไทใหญ่ และยังเรียกชาวไทยวน หรือชาวไทภาคเหนือว่า “ชานสยาม” (Siamese Shan) อีกด้วย เพราะเนื่องจากชาวตะวันตกเห็นว่าคนสองกลุ่มนี้มีวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน

“เงี้ยว” เป็นคำที่ชาวล้านนาในแถบเชียงใหม่ใช้เรียกชาวไทใหญ่ ส่วนชาวเชียงรายเรียกชาวไทใหญ่ว่า “ไตใหญ่” ส่วนชาวไทภาคกลางเรียกชาวไทใหญ่ว่า “ไทใหญ่” โดยการเรียกชื่อนี้มีมาแต่สมัยอยุธยาแล้ว โดย ซิมง เดอ ลา ลูแบร์ ราชทูตของพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 แห่งฝรั่งเศส ถามคนอยุธยาว่า “คนไทยมีที่ไหนบ้าง” โดยเธอบอกว่า “คนไทยมีทั้ง ไทใหญ่และไทน้อย” และเธอยังบอกว่าตนเป็นไทน้อย แสดงให้เห็นว่าคนอยุธยา คือ ชาวไทน้อยและมองคนไทใหญ่ว่าไม่ต่างจากตนถือว่าเป็นคนไทยเหมือนกัน

ชาวไทใหญ่มีถิ่นกำเนิดอยู่ที่รัฐฉาน ประเทศพม่า มีเมืองหลวงที่ถิ่นกำเนิด คือ ตองจี มีเมืองต่าง ๆ ที่เป็นเมืองของชาวไทใหญ่มาแต่โบราณ ได้แก่ เมืองแสนหวี สิบ้อ น้ำคำ หมู่เจ เมืองนาย เมืองป๋น เมืองยองห้วย เมืองกาเล เมืองยาง เมืองมิด เป็นต้น

นอกจากนั้นยังมีชาวไทใหญ่อพยพมาอยู่ในประเทศไทย เช่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงราย และอำเภอเชียงดาว อำเภอเวียงแหง ทางตอนเหนือของจังหวัดเชียงใหม่ และยังมีที่อยู่อาศัย ทางตะวันตกเฉียงใต้ของมณฑลยูนนาน ประเทศจีน เช่น เมืองมาว เมืองวัน เมืองหล้า เมืองซอน เป็นต้น และบางส่วนของรัฐอัสสัม ประเทศอินเดีย โดยเฉพาะที่ตำบลช้างปानी แขวงเมืองสิพพสาครและอรุณาจัลประเทศ

วัฒนธรรม สังคมและประเพณี

พ่อนนกิงกะหระ เป็นการรำที่เลียนแบบอากัปกริยาของนก เช่น ขยับปีก ขยับหาง บินกระโดดโลดเต้นไปตามจังหวะของกลอง

ชาวไทใหญ่มักประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการค้าขาย นับถือศาสนาพุทธควบคู่กับภูตผีและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่มีวิธีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของเวทคาและผีเสื้อบ้านเสื้อเมือง และยึดถือในการทำบุญแต่ละประเพณีเป็นอย่างมาก ดังประโยคที่กล่าวไว้ว่า "กินอย่างมาน ตานอย่างไต" ซึ่งหมายถึงว่า ชาวไทใหญ่นิยมการทำบุญทำทานมาก เทศกาลของไทใหญ่ตามปฏิทินจันทรคติ ประกอบด้วยวันเหลินสาม (Wan Lem Saam) ในเดือนกุมภาพันธ์ เชื่อกันว่าเป็นการเริ่มต้นฤดูร้อน ปอยซอนน้ำ (Poy son Nam) หรือ สงกรานต์ และปอยโบกไฟ (Poy Mook Fai) หรือบุญบังไฟ ในเดือนเมษายน เข้าหว่า (Kao Waa) หรือเข้าพรรษา ออกหว่า (Oak Waa) หรือออกพรรษา และยี่เป็งหรือลอยกระทง

ภาษา

ภาษาไทยใหญ่เป็นวิชาเลือกหนึ่งภายในรัฐ เจ้าขุนสามซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายวัฒนธรรม รัฐฉานในอดีต เคยออกสำรวจคนไทใหญ่ในพม่า พบว่ามีคนไทใหญ่พูดภาษาไทยใหญ่มากมาย หลายแห่ง แต่ไม่มีจำนวนที่แน่นอน เพราะคนไทใหญ่นั้นจะเรียกตนเองว่าเป็นพม่า พูดภาษาพม่า แต่งกายเป็นพม่า

ศาสนา

ชาวไทใหญ่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาพุทธเริ่มเข้ามามีบทบาทในกลุ่มชาวไทใหญ่ที่อาศัยอยู่ในรัฐฉานตั้งแต่ พ.ศ. 2015 ในช่วงที่พระญาณคัมภีร์เดินทางมาจากเชียงใหม่ไปเผยแพร่ศาสนาพุทธนิกายโยน ชาวไทใหญ่นับถือเทพและผีเจ้าเมืองด้วย เป็นความเชื่อดั้งเดิมที่เชื่อว่าเจ้าเมืองที่เสียชีวิตไปแล้วจะยังคงปกป้องรักษาชาวบ้านในชุมชน ชาวไทใหญ่ยังมีความเชื่อในเรื่องของโลกหน้าอีกด้วย

ชาติพันธุ์ไทเขิน ไทขิ่น หรือ ไตขิ่น

เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ชาวไทกลุ่มหนึ่งที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเมืองเชียงตุง รัฐฉาน ประเทศพม่า มีบ้างที่อาศัยในประเทศไทยและประเทศจีน

ชาวไทขิ่น หรือไทยเรียกว่า ไทเขิน เป็นพลเมืองหลักของเมืองเชียงตุง ที่เข้ามาแทนที่ชนพื้นเมืองที่ตั้งรกรากอยู่ก่อนหน้าคือชาวลัวะ จากแต่เดิมไทเขินเข้าไปอยู่ปะปนก่อนหน้านี้ บางแห่งก็ว่าไทเขินสืบเชื้อสายมาจากไทลื้อ ด้วยมีลักษณะและขนบธรรมเนียมประเพณีคล้ายกัน บ้างก็ว่ามีบรรพบุรุษเป็นไทยวนที่อพยพขึ้นเหนือช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 13 ตั้งแต่สมัยพญามังราย และสันนิษฐานว่าชนกลุ่มนี้น่าจะเคยเรียกตัวเองว่า “โยน” หรือ “ยวน” มาก่อน

บางแห่งก็ว่าบรรพบุรุษชาวไทเขินเป็นชาวญี่ปุ่น ปรากฏครั้งแรกในงานเขียนของดอกเตอร์ วิลเลียม คลิฟตัน ดอดด์ โดยกล่าวว่า ในปี ค.ศ. 1931 มีคณะทูตญี่ปุ่นประจำพม่าได้มาสืบเรื่องราวของชาวญี่ปุ่นในเชียงตุง ก็พบว่าเครื่องมือเครื่องใช้ของชาวไทเขิน อาทิ หมวก รองเท้า และแบบแผนบ้านเรือนนั้น คล้ายกับชาวญี่ปุ่นในสมัยก่อน และตีความว่า “เขินหลวง” 96 คน ในตำนานเมืองเชียงตุงนั้น อาจเป็นชะมูโรในปัญญาของยะมะตะ นะงะมะซะ อดีตขุนนางในสมเด็จพระเจ้าทรงธรรมแห่งกรุงศรีอยุธยา ที่ได้พาพรรคพวกหนีมายังเชียงตุงเมื่อคริสต์ศตวรรษที่ 17 แต่อย่างไรก็ตามการตีความดังกล่าวเกิดขึ้นในช่วงสงครามโลกครั้งที่สองที่ญี่ปุ่นเข้ายึดครองรัฐฉาน ก็ถือโอกาสแพร่โฆษณาชวนเชื่อว่าจะชาวเชียงตุงและชาวญี่ปุ่นเป็นสายเลือดเดียวกัน และปัจจุบันนี้เรื่องดังกล่าวก็ได้รับการเชื่อถือจากชาวไทเขินพอสมควร และปรากฏในงานเขียนประวัติศาสตร์ของไทเขินอยู่ดาษดื่น

ภาษา ศิลปะและวัฒนธรรม

ภาษาไทยถิ่น มีความคล้ายและใกล้เคียงกับภาษายองและไทลื้อมาก ทั้งยังคล้ายกับภาษาไทยวน ต่างเพียงแต่สำเนียง และการลงท้ายคำ ซึ่งชาวเขินแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม คือ กลุ่มเขินก่อ-เขินแต้, กลุ่มเขินอู และกลุ่มเขินหวา

นอกจากนี้ชาวไทเขินในเชียงตุงบางส่วนที่เคยได้รับการเรียนภาษาไทยช่วงที่ไทยเข้าปกครอง สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี

ประเพณี

ประเพณีของชาวไทเขินมีความคล้ายคลึงกับชาวล้านนาในการจัดพิธีสืบชะตาหรือต่ออายุหมู่บ้านเพื่อเป็นพลังให้แก่กลุ่มชน ส่วนศิลปะการแสดงที่นิยมเล่นกันตามงานประเพณี เช่น การฟ้อนรำหางนกยูง ฟ้อนซ่องเซิง ฟ้อนรำนก ฟ้อนรำดาบ ฟ้อนโต ซึ่งการฟ้อนโตเป็นการแสดงถึงวัฒนธรรมร่วมของชาวไทใหญ่และชาวไทเขิน

ในอดีตชาวไทเขินนับถือความเชื่อเรื่องและวิญญาณ แม้หลังการรับศาสนาแล้วความเชื่อดังกล่าวก็ยังคงอยู่ นอกจากนี้ยังนับถือกบและนาคเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์ ดังปรากฏในพิธีบ้นกบเรียกฝนในช่วงสงกรานต์ และการระบำนางนาค เป็นต้น

ปัจจุบันชาวเขินส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธควบคู่ไปกับการนับถือผีบรรพบุรุษ มีส่วนน้อยที่เปลี่ยนไปนับถือศาสนาคริสต์และอิสลาม

ชาติพันธุ์ไทยวน

มีบรรพบุรุษมาจากเมืองเชียงแสน หรืออาณาจักรโยนก คนกลุ่มนี้มีความเชี่ยวชาญในการผลิตเครื่องมือโลหะในการทำกิจกรรม ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการค้ารังซีพหันไปประกอบอาชีพค้าขาย รับราชการ ทำสวนผลไม้ ควบคู่กับการพัฒนาสินค้าหัตถกรรม ทั้งการจักสาน ทอผ้า การแกะสลัก เพื่อตอบสนองของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในจังหวัดเชียงใหม่

ชาติพันธุ์ไทยวนเป็นกลุ่มคนที่มีประวัติศาสตร์ทางการเมืองและวัฒนธรรมในพื้นที่ภาคเหนือของไทยมาอย่างยาวนาน โดยมีรากบรรพบุรุษจากเมืองเชียงแสนหรืออาณาจักรโยนก ซึ่งเพี้ยนมาเป็นชื่อชาติพันธุ์ “ยวนหรือโยน” กระทั่งอาณาจักรโยนกได้ล่มสลายจากภัยธรรมชาติ กลุ่มคนเหล่านี้จึงเคลื่อนย้ายมาสร้างเมืองใหม่ คือ “เชียงใหม่” และเรียกอาณาบริเวณนี้ว่าอาณาจักรล้านนา หลังจากนั้นเชียงใหม่จึงเป็นศูนย์กลางวัฒนธรรมของชาวไทยวน ก่อนที่จะตกอยู่ในภาวะสงครามทั้งจากฝ่ายพม่าและไทย จนเกิดการแตกตัวของชาวไทยวนจากหัวเมืองล้านนาสู่เขตภาคกลาง อาศัยอยู่อย่างกระจัดกระจายออกในหลายพื้นที่ ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางการปกครองใหม่ สถาปนาหัวเมืองล้านนาเป็นมณฑลลาวเฉียง

ก่อนจะเปลี่ยนมาเป็นมณฑลพายัพ ได้ประทับตราความเป็นลาวให้ชาวไทยวน ขณะที่คนในท้องถิ่นไม่ได้ยอมรับชื่อเรียกนั้นและได้สร้างคำเรียกใหม่เพื่อต่อสู้กับวาทกรรมของผู้ปกครอง คำเรียกคนเมืองถูกสถาปนาขึ้นเพื่อใช้เรียกชาวไทยวนที่หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่มาก่อนเป็นเจ้าของแผ่นดิน มีเมืองและอารยธรรมของตนเอง เพื่อแยกความแตกต่างระหว่างชาวไทยวน ชาวพม่า และชาวไทสยาม

ศาสนาและความเชื่อ

ชาวไทยวนมีความเชื่อพื้นฐานเป็นอัตลักษณ์ที่โดดเด่น เช่น ความเชื่อพื้นบ้านที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ความเชื่อในศาสนาพราหมณ์ ความเชื่อในศาสนาพุทธ ทั้งสามความเชื่อนี้ได้ถูกบูรณาการผสมผสานเป็นชุดความเชื่อในวัฒนธรรม ศาสนา และมีบทบาทต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรมของชาวไทยวนในล้านนา

ชาติพันธุ์ฮ่อ หรือ จินยูนนาน

ภาษาไทยถิ่นเหนือเรียกว่า ฮ่อ (อังกฤษ: Haw, จีน: 云南人) เป็นการเรียกกลุ่มชนเชื้อสายจีนที่อพยพลงมาจาก มณฑลยูนนาน ประเทศจีน โดยไม่จำแนกว่านับถือศาสนาใด เข้ามาตั้งถิ่นฐานบริเวณพรมแดนระหว่างประเทศไทย พม่า และลาว มีทั้งอาศัยอยู่บนเทือกเขาและในเมือง ในประเทศไทยชาวฮ่อหรือชาวจินยูนนานมักอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง พะเยา และแม่ฮ่องสอน

ชาวจินฮ่อที่อพยพเข้ามานั้นพอจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มพ่อค้าคาราวาน ที่ใช้ม้าต่างหรือ ล่อ เป็นพาหนะในการบรรทุกสินค้าผ่านมาทางฮ่องลิกหรือด่านแม่สาย เดินทางตามช่องทางนี้มาตั้งแต่โบราณ

กลุ่มจีนฮ่อลี้ภัย ในช่วงปราบปรามกบฏปันทาย นำโดยสุลต่านสุลัยมาน (Sulayman ibn Abd al-Rahman) หรือตูเหวินซิว (ภาษาจีนกลาง: 杜文秀) ผู้สถาปนารัฐผิงหนานขึ้นในมณฑลยูนนานในช่วงปี ค.ศ. 1856–1873 แต่กลับถูกทางการราชวงศ์ชิงปราบปรามอย่างราบคาบ คาดการว่ามีผู้เสียชีวิตทั้งทหารและพลเรือนไปนับล้านคน

กลุ่มทหารกู้ชาติจีนอพยพเข้ามา หลังจากการปฏิวัติประเทศจีนประสบความสำเร็จในปี ค.ศ. 1949 ภายใต้การนำของเหมาเจ๋อตง ทำให้ทหารกองพล 93 ของจีนคณะชาติหรือพรรคก๊กมินตั๋งต้องถอยร่นลงมาอยู่ตามแนวชายแดนไทย-พม่า และต่อมามีส่วนหนึ่งได้เดินทางไปอยู่ที่ประเทศไต้หวัน อีกส่วนหนึ่งปักหลักอยู่ทางภาคเหนือของไทย

ภาษา ศิลปะและวัฒนธรรม

ชาวฮ่อหรือชาวจินยูนนาน ใช้ภาษาจีนกลางตะวันตกเฉียงใต้ในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว คนรุ่นหลังสามารถอ่านเขียนภาษาจีนมาตรฐานได้ดี จะมีการสอนภาษาจีน

ในโรงเรียนไทย นักเรียนชาวฮ่อก็จะได้เรียนการเขียนอักษรจีนตัวย่อและพินอิน ครั้นเสร็จสิ้นการเรียนในโรงเรียนไทย พวกเขาจะเข้าเรียนโรงเรียนจีนต่อในช่วงภาคค่ำ โดยศึกษาการเขียนอักษรแบบจีนตัวเต็ม

ศาสนา

ชาวจีนฮ่อประมาณ 1 ใน 3 จะนับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษาจีนกลาง นอกนั้นจะนับถือพุทธาบรรพบุรุษ และถูกกลืนไปในวัฒนธรรมล้านนา โดยผู้ที่เป็นมุสลิมจะถูกเรียกว่า ผ่าสี่ แต่ผู้ที่ไม่ใช่มุสลิมจะเรียกว่า ผ่าห้า สันนิษฐานได้ว่าคำว่าผ่าสี่อาจจะมาจากภาษาไทยใหญ่ มีความหมายว่า เปอร์เซีย

ชาวฮ่อที่ยังนับถือผีบรรพชนนั้น จะมีชินแสหรือที่เรียกว่าสลาเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่ออย่างชาวจีน นอกจากนี้ยังมีบางกลุ่มที่เปลี่ยนไปนับถือศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์

ชาติพันธุ์ลาหู่

เดิมตั้งถิ่นฐานบริเวณที่ราบสูงทิเบต - ซิงไห่ มีเชื้อสายมาจากชาวโลโล ต่อมาคนไทใหญ่และจีนได้เข้าครอบครองพื้นที่ ชาวลาหู่จึงอพยพลงมาทางมณฑลยูนนานบริเวณแม่น้ำสาละวินกับแม่น้ำโขง จากนั้นอพยพเข้ามาในประเทศไทย ประมาณ พ.ศ. 2418 ด้วยเงื่อนไขความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศเมียนมา เมื่อเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทย ได้ตั้งถิ่นฐานอย่างหนาแน่นในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ และตาก คนกลุ่มนี้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคด้วยวิธีที่หลากหลาย ทั้งการใช้พิธีกรรมบำบัด การใช้สมุนไพร การใช้โภชนบำบัด การใช้ความร้อน กัวซาบำบัด เหยียดกล้ามเนื้อ และการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่

ลาหู่ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มหนึ่ง ที่มีการกระจายตัวอาศัยอยู่ในหลายประเทศของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น จีน เมียนมาร์ ไทย ลาว เวียดนาม และมีการอพยพไปยังประเทศโลกที่สาม เช่น สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส อังกฤษ ฯลฯ

ในประเทศไทย ชาวลาหู่แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยได้หลายกลุ่ม เช่น ลาหู่ญี่ ลาหู่นะ ลาหู่เหมแล ลาหู่ซี ฯลฯ มีการกระจายตัวอยู่ในพื้นที่ 8 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ ตาก แม่ฮ่องสอน กำแพงเพชร ลำปาง น่าน และ เพชรบูรณ์

ชาติพันธุ์อาข่า

เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเล็ก ๆ บนที่สูงบนภูเขาในประเทศไทย พม่า เวียดนาม กัมพูชา ลาว และมณฑลยูนนานของประเทศจีน พวกเขาเดินทางมาจากประเทศจีนไปยังเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 สงครามกลางเมืองในประเทศจีน

ประเทศพม่าและลาวทำให้มีคลื่นชาวอาข่ามากขึ้นและปัจจุบันมีผู้อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และเชียงใหม่ในประเทศไทย 80,000 คน

ชาวอาข่าพูดภาษาอาข่า ภาษาที่อยู่ในสาขาโลโลอิช (หยา) ของตระกูลภาษาย่อยทิเบต-พม่า ภาษาอาข่ามีความใกล้ชิดกับภาษาลีลู่ และกล่าวกันว่า ชนอาข่าเคยครอบครองทุ่งเป่าซานกับเถิงซงในมณฑลยูนนานก่อนที่ราชวงศ์หมิงจะโจมตีใน ค.ศ. 1644

นักวิชาการยอมรับว่าชาวอาข่ามาจากประเทศจีน อย่างไรก็ตาม พวกเขาไม่ยอมรับว่าบ้านเกิดดั้งเดิมอยู่ที่ชายแดนทิเบตตามที่ชนอาข่าอ้าง หรือไปทางใต้และตะวันออกของมณฑลยูนนาน ตามที่มีผู้อาศัยในปัจจุบัน บันทึกประวัติศาสตร์กล่าวถึงความสัมพันธ์กับเจ้าชายฉานแห่งเชียงตุงที่บ่งชี้ว่าชนอาข่าอยู่ในพม่าตะวันออกมาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษ 1860 พวกเขาเริ่มเข้ามาในไทยในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 ซึ่งหลายคนหนีจากสงครามกลางเมืองน่านับทศวรรษในพม่า

ความเชื่อในภาษาอาข่าเรียกว่า "นือจ่อง" (Faith) "Nui jah" อาข่าเป็นชนเผ่าที่มีความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ ภูตผี ปีศาจ ไสยศาสตร์ สิ่งเร้นลับ พิธีกรรมคำสอนที่ได้รับการปลูกฝังมาจากบรรพบุรุษ และสืบทอดปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ผี "แหนะ" ตามความเชื่อของอาข่า

สิทธิการรักษาพยาบาลในกลุ่มชาติพันธุ์

การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

จาก พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งก็คือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สำหรับประชาชนคนไทยที่มีสัญชาติไทยทุกคน ต่อมารัฐบาลได้บูรณาการการจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยดำเนินการพิสูจน์สัญชาติ จัดทะเบียนแรงงานและประกันสุขภาพ ซึ่งการประกันสุขภาพนี้เป็นบทบาทของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานต่างด้าวดังกล่าว เพื่อให้แรงงานและผู้ติดตามได้รับการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและมีงบประมาณสำหรับส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคโดยไม่เป็นภาระของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จนเกินไป

ซึ่งจากการดำเนินการทั้งสองโครงการนี้ ทำให้กลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งอยู่กึ่งกลางระหว่างบุคคลสองกลุ่มนี้ คืออาศัยอยู่ในประเทศไทยแต่ยังไม่ได้สัญชาติไทยหรือรอการได้รับสัญชาติไทย ทั่วประเทศมีบุคคลกลุ่มนี้กว่า 600,000 คน ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 เรื่อง การให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหา

สถานะและสิทธิ เพื่อให้บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ มีความชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ

สิทธิประโยชน์

1. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจะส่งผลให้ลดอัตราการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแนะนำ และการให้ความรู้ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การฉายาและการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ดังต่อไปนี้

1.1 การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งจัดทำโดยแพทยสภา

1.2 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.3 การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย

1.4 การวางแผนครอบครัว ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย

1.5 การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.7 การให้คำปรึกษาแนะนำ การสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ

1.8 การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่

1.8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

1.8.2 การแนะนำด้านทันตสุขภาพ

1.8.3 การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็กผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ

1.8.4 การเคลือบหลุมร่องฟัน

2. การตรวจวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการตรวจเพื่อการวินิจฉัย รวมทั้งการตรวจยืนยันกรณีพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
3. การตรวจและรับฝากครรภ์ ครอบคลุมบริการตรวจและการบริหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของหญิงมีครรภ์ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ/หรือขององค์การอนามัยโลก
4. การบำบัดและบริการทางการแพทย์ ครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้
 - 4.1 การบำบัดและการบริการทางเวชกรรม รวมถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ จนสิ้นสุดการรักษา
 - 4.2 การบำบัดทดแทนไตในการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
 - 4.3 การบำบัดและการบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ยาและเวชภัณฑ์ ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยครอบคลุมยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ และรวมการบริการยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
6. อวัยวะเทียม และอุปกรณ์ทางการแพทย์
7. การคลอด ครอบคลุมการคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 6 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตรับแต่มีมติ ครม. วันที่ 23 มีนาคม 2553
8. ค่าอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ
9. การบริหารทารกแรกเกิด
10. ค่ารถพยาบาลรับส่งผู้ป่วย ครอบคลุมเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

ความร่วมมือในการใช้ยา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้ให้ความหมายของความร่วมมือ (adherence) หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือร่วมใจของ ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบคลุมการใช้ยาตามแผนการรักษา การควบคุมอาหารและหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต (WHO, 2003)

การวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา

การวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา เป็นสิ่งสำคัญที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรดำเนินการเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษา จะสามารถช่วยค้นพบปัญหาความไม่ร่วมมือ และสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นเพื่อป้องกันได้อย่างทัน่วงที

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา

ระดับความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำด้วยความเต็มใจของผู้ป่วยในการใช้ยากันชักที่สอดคล้องตามแผนการรักษาที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำให้เพื่อการบำบัดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่ได้หมายถึงวิธีการใช้ยาเท่านั้น แต่รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาในขนาด ความถี่ เวลาที่เหมาะสม และการมารับยาตามนัด ประเมินโดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ของ Morisky และคณะ (2008) ฉบับภาษาไทยของ นางลักษณ์ อิงมณี (2553) มีจำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามจะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 2 ตัวเลือก และในข้อที่ 8 จะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกแบบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยค่าผลรวมคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนนหมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ, ค่าผลรวมคะแนนอยู่ในช่วง 6-7 คะแนน หมายถึงความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง, ค่าผลรวมคะแนนมากกว่า 7 คะแนน หมายถึงความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยา มีหลายเครื่องมือที่ใช้ในการวัด ซึ่งในแต่ละเครื่องมือมีความแม่นยำ ข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน การเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย จะช่วยให้ผลการวัดมีความถูกต้องและใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุด การเลือกใช้มากกว่า 1 เครื่องมือ เพื่อช่วยยืนยันผล เพิ่มความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. การสืบหาโดยตรง ประกอบด้วย การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของ ผู้ป่วย (Behavioral observations) ซึ่งค่อนข้างมีความแม่นยำ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา การวัดปริมาณยาในร่างกาย (Drug assays) อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้จากความเป็นจริง หากผู้ป่วยปฏิบัติตามแพทย์แนะนำในระยะเวลายาวนาน ๆ ก่อนพบแพทย์ ไม่สามารถทำได้ในยาทุกตัว จากข้อจำกัดทางกระบวนการวิเคราะห์ และมีราคาแพง เจ็บตัวจากการเจาะเลือด

2. การสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติได้จริงมากกว่า ประกอบด้วย การนับเม็ดยาหรือปริมาณยา (Pill counts or volume measurements) การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เพื่อบันทึกการรับประทานยาที่ใช้ (Electronic monitoring) การวัดจากพฤติกรรมของ ผู้ป่วย เช่น

ความสม่ำเสมอในการมารับยา หรือมาตรวจตามนัด การวัดผลการรักษาหรือผลของ ยาที่เกิดขึ้น การบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง (medication reminder card) การรายงานโดยผู้ป่วย (patient self-report) เช่น การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม การใช้มาตราวัด visual analog scale (VAS)

รายละเอียดของ เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

1. การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของ ผู้ป่วย (Behavioral observations) เช่น Directly observed therapy เป็นการสังเกตการณ์ใช้ยาของ ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด การมารับยาตามนัด แต่ไม่ได้ยืนยันว่าผู้ที่มาตามนัดจะต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่า ผู้ที่ไม่มาตามนัด

2. การวัดปริมาณยาในร่างกาย (Drug assays) โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะ น้ำลาย แล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่าง ๆ เช่น การวัดระดับยา Cyclosporine ค่าพารามิเตอร์ดังกล่าวสะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยา เพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมาเจาะเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์ซับซ้อน ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และผลของยาที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น การดูดซึมยา การเปลี่ยนแปลงยา การเกิดอันตรกิริยาของยา และภาวะของ ร่างกายขณะนั้น ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

3. การนับเม็ดยาหรือปริมาณยา (Pill counts or volume measurements) โดยการวัด ปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับ การตวง ให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง ซึ่งข้อจำกัด คือ ผู้ป่วย อาจลืมนำยามาโรงพยาบาลหรือบางครั้งยาที่ผู้ป่วยนำมา อาจไม่ใช่ยาทั้งหมดจริง ๆ ซึ่งผู้ป่วย บางรายอาจมียาเหลืออยู่บ้านเป็นจำนวนมาก แต่นำยามาโรงพยาบาลเพียงสวานหนึ่งเท่านั้น หรือทิ้งยาไปก่อนมาโรงพยาบาล

4. การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เพื่อบันทึกการยาที่ใช้ (Electronic monitoring) เป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้การฝังชิพคอมพิวเตอร์ไว้ที่ฝาครอบขวดยา ที่ออกแบบพิเศษเพื่อที่จะบันทึกเวลาและช่วงเวลาที่เปิดขวดยา วัดระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาโดยสันนิษฐานว่า ทุกครั้งที่เปิดฝาครอบขวดยาแสดงถึงการรับประทานยาของ ผู้ป่วย แสดงถึง ความเที่ยงตรง หากผู้ป่วยรับประทานยาจริง ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีราคาแพง และยุ่งยากในทางปฏิบัติ มักนิยมใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

5. ความสม่ำเสมอในการมารับยา (Pharmacy refill records) หรือการมาตรวจตามนัด พิจารณาจากการกำหนดเวลา แต่การที่ผู้ป่วยมาตามกำหนด อาจไม่ได้แสดงถึงความร่วมมือ

ในการใช้ยาอย่างถูกต้อง หรือการที่ผู้ป่วยไม่มาตามกำหนด อาจเกิดจากมียาเหลือจากการรับการรักษาในครั้งก่อน หรือไปรับยาจากสถานบริการสุขภาพแห่งอื่น

6. การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ผลทางห้องปฏิบัติการ วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ซับซ้อน ผลของ ยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงยา และภาวะของ ร่างกายขณะนั้น ไม่อาจนำมาสรุปได้ทันทีว่าผลการรักษา หรือผลที่เกิดขึ้นเกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

7. การบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง (Medication reminder card) คือ ให้ผู้ป่วยบันทึก วันและเวลาที่ใช้ยาลงในสมุดบันทึก เป็นการตรวจสอบเวลาในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลน่าเชื่อถือ หรือไม่สัมพันธ์กับ ข้อมูลที่ได้จากการนับเม็ดยาหรือปริมาณยา สามารถตรวจสอบคร่าว ๆ ได้จากการลงข้อมูลจากการพิจารณาการลงข้อมูล ซึ่งข้อจำกัดของ วิธีนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือไม่บันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง

8. การรายงานโดยผู้ป่วย (Patient report) โดยการสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ดูแล ญาติ ผู้ปกครอง เป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย ซึ่งการตั้งคำถามควรให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เช่น รับประทานยาไม่ตรงเวลากี่ครั้ง และคุณภาพ เช่น อะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่องไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด

9. การใช้มาตราวัด Visual analog scale (VAS) เป็นการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง แล้วทำสัญลักษณ์ “x” ลงบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร กำหนดปลายซ้ายมือสุด เป็นคะแนน 0 และปลายขวามือสุดเป็นคะแนน 100 จากนั้นใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากปลายด้าน คะแนน 0 จนถึงตำแหน่งที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมาย โดยคำนึงถึงจุดตัดบริเวณเครื่องหมาย X กับเส้นคะแนนเป็นจุดสิ้นสุดการวัดความยาว เมื่อได้ความยาวแปลงเป็นหน่วยมิลลิเมตร ค่าที่ได้ คือ ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของ ผู้ป่วย ถ้าได้จุดตัดมากกว่า 1 จุดหรือหาจุดตัดไม่ได้ ถือว่าทำไม่ถูกต้องและไม่สามารถประเมินคะแนนได้ (ศรีธัญญา นิตินันท์พงศ์ และศราววุฒิ อุพุฒินันท์, 2560)

Multidimensional Adherence Model: MAM

ก่อนหน้านี้มีความเชื่อว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเท่านั้นที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่เข้าใจผิด เพราะปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นเพียงมิติหนึ่งเท่านั้น (World Health Organization, 2003) ดังแสดงในรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) โดย องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมปัจจัยที่หลากหลายที่มีผลต่อ

ความร่วมมือในการรักษาจากกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคหืด โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง และวัณโรค ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นปัจจัยที่มีความหลากหลายหลายมิติ 5 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยที่ส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient-related factors)
2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (Condition-related factors)
3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors)
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Treatment-related factors)
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (Health care system-related factors)

(WHO, 2003) โดยที่อธิบายความหลากหลายหลายมิติที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาซึ่งแสดงในแผนภาพดังนี้



ภาพ 3 แสดง World Health Organization Multidimensional Adherence Model

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient-related factors)

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การประกอบอาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต ทักษะและความคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยาลดความดันโลหิต

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Patient-related factors) แบ่งเป็นปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะกลุ่มประชากรเช่น เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ เป็นต้น และปัจจัยด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความรู้ ทักษะและความคิด (WHO, 2003) ซึ่งการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่า เพศ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ การศึกษาของ กัลยา กองทอง, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ และณิชภา แพรณน้อย (2021) ก็เช่นกัน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา การศึกษาของ สุพรรณษา อุ๋นสอาด (2565) ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจได้ และการศึกษาของ วริศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวิมล จวงแสนจันทร์ (2561) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ชมพูนุท พัฒนจักร ที่พบว่าปัจจัยตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาของ กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และปณิตา ลิมปะวัฒนะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้สูงอายุสถานภาพอื่น การศึกษาของ ศิณาพรรณ หอมรส และอรุวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่าเพศหญิงมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงสามารถนำมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

2. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (Condition-related factors)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (Condition-related factors) หมายถึง ความเจ็บป่วยจากสภาวะโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือของผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรง

ของอาการและโรค ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โรคร่วมต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบการรับรู้ของผู้ป่วยในการให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามแผน การรักษารวมถึงการจัดลำดับความสำคัญในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย (WHO, 2003) จากการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) พบว่าความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยความรุนแรงของโรคผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ และประเมินการมีโรคร่วมโดยใช้แบบประเมินภาวะโรคร่วมซึ่งประยุกต์มาจาก Charlson Comorbidity Index: CCI จากการศึกษาของ ทักษิภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.04, p > .05$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ($OR = 1.01, 95\%, CI 0.52 - 1.93, P > .05$) ก็เช่นกัน และจากการศึกษาของ กมลรัตน์ บุญญ์ดินพรรัตน์ และปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเป็นโรคหอบหืดหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors)

3.1 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาในระดับสูงสุดของผู้ป่วย ประกอบด้วย ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ปวส. ปริญญาตรี และอื่น ๆ

จากการศึกษาของ ดาไลมา ส่ำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศฐานิวัฒน์นานนท์ (2019) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ วริศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และการศึกษาของ ศิณาพรพรรณ หอมรส และอรุวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถนำมาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลกได้

3.2 สถานภาพทางการเงิน

มีการให้ความหมายของสถานภาพทางการเงินไว้หลายความหมายดังนี้

Peyrot, et al. (2010) กล่าวว่า เป็นรายได้ของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน

สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ สถานภาพทางการเงิน หมายถึง เงินเดือน หรือ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์

จากการศึกษาของ ทัญทิภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงินซึ่งประเมินจากความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.23, P < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ($OR = 1.76, 95\%, CI 1.14 - 2.73, P < .05$) จากการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2562) ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($P = 0.035$) มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ สุปริญญา พรหมมาลุน (2559) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงิน ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ($OR = 0.29, 95\%CI 0.75 - 2.22, P > 0.05$)

3.3 การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างอื่น ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม โดยประยุกต์มาจาก Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 12 ข้อ ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในครั้งนี้

จากการศึกษาของ สุพรรณษา อุ่นสะอาด (2565) โดยพบว่า การที่ผู้ป่วยจัดยาทานเองและมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือจัดยาให้ทานไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชันท์แก้ว, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง, จิรียา อินทนา (2564) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($Beta = .262, P < .05$)

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Treatment-related factors)

ปัจจัยด้านการรักษา (Therapy-related factors) องค์การอนามัยโลกได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวว่าเกี่ยวข้องกับการรักษาที่หลากหลายซึ่งจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย ความซับซ้อนของแผนการรักษา ความถี่

ของการใช้ยา จำนวนยาที่ใช้ในแต่ละครั้ง และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (WHO, 2003) ซึ่งจากการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) พบว่า ปัจจัยด้านการรักษา: ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (จำนวนเม็ดยา หรือ ปริมาณยาที่ใช้ต่อวันที่เพิ่มขึ้น) มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือระดับความซับซ้อนต่ำทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาดี การศึกษาของ ศิณาพรรณ หอมรส และอรรวรรณ กীরติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่า ผู้ที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป อยู่ 2.24 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 3.61) จากการศึกษาของ กมลรัตน์ บัญญัติินพรัตน์ และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์นะ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาจะมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่า เป็นเพราะความกลัวที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้อีก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณษา อุณสอาด (2565) ที่พบว่า ผลข้างเคียงจากการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจได้

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (Health care system-related factors)

ปัจจัยด้านที่มสุขภาพและระบบสุขภาพ (Health care system-related factors) มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยที่มสุขภาพหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ จะหมายรวมถึง แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวคือผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น (WHO, 2003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความไว้วางใจและการสื่อสารที่ดีซึ่งจะทำให้เกิดเป็นสัมพันธภาพที่มั่นคงและสม่ำเสมอต่อไป จากการศึกษาของ ทันติภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา แตกต่างจากการศึกษาของ สุปริญญา พรหมมาลุน (2559) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ไม่สามารถนำมาทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยฉีดอินซูลินในเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และการศึกษาของ ชวนพิศ จุลศรี (2561) ที่พบว่าสัมพันธภาพกับแพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($X = 30.42$, $S.D. = 4.04$) จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชันท์แก้ว,

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจิริยา อินทนา (2564) ที่พบว่า การสื่อสารทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ (Beta = 334, $p < .05$) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson and Dedrick (1990) มีคำถาม 12 ข้อ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Alodhaib et al., (2021) ทำการศึกษา Qualitative Exploration of Barriers to Medication Adherence Among Patients with Uncontrolled Diabetes in Saudi Arabia. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยและสำรวจอุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ศูนย์เบาหวาน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งชนิด 1 และชนิด 2 ซึ่งมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ระดับ HbA1c > 7% หรือ FBG > 7.2 mmol/ ใช้การสุ่มอย่างง่ายในการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์และทำการบันทึกเสียงในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสามารถสรุปผลการศึกษาได้ ดังนี้ Patient-Related Factors : อายุ ระดับการศึกษา และสถานะทางการเงิน ส่งผลด้านลบต่อการรักษา, Medication-Related Factors: ผู้ป่วยลดปริมาณยา/หยุดยาเองเนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยา, Social-Related Factors: ผู้ป่วยหยุดยาเองเพราะกลัวเป็นโรคตับ/ไต เนื่องจากการได้รับข้อมูลจากบุคคลรอบตัวหรือสื่อออนไลน์ และผู้ป่วยบางคนไม่ได้รับแรงกระตุ้นหรือสนับสนุนจากสังคม เพราะถูกทอดทิ้งจากคนรอบข้าง, Healthcare-Related Factors: ผู้ป่วยมีหลายโรคทำให้ได้รับยาหลายชนิดทำให้สับสนทานยาเบาหวาน และโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้น, Provider-Related Factors: คนใช้ทุกซ์ธรรมดาจากอาการเบาหวาน และมีอาการแทรกซ้อนหลายอย่าง เนื่องจากแพทย์ไม่ได้สั่งยาที่เหมาะสม ทำให้คนใช้สูญเสียความไว้วางใจต่อแพทย์, Provider-Related Factors: คนใช้ทุกซ์ธรรมดาจากอาการเบาหวาน และมีอาการแทรกซ้อนหลายอย่างเนื่องจากแพทย์ไม่ได้สั่งยาที่เหมาะสม ทำให้คนใช้สูญเสียความไว้วางใจต่อแพทย์ และ Disease-Related Factors: ผู้ป่วยทุกซ์ธรรมดาจากอาการแทรกซ้อน และคิดว่าสายเกินไปแล้วที่จะรักษา จึงหยุดทานยาเอง

ปรเมษฐ์ พรหมพิณีจ, วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล และวรินมาศ เกษทองมา (2563) ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 20 ปี ขึ้นไป ขึ้นทะเบียนและรับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน รพ.ส่องดาว สกลนคร 1562 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 ได้กลุ่มตัวอย่าง 342 ราย และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ฉบับภาษาไทย, แบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตนฉบับภาษาไทย, แบบสัมภาษณ์สุขภาพ PHQ-9 ฉบับภาษาไทย, แบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย, แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม, แบบสัมภาษณ์ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ, แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, แบบประเมินภาวะโรคร่วม และแบบวัดความซ้ำซ้อนของแบบแผนการใช้ยา จากการศึกษา พบว่า การว่างงาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ความซับซ้อนของแผนการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น ส่งผลด้านลบต่อความร่วมมือในการใช้ยา ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ ผู้มีน้ำหนักเกินและอ้วน ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาดำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยา

ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 18 ปี ขึ้นไป และเข้ารับบริการในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป รพ.ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ใน กทม. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย G*power รุ่น 3.1.9.2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 225 ราย และทำการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การตัดเข้า ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย, แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา, แบบวัดดัชนีความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า มิติด้านสังคมและเศรษฐกิจ: ความเพียงพอของ

รายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา, มิติด้านที่มสุขภาพ และระบบสุขภาพ: สิทธิการรักษา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา, มิติด้านการรักษา: ความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา (จำนวนเม็ดยา หรือปริมาณยาที่ใช้ต่อวันที่เพิ่มขึ้น) มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือระดับความซับซ้อนต่ำ ทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาดี, มิติด้านภาวะการเจ็บป่วย: ความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา และมิติด้านผู้ป่วย: ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้

กัลยา กองทอง, ญัฐกฤตา ศิริโสภณ และณิชานา แพรกน้อย (2564) ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ใน จ.นครราชสีมา มีวัตถุประสงค์ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา และความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Kurt Lewin เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากร คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา จำนวน 32,162 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejcie and Morgan, 1986 ได้กลุ่มตัวอย่าง 380 ราย และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง จากการศึกษา พบว่า เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนชนิดของยาลดความดันโลหิต จำนวนเม็ดยาต่อวัน จำนวนมือต่อวัน ผู้ดูแลจัดยา และระดับความดันโลหิตล่าสุด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา

กมลรัตน์ บัญญัตินพรัตน์ และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ (2562) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก รพ.ดงหลวง จ.มุกดาหาร และขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รักษาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 130 ราย แล้วทำการเลือกผู้ป่วยแบบสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถาม MMAS8 จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้สูงอายุสถานภาพอื่น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม คือ โรคหอบหืดหรือโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังมีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง ระยะเวลาที่ใช้นานมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าระยะเวลาที่ใช้นานสั้น ความถี่ในการใช้ยาต่อวันมากส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้น้อยลง ผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์มีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และผู้ป่วยที่มาปรึกษาตามนัดสม่ำเสมอมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง

ทัศนิกา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และอิทธิพลของปัจจัยความรุนแรงของโรค สถานภาพทางการเงิน อุปสรรคในการรับประทานยา และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ในการร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง อายุ 18 ปีขึ้นไป รับประทานยาที่ห้องตรวจโรคอายุรกรรม รพ.ตติยภูมิแห่งหนึ่ง กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 เท่า ของจำนวนตัวแปรอิสระ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง 120 ราย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบประเมินอุปสรรคในการรับประทานยา แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (MARS) จากการศึกษา พบว่า อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา, สภาพทางการเงิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา, สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมบุคลากร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา, ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

สุปริญญา พรหมมาลุน (2559) ทำการศึกษาความร่วมมือในการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และอิทธิพลของปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า สถานภาพทางการเงิน ทัศนคติต่อการใช้อินซูลินและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

ในการร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 120 ราย ที่มาตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยใช้แบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือ (Multidimensional Adherence Model: MAM) ที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาได้ มิติหลักคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านที่มสุขภาพและระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า สถานภาพทางการเงินทัศนคติต่อการใช้อินซูลินและสัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 19.5 (Nagelkerke R² = 0.195) โดยภาวะซึมเศร้าและทัศนคติต่อการใช้อินซูลินสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.91, p < 0.05 และ OR = 0.94, p < 0.05) ตามลำดับ

ศิณภาพรรณ หอมรส และอรวรรณ กীরติสิโรจน์ (2563) ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก โดยการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งสิ้น 418 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มศึกษาคือ ผู้ที่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย และ 2) กลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา จำนวน 209 ราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุแบบ 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศหญิง ระดับฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี ควบคุมได้ดี ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง การรับประทานยาจำนวนน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาระดับต่ำและปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

วิภาวรรณ ชันท์แก้ว, ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจริยา อินทนา (2564) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 143 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม

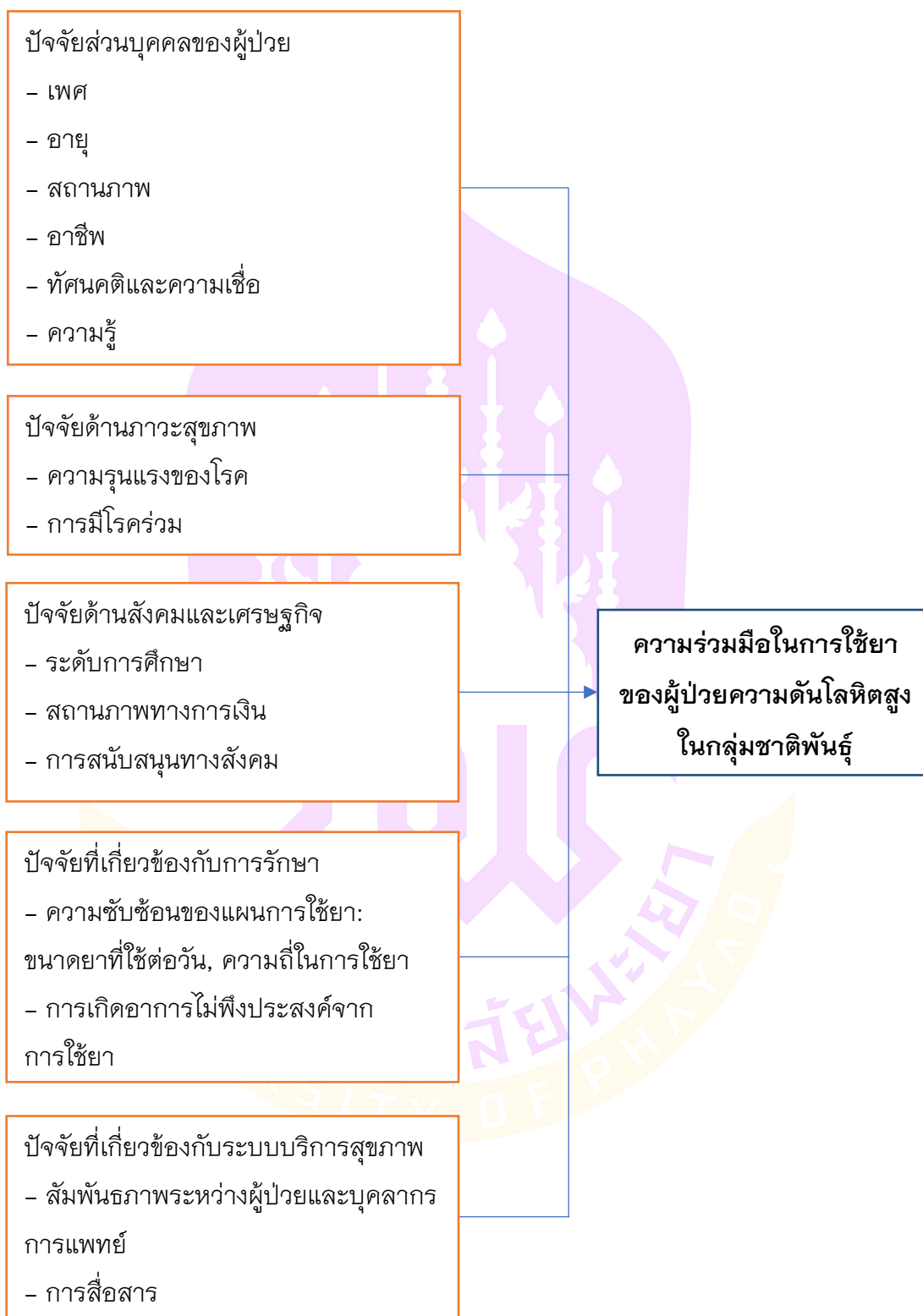
ประกอบด้วย ความร่วมมือในการรับประทานยา ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 39.50 ($R^2_{adj} = 395, p < .01$) โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาสูงสุด ($Beta = .513; p < .01$)

วริศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในเขตอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 341 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลในการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกัน สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 28.1 ($Adjusted R^2 = .281, P < .05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ($B = .458, = 8.061, P < .01$)

ชวนพิศ จุลศรี (2561) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 130 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ความรู้ ภาวะซึมเศร้า และความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา สามารถร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบได้ร้อยละ 46.3 ($Adjusted R^2 = .463$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับปัจจัย อายุ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาล และความกังวลเกี่ยวกับยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้

สุพรรณษา อุณสะอาด (2565) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลตำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง วิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยพหุโลจิสติกผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 264 คน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาได้แก่ รายได้ (AOR = 6.32, 95% CI: 1.511 – 26.458) โรคความดันโลหิตสูง (AOR = 5.31, 95% CI: 2.593 – 10.905) อธิบายการใช้ยาจากบุคลากรทางการแพทย์ (AOR = 5.388, 95% CI: 2.747 – 10.568) ความรอบรู้ทางสุขภาพ (AOR = 6.94, 95% CI: 2.616 – 18.410)

ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2562) ทำการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความแตกต่างด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 265 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-Square และ Spearman Rank Correlation ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean = 11.76, SD = 1.32) ซึ่งระดับการศึกษา ($p = 0.001$) อาชีพ ($p = 0.041$) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($P = 0.035$) มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง จำนวน 1 ชุด และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด
3. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย
7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยแพทย์ ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 267 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 1999) ในกรณีที่ทราบประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังสูตร

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

$$n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรเป้าหมายทั้งหมด}$$

$$p = \text{สัดส่วนของลักษณะที่สนใจประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด } p=0.5)$$

$$d = \text{ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้}$$

$$Z = \text{ค่าคะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ } 0.05(1.96)$$

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

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

$$n = 157.76227$$

$$\approx 158 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 174 คน

วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่าง 174 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์โดยเลือกจากสิทธิการรักษา จากนั้นคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 2 เดือน แล้วทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement: SRSWOR) ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่าง 174 คน เพื่อใช้การวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 2 เดือน
3. เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
4. ผู้ที่รับทราบรายละเอียดของการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือ ย้ายถิ่นฐานที่อยู่
2. ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การถอน (Withdrawal Criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพ หรืออุปสรรคอื่น ๆ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากการศึกษา

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 20 ขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

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 เป็นคำถามปลายปิดให้ตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” มีคะแนนเป็น 0 และ 1 ส่วนข้อที่ 8 เป็นคำถามปลายเปิดมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ	1.00	คะแนน
แทบไม่เคย	เท่ากับ	0.75	คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ	0.50	คะแนน
บ่อยครั้ง	เท่ากับ	0.25	คะแนน
เป็นประจำ	เท่ากับ	0.00	คะแนน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์ของ นงลักษณ์ อิงคมณี (2553) มาใช้ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.803

มีการแปลผล ดังนี้

น้อยกว่า 6 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ
6 - น้อยกว่า 8 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง
8 คะแนน	หมายถึง	ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้และพัฒนาขึ้นเพิ่มเติมประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, อาชีพ, ระดับการศึกษา, รายได้ต่อเดือน และชาติพันธุ์ คำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน แปลผลระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนของ (Bloom, 1971) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 10 – 12 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ช่วงคะแนน 8 – 9 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0 – 7 คะแนน)

3. แบบสอบถามทัศนคติและความเชื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แปลผลระดับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนของ (Best and James, 1997) ดังนี้

มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามหลักของลิเคิร์ท ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

ข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

มีการแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best and James, 1997) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงการวัด} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตระดับสูง

4. แบบประเมินความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบระบุคะแนน แปลผลระดับภาวะการพึ่งพาโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของแบบสอบถามเอง ดังนี้

คะแนน 0 – 4 หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์

คะแนน 5 – 8 หมายถึง ภาวะพึ่งพารุนแรง

คะแนน 9 – 11 หมายถึง ภาวะพึ่งพานกลาง

คะแนน 12 – 20 หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา

5. แบบประเมินภาวะโรคร่วม ผู้วิจัยประยุกต์จาก Charlson Comorbidity Index: CCI ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดย Charlson, et al. (1978) โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน ให้ใส่คะแนนตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นลงในช่อง “คะแนน” ซึ่งประเมินจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยประกอบกับการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง มีการแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของแบบสอบถามเอง ดังนี้

ค่าคะแนนรวม 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม

ค่าคะแนนรวม 1–2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย

ค่าคะแนนรวม 3 –4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง

ค่าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมมาก

6. แบบบันทึกความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) พัฒนาโดย George โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (โปรแกรม JHCIS) และ โรงพยาบาลแม่สาย (Hos XP) โดยบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยลงโปรแกรม Microsoft Access Database (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) ประมวลผลข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ค่าคะแนนรวม 3 – 15 คะแนน หมายถึง ระดับความซับซ้อนต่ำ

ค่าคะแนนรวม 16 – 28 คะแนน หมายถึง ระดับความซับซ้อนปานกลาง

ค่าคะแนนรวม 29 – 41 คะแนน หมายถึง ระดับความซับซ้อนสูง

7. แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยา ลดความดันโลหิต ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ให้ 0 คะแนน และ พบอาการไม่พึงประสงค์ ให้ 1 คะแนน

8. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 12 ข้อ (Wongpakaran, N. and Wongpakaran, T., 2012) ให้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามหลักของลิเคิร์ท ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับ 3 หมายถึง เฉย ๆ

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มีการแปลงผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best and James, 1997) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการวัด} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

9. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยแปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990) ซึ่งใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีคำถาม 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

5 ระดับ เป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับตามหลักของ ลีเคิร์ท แปลผลคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best and James, 1997) ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

ข้อคำถามเชิงลบ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1

$$\begin{aligned} \text{ช่วงการวัด} &= \frac{\text{ค่าคะแนนสูงสุด} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} \\ &= 1.33 \end{aligned}$$

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33	หมายถึง	มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66	หมายถึง	มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00	หมายถึง	มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ ระดับสูง

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยได้วางกรอบร่างของเครื่องมือ เพื่อวัดตัวแปรตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าและศึกษาข้อมูลจากแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยวิเคราะห์วัตถุประสงค์และกำหนดประเด็นคำถามที่จะกำหนดตามรายละเอียดการวัด เพื่อตอบตามวัตถุประสงค์ร่างและพิมพ์แบบสอบถามตามที่ได้กำหนดไว้

3. นำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน และนำมาปรับปรุงจนดัชนีความสอดคล้องจากความเห็นโดยผู้เชี่ยวชาญมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน เพื่อประเมินค่าความตรงและค่าความเที่ยง นำมาปรับปรุงให้มีกระชับและความเหมาะสมต่อไป

5. ส่งพิมพ์และเย็บชุดแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยผู้ศึกษาพัฒนามาจากงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำแบบสอบถามมาปรับแก้ไขให้มีเนื้อหาตรงกับเรื่องที่ต้องการวัด

1.2 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง การวัดตามเกณฑ์การให้คะแนนและการใช้ภาษาที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ ซึ่งแต่ละท่านพิจารณาความเห็นและให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

1.3 นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of item Objective Congruence) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดรายข้อ พบว่า ทุกข้อคำถามมีคะแนนความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ทุกข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97
2. แบบสอบถามทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.89
3. แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.83
4. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.91

จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

2. การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน โดยนำคะแนนที่ได้มาคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในด้านทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต และแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต จำนวน 12 ข้อ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try Out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.79 (ค่าที่ยอมรับได้ คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7)

2.2 แบบวัดทัศนคติและความเชื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try Out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 (ค่าที่ยอมรับได้ คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7)

2.3 แบบประเมินความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.4 แบบประเมินภาวะโรคร่วม Charlson Comorbidity Index: CCI โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน ให้ใส่คะแนนตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นลงในช่อง “คะแนน” จำนวน 21 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย (Charlson, Ales and Mackenzie, 1987)

2.5 แบบบันทึกความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (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) และโรงพยาบาลแม่สาย (Hos XP) โดยบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยลงโปรแกรม Microsoft Access Database (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) จากผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า inter-rater reliability (ICC) ของคะแนนรวมจากแต่ละส่วนใน MRCI ระหว่างผู้สังเกตการณ์ 2 คน มีค่าเท่ากับ 0.997 และนำมาทดสอบด้วยวิธี test-retest reliability ของผู้สังเกตการณ์แต่ละคนได้เท่ากับ 1.000 และ 0.997 (วนิดา มานะกิจจงกล, 2549)

2.6 แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 16 ข้อ เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try Out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 (ค่าที่ยอมรับได้ คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7)

2.7 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย) ผ่านการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ (Wongpakaran, N. and Wongpakaran, T, 2012)

2.8 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ (แปลและประยุกต์จาก Trust in Physician Scale: TPS ของ Anderson และ Dedrick) จำนวน 12 ข้อ

เมื่อนำไปทดลองใช้ (Try Out) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 (ค่าที่ยอมรับได้ คือ มีค่าไม่ต่ำกว่า 0.7)

การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ให้การรับรองการวิจัยแบบเร่งรัด (Expedited) พิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลเอกสารรับรองหมายเลข UP-HEC 1.3/003/66 โดยทำการศึกษาวิจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย รับรองเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2565 หลังจากได้รับการรับรองแล้วจัดเก็บข้อมูล จะชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในเข้าร่วมโครงการวิจัย การตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ เขียนรายงาน และตีพิมพ์เผยแพร่การวิจัย หลังโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างถึงกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต เพื่อนำเสนอในภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างถึงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว จากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565-28 กุมภาพันธ์ 2566 มีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงสาธารณสุขอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในพื้นที่

2. เมื่อได้รับหนังสือแล้วขออนุญาตเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและขอรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย พร้อมแนบโปสเตอร์ เอกสารชี้แจงอาสาสมัคร

3. ผู้วิจัยติดต่อและประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สายและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนัดหมายการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยนัดหมายการพบกลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ณ ห้องประชุมประจำหมู่บ้าน วันละ 1 หมู่บ้าน พร้อมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สายและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถามหลังจากนั้นขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้เวลานานประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ สามารถสอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ทันที กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือสื่อสารภาษาไทยได้ จะมีล่ามในการแปลภาษา ซึ่งได้ผ่านการอบรมโครงสร้างวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การเก็บข้อมูล และความหมายของข้อคำถามทุกข้อจากนักวิจัยโดยตรง และได้นำไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในเขตตำบลเวียงพางคำ อำเภอแม่สาย แล้ว
6. เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง พร้อมกับตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง
7. ทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ เพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป
8. เมื่อได้ผลการวิจัยแล้ว นำผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปรวบรวมปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล และแปรผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการกำหนด ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และใช้สถิติในการศึกษา ได้แก่

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

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

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

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มชาติพันธุ์ ที่เข้ารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 174 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 1 ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิต
กลุ่มชาติพันธุ์ (n=174)

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

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.22 รองลงมาคือความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.84 และมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.94 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 2.50 และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 8 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบมากที่สุด คือ เมื่อคุณเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งคุณลืมเอายาไปด้วยใช้ใหม่จำนวน 56 คน (ร้อยละ 32.2) รองลงมา คือ บางครั้งคุณลืมกินยาใช้ใหม่ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 31.0)

(รายละเอียดดังภาคผนวก การวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์จำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ชาติพันธุ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต ทักษะและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิต นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n=174)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	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 = 8.40, 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		
ไทยใหญ่	83	47.70
ไทยลื้อ	81	46.55
ไทยเขิน	3	1.72
จีนฮ่อ	1	0.57
พม่า	2	1.15
ลาหู่	2	1.15
อาข่า	2	1.15

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้		
ความรู้ระดับต่ำ	1	0.57
ความรู้ระดับปานกลาง	50	28.74
ความรู้ระดับสูง	123	70.69
\bar{X} = 10.10, SD = 1.20, Min = 6, Max = 12		
ระดับทัศนคติและความเชื่อ		
ทัศนคติและความเชื่อระดับต่ำ	32	18.39
ทัศนคติและความเชื่อระดับปานกลาง	128	73.56
ทัศนคติและความเชื่อระดับสูง	14	8.05
\bar{X} = 40.49, SD = 7.53, Min = 23, Max = 54		

จากตาราง 5 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.91 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 47.13 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.11) มีสถานภาพสมรสคู่ และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 45.40 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทยใหญ่ร้อยละ 47.70

จากผลการศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 123 คน (ร้อยละ 70.69) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรใช้ยาลดความดันโลหิตในขนาดที่แพทย์สั่งใช้ อย่างสม่ำเสมอ จำนวน 174 คน (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ หากมีอาการผิดปกติหลังทานยาควรแจ้งแพทย์ทุกครั้ง จำนวน 168 คน (ร้อยละ 96.55) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ หากระดับความดันโลหิตมีค่าปกติ ผู้ป่วยสามารถหยุดทานยาลดความดันโลหิตเองได้เลย จำนวน 148 คน (ร้อยละ 85.06) (รายละเอียดดังภาคผนวกการวิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตจำแนกรายข้อ)

เมื่อพิจารณาแบ่งระดับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตระดับปานกลาง จำนวน 128 คน (ร้อยละ 73.56) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ หากไม่ได้ทานข้าว ไม่ควรทาน

ขาดความดันโลหิต เพราะยามีฤทธิ์กั้ดกระเพาะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคกระเพาะได้ ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.92$) รองลงมา คือ เมื่อเริ่มทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะต้องทานไปตลอดชีวิต ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 1.04$) และ หลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ท่านจะเข้าไปปรึกษาแพทย์ทันที ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 1.01$) ตามลำดับ ส่วนข้อความที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านหยุดรับประทานยาเอง เพราะเห็นว่าค่าความดันโลหิตปกติแล้ว ($\bar{X} = 2.35$, $SD = 1.63$) (รายละเอียดดังภาคผนวก จ การวิเคราะห์คะแนนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตจำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค และภาวะโรคร่วม มีรายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรค		
ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์	0	0.00
ภาวะพึ่งพารุนแรง	3	1.72
ภาวะพึ่งพาปานกลาง	4	2.30
ไม่เป็นการพึ่งพา	167	95.98
$\bar{X} = 19.28$, $SD = 2.37$, $Min = 7$, $Max = 20$		
ภาวะโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	91	52.30
มีโรคร่วมน้อย	83	47.70
มีโรคร่วมปานกลาง	0	0.00
มีโรคร่วมมาก	0	0.00
$\bar{X} = 0.59$, $SD = 0.68$, $Min = 0$, $Max = 2$		

จากตาราง 6 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 95.98 ($SD = 2.37$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

ร้อยละ 98.85 สามารถล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมง ที่ผ่านมาได้ ร้อยละ 98.85 สามารถลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้เอง ร้อยละ 94.83 ส่วนข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ สามารถกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้ปกติ ร้อยละ 85.06 (รายละเอียดดังภาคผนวก การวิเคราะห์คะแนนความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำแนกรายข้อ)

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.30) รองลงมาคือมีโรคร่วมน้อย ร้อยละ 47.70 จากการศึกษา พบว่า พบโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 68.48) โรคแผลในกระเพาะอาหาร จำนวน 16 คน (ร้อยละ 17.39) และโรคไตเรื้อรัง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 7.61) ตามลำดับ (รายละเอียดดังภาคผนวก การวิเคราะห์คะแนนภาวะโรคร่วมจำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระดับความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม นำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูล มีรายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ (n=174)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	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

\bar{X} = 2,636.78, SD = 3,237.57, Min = 0,
Max = 15,000

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม		
มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	5	2.87
มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	45	25.86
มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	124	71.26
\bar{X} = 47.72, SD = 8.81, Min = 25, Max = 60		

จากตาราง 7 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 166 คน (ร้อยละ 95.40) มีเพียง 8 คน เท่านั้นที่ได้รับการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ จำนวน 81 คน (ร้อยละ 46.55) รองลงมาคือ มีช่วงรายได้ระหว่าง 1 – 2,000 บาท จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 21.84 (SD = 3,237.57)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จำนวน 124 คน (ร้อยละ 71.26) รองลงมาคือมีความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับการการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 25.86 (SD = 8.81) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ คนในครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉัน (\bar{X} =4.48, SD=0.85) รองลงมาคือ ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวเสมอ (\bar{X} =4.40, SD=0.74) และ ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ (\bar{X} =4.39, SD=0.68) ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 ข้อ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมน้อยที่สุด 3 อันดับ คือ ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้ เสมอ (\bar{X} =3.52, SD=1.27) รองลงมาคือ เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ (\bar{X} =3.57, SD=1.23) และฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้ (\bar{X} =3.61, SD=1.27) ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ข้อ มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (รายละเอียดดังภาคผนวก ซ การวิเคราะห์คะแนนความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised–Thai version of the Multi–dimensional Scale of Perceived Social Support: r–T–MSPSS จำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ประกอบด้วย ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา และอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละ ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา		
ระดับความซับซ้อนต่ำ	173	99.43
ระดับความซับซ้อนปานกลาง	1	0.57
ระดับความซับซ้อนสูง	0	0.00
\bar{X} = 8.13, SD = 2.84, Min = 4, Max = 19		
อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์		
ไม่พบ	151	86.78
พบ	23	13.22

จากตาราง 8 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความซับซ้อนต่ำ จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 99.43 (SD= 2.84) และในด้านของการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 86.78 จากการศึกษาพบว่า อาการที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการไอแห้ง ๆ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 19.51) รองลงมา คือ มีอาการวิงเวียนศีรษะ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 14.63) และ มีอาการใจสั่น จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.19) ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปวดศีรษะ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.44) ปวดตามร่างกาย (ร้อยละ 2.44) ท้องเสีย (ร้อยละ 2.44) และมีแน่นหน้าอก หายใจลำบาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.44) ตามลำดับ (โดยมีรายละเอียดดังภาคผนวก การวิเคราะห์คะแนนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต จำแนกรายข้อ)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ และการสื่อสารภาษาไทย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ (n=174)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์		
มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับต่ำ	2	1.15
มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง	17	9.77
มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับสูง	155	89.08
\bar{X} = 51.81, SD = 5.56, Min = 23, Max = 60		
การสื่อสารภาษาไทย		
ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	1	0.57
สามารถสื่อสารภาษาไทยได้	173	99.43

จากตาราง 9 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมากถึงร้อยละ 89.08 มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 155 คน (ร้อยละ 89.08) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 9.77) และกลุ่มตัวอย่างมีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับต่ำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.15) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.81 (SD= 5.56, Min= 23, Max= 60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยมีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพระดับสูง มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ฉันคิดว่าที่มบุคลากรทางการแพทย์มีความห่วงใยฉันจริง ๆ (\bar{X} =4.72, SD=0.58) รองลงมา คือ ฉันคิดว่าที่มบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นฉันจึงเชื่อมั่นในความสามารถและทำตามคำแนะนำเสมอ (\bar{X} =4.69, SD=0.60) และ ฉันได้รับการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกทุกครั้งที่ได้รับบริการ (\bar{X} =4.68, SD=0.60) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพน้อยที่สุด 3 อันดับคือ บางครั้งฉันรู้สึกกังวลว่าที่มบุคลากรทางการแพทย์จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของฉัน ข้อคำถามนี้มีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพในระดับสูง (\bar{X} =3.87, SD=1.43) บางครั้งฉันก็ไม่ไว้วางใจในความคิดเห็นของที่มบุคลากรทางการแพทย์ ข้อคำถามนี้มีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพในระดับปานกลาง (\bar{X} =3.56, SD=1.59)

และฉันรู้สึกว่ามีบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ทำทุกอย่างที่ควรจะทำเพื่อการรักษาพยาบาล
 ของฉัน ข้อคำถามนี้มีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.37$, $SD=1.60$)
 ตามลำดับ (โดยมีรายละเอียดดังภาคผนวก ญ การวิเคราะห์คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย
 และบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in
 Physician Scale: TPS) จำแนกรายข้อ)

เมื่อพิจารณาเรื่องการสื่อสารโดยมีทักษะทางด้านการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน
 ภาษาไทยแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 173 คน
 (ร้อยละ 99.43) และมีเพียง 1 คนเท่านั้นที่ไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ (ร้อยละ 0.57)

ส่วนที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัย
 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ
 สุขภาพ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ
 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัย
 ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ กับความร่วมมือในการใช้ยา

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย		
เพศ	1.82	0.403
อายุ	0.56	0.464
สถานภาพสมรส	13.56	0.021**
อาชีพ	1.67	0.947
กลุ่มชาติพันธุ์	14.27	0.167
ทัศนคติและความเชื่อ	0.51	<0.001**
ความรู้	-0.07	0.345

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ความร่วมมือในการใช้ยา	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ		
ความรุนแรงของโรค	0.04	0.638
การมีโรคร่วม	-0.06	0.428
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ		
ระดับการศึกษา	2.61	0.264
สถานภาพทางการเงิน	-0.64	0.399
การสนับสนุนทางสังคม	0.05	0.499
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา		
ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา: ขนาดยาที่ใช้ต่อวัน, ความถี่ในการใช้ยา	-0.16	0.030**
การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	7.38	0.025**
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ		
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์	0.06	0.418
การสื่อสาร	3.26	0.368

จากตาราง 10 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ($r = 0.511, p < 0.01$) รองลงมาคือ สถานภาพสมรส ($r = 13.56, p < 0.05$) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($r = 7.38, p < 0.05$) ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา ($r = -0.16, p < 0.05$)

ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ข้อมูลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (n=174)

ตัวแปรทำนาย	สัมประสิทธิ์ถดถอย ที่ไม่ปรับมาตรฐาน		สัมประสิทธิ์ถดถอย ปรับมาตรฐาน		t	p-value
	B	Std. Error	Beta			
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย						
ทัศนคติและความเชื่อ	0.08	0.01	0.51		7.80	<0.001*
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา						
ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา	-0.06	0.03	-0.16		-2.50	0.013*
ค่าคงที่ (Constant)	3.94	0.45			8.78	<0.001**

R = 0.54, R Square = 0.29, Adjusted R Square = 0.279, SE = 0.95417

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.51 และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.16

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงสุด โดยตัวแปรทำนายทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา

ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square = 0.279) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์กับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{สมการทำนาย } Y = a + b_1 \times 1 + b_2 \times 2$$

$$\text{เมื่อ } Y = \text{ความร่วมมือในการใช้ยา}$$

$$a = \text{ค่าคงที่}$$

$$b_1 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยทัศนคติและความเชื่อ}$$

$$b_2 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยความซับซ้อนของแผนการใช้ยา}$$

$$x_1 = \text{ทัศนคติและความเชื่อ}$$

$$x_2 = \text{ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา}$$

ความร่วมมือในการใช้ยา = $3.94 + 0.51$ (ทัศนคติและความเชื่อ) $- 0.16$ (ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา)



บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จำนวน 174 ราย สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา

1. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.22 รองลงมาคือความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 21.84 และมีความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.94 มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 ราย เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 83.91 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 47.13 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.11 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 45.40 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ร้อยละ 47.70

มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.69 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.10 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.20

มีระดับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตระดับปานกลาง ร้อยละ 73.56 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.49 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.53

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

เมื่อประเมินความรุนแรงของโรคจากแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 95.98 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.28 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.37 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 52.30 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.59 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.68 คะแนน โดยโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 68.48

4. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การศึกษาในด้านสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 95.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 46.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3,237.57 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 71.26 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.72 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.81

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในด้านความซับซ้อนของแผนการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความซับซ้อนต่ำ คิดเป็นร้อยละ 99.43 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.13 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.84 และในด้านของการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังทานยาลดความดันโลหิต คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 86.78 ส่วนอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุด คือ อาการไอ แห้ง ๆ ร้อยละ 19.51

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในด้านของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมากถึงร้อยละ 89.08 มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.08 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.81 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.56 คะแนน เมื่อพิจารณาเรื่องการสื่อสารโดยมีทักษะทางด้านกรฟัง การพูด การอ่าน การเขียนภาษาไทยแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ร้อยละ 99.43

7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันความร่วมมือในการทานยาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัย

ด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมดกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต ($r = 0.51, p < 0.01$) และสถานภาพสมรส ($r = 13.55, p < 0.05$) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ($r = 7.38, p < 0.05$) และ ความซับซ้อนของแผนการใช้ยา ($r = -0.16, p < 0.05$)

8. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ของตัวแปรทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และยาลดความดันโลหิต ส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.511 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ในด้านความซับซ้อนของแผนการใช้ยาส่งผลทางลบต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.161

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีทัศนคติและความเชื่อในทางบวกที่เพิ่มขึ้น สามารถเพิ่มระดับความร่วมมือในการใช้ยาได้มากขึ้น และหากผู้ป่วยมีความซับซ้อนในแผนการใช้ยาที่มากขึ้น เช่น จำนวนเม็ดยาที่ทานต่อมื้อ หรือต่อวันเพิ่มขึ้น จำนวนครั้งที่ทานมากขึ้น หรือมีการใช้ยาเทคนิคพิเศษ เป็นต้น จะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาน้อยลง

ทั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ในด้านของทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตส่งผลทางบวกต่อคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงสุด โดยตัวแปรทำนายทั้งสองตัวสามารถร่วมกันทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ ได้ร้อยละ 27.90 (Adjusted R square = 0.279)

อภิปรายผลการวิจัย

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตกลุ่มชาติพันธุ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.22) จากการพิจารณารายชื่อคำถาม พบว่า เมื่อเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งผู้ป่วยลืมเอายาไปด้วย (ร้อยละ 32.2) และรองลงมาคือการลืมทานยา (ร้อยละ 31.0) สอดคล้องกับการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ดงหลวง ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโดยรวมมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง โดยมีค่ามัธยฐาน อยู่ที่ 7 คะแนน (กมลรัตน์ บัญญัติินพรัตน์ และปณิตา ลิมปะวัฒนะ, 2562) แตกต่างจากการศึกษาของ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (mean = 5.92, SD = 1.71)

อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ ใช้ทักษะการจำเพียงอย่างเดียว แต่พออายุมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการความจำเลอะเลือน ทำให้ลืมทานยา ดังนั้น ควรจัดทำโปรแกรมสอนที่เน้นในเรื่องของการป้องกันการลืมทานยา เช่น การเตือนความจำโดยใช้แอปพลิเคชันช่วยเตือน การใช้นาฬิกาปลุก การจัดยาใส่ช่องหรือชั้นแบ่งออกเป็นส่ว ๆ ตามเวลาการกินยา เช่น เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความร่วมมือในการใช้ยาสูงขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและยั่งยืนต่อไป

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งสิ้น 174 ราย โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 83.91) เป็นเพศหญิง จากการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่า เพศ สถานภาพ รายได้ ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ การศึกษาของ กัลยา กองทอง และคณะ (2021) ก็เช่นกัน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน จ.นครราชสีมา พบว่า เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ศิณาพรรณน หอมรส และอรุวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่าเพศหญิงมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี กว่าเพศชาย โดยเพศหญิงสามารถนำมาเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อ

ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของการศึกษาของชมพูนุท พัฒนจักร ที่พบว่าปัจจัยตัวผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.27 ปี (SD = 8.40) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 47.13) รองลงมาคือ มีอายุต่ำกว่า 59 ปี (ร้อยละ 30.46) และ มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 20.69) จากการศึกษา ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คีณาพรรณ หอมรส และอรวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่า อายุไม่สามารถนำมาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลกได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอาศัยความเคยชิน การจดจำ ความใส่ใจ และการมีครอบครัวใหญ่ เนื่องจากในสมัยก่อนการวางแผนครอบครัว การใช้ยาคุมกำเนิด ยังเข้าถึงคนกลุ่มชาติพันธุ์ไม่มากนัก ทำให้มีลูกหลานคอยดูแล จัดยาให้ทาน จึงสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 70.11) รองลงมาคือ มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 18.39) จากการศึกษา ปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณษา อุณสอาด (2565) ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ กมลรัตน์ ปัญญาตินพรัตน์ และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าผู้สูงอายุสถานภาพอื่น โดยกล่าวว่า สาเหตุน่าจะเกิดจากลักษณะครอบครัวไทยที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือกัน โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิตและผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด จะได้รับความเห็นอกเห็นใจมีญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือและคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย และในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีคู่อาจมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพราะรับรู้ว่ามีผู้อื่นมาช่วยดูแล และผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ไม่ต้องรับภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัวอื่น ๆ เท่ากับผู้ที่คู่สมรส

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 45.40) รองลงมาคือ ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 26.44) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 19.54) สอดคล้องกับการศึกษาของ คีณาพรรณ หอมรส (2563) ที่พบว่ากลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 27.8 และ 28.2 ตามลำดับ) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถ

ทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างอพยพมาจากต่างประเทศกันเป็นหมู่คณะทำให้มีการประกอบอาชีพที่คล้ายคลึงกัน สืบต่อกันมารุ่นต่อรุ่น การอยู่อาศัยก็จะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน และขยายออกไปเรื่อย ๆ จนเกิดเป็นชุมชนเล็ก ๆ และเป็นหมู่บ้านขึ้นมาในที่สุด การดำเนินชีวิตจึงมีความคล้ายคลึงกัน

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีชาติพันธุ์ไทยใหญ่และไทยลื้อ มากเป็นสองอันดับแรก (ร้อยละ 47.70 และร้อยละ 46.55 ตามลำดับ) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ เนื่องด้วยพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือเพียงการศึกษาในเขตตำบล กลุ่มตัวอย่างจึงไม่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (ชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ร้อยละ 47.74 และชาติพันธุ์ไทยลื้อ ร้อยละ 46.55) หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายการเก็บข้อมูลเป็นวงกว้าง และครอบคลุมทุกชาติพันธุ์

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.69) และมีเพียง 1 ราย ที่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 0.57) จากการศึกษา ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และการศึกษาของ คีณาพรรณ หอมรส และอรุวรรณ กীরติโรจน์ (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับสูง มีโอกาสร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับต่ำ อยู่ 2.77 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.42 ถึง 5.42) จากการศึกษานี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้เรียนหนังสือ อ่านหรือเขียนภาษาไทย, ภาษาไทยใหญ่ หรือภาษาพม่าไม่ได้ จึงไม่สามารถศึกษาหาความรู้ได้ แม้แต่การค้นหาผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ก็ไม่สามารถทำได้เช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.56) และรองลงมาคือมีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 18.39) โดยปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปริญญา พรหมมาสุน (2559) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและทัศนคติต่อการใช้อินซูลินสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(OR = 0.91, $p < 0.05$ และ OR = 0.94, $p < 0.05$) อาจเนื่องจาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ก็จะพยายามดูแลสุขภาพของตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น รวมทั้งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้ต่ออุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพต่ำ ย่อมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง แต่ก็มีผู้ป่วยบางท่านรู้สึกว้าวเมื่อได้ไปพบแพทย์แล้วแพทย์จ่ายยามาให้รับประทาน หากกินยาตามแพทย์สั่งแค่นั้นก็เพียงพอ ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ หากมีอาการเพิ่มก็ไปพบแพทย์เพื่อเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดยาให้แรงขึ้น อย่างนี้นับเป็นความเชื่อที่ผิด เพราะโรคความดันโลหิตสูง สิ่งสำคัญที่ทำให้การรักษาถึงเป้าหมายได้เร็วและคงอยู่ได้ในระยะยาว คือ การควบคุมอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง การใช้ยาในขนาดสูง ๆ ผลข้างเคียงของยาที่ตามมาก็จะมากตามไปด้วย บางครั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องผ่านการบอกกล่าว หากมีคนสนิทหรือคนที่กลุ่มตัวอย่างให้ความเคารพก็จะเชื่อตามคำบอกกล่าวนั้น ซึ่งไม่ได้ไตร่ตรองให้ถี่ถ้วน ความเชื่อ เป็นเรื่องที่ปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก สิ่งในกลุ่มตัวอย่างศรัทธามากที่สุด คือ เรื่องของศาสนา การทำบุญที่วัด เป็นเรื่องจริงจังมาก ดังนั้นการให้ความรู้กับพระสงฆ์เพื่อนำไปถ่ายทอดต่อ จึงน่าจะเป็นการสื่อสารทางสุขภาพที่มีประสิทธิผลอีกวิธีหนึ่ง

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นการพึ่งพาร้อยละ 95.98 รองลงมาคือภาวะพึ่งพาปานกลางเพียงร้อยละ 2.30 ($\bar{X} = 19.28$, $SD = 2.37$, $Med = 20$, $Min = 7$, $Max = 20$) โดยปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ธนแก้ว และคณะ (2565) พบว่าความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ และการศึกษาของ ทัญทิภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.04$, $p > .05$) และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ (OR = 1.01, 95%, CI 0.52 – 1.93, $P > .05$) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย เป็นผู้ป่วยที่ค่อนข้างมีสุขภาพที่แข็งแรง มีโรคร่วมน้อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีการประกอบอาชีพได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงสามารถดูแลตนเองได้ทานยาเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาใคร

กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะโรคร่วมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.30) รองลงมาคือมีโรคร่วมน้อยร้อยละ 47.70 แตกต่างจากการศึกษาของ ศิณาพรรณ หอมรส (2563) ที่พบว่ากลุ่มศึกษาและ

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 91.4 และ 88.0 ตามลำดับ) ซึ่งมีโรคประจำตัวร่วมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.2 และ 46.4 ตามลำดับ) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 41.1 และ 37.8 ตามลำดับ) และไม่มีโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 8.6 และ 12.0 ตามลำดับ) จากการศึกษา ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กมลรัตน์ บัญญัติินพรัตน์ และปณิศา ลิ้มปะวัฒนะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเป็นโรคหอบหืดหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลางถึงสูง อธิบายได้จากผู้ป่วยสูงอายุโรคหืดหรือโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังเมื่อมีอาการกำเริบ จะส่งผลทันทีทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ดังนั้นจึงพยายามดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอจนกว่าจะควบคุมโรคได้ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมน้อย และโรคร่วมส่วนใหญ่ คือ โรคเบาหวาน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกถึงความรุนแรงของโรค และไม่รู้ถึงความรู้สึกถึงความพยายามที่จะดูแลตนเอง

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ได้เรียนหนังสือซึ่งมากถึงร้อยละ 95.40 โดยกลุ่มตัวอย่างอพยพมาจากประเทศเพื่อนบ้านจึงทำให้ขาดหายจากการศึกษา และชีวิตในช่วงแรกที่เข้ามาในประเทศไทย คือ การมาทำงานหาเงิน มาแบบเสียผีหมอนใบ จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในการเรียน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงก็ไม่สามารถเรียนที่วัดได้ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิณาพรรณ หอมรส และอรวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถนำมาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลกได้

ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เกือบทั้งหมดจะไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้รับการศึกษา ก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา เพราะยังไม่รู้หนังสือก็ยังคงมีความสนใจที่จะจดจำ หมั่นซักถามในเรื่องที่ไม่เข้าใจจนตนเองสามารถกลับไปทานยาที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีรายได้ร้อยละ 46.55 รองลงมาคือ มีช่วงรายได้ระหว่าง 1 – 2,000 บาท ร้อยละ 21.84 จากการศึกษา ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรินญา พรหมมาสุน (2559) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงิน ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (OR = 0.29 95%CI 0.75 – 2.22, P > 0.05) ซึ่งหมายถึง ไม่ว่าจะสถานภาพ

ทางการเงินจะสูงหรือต่ำไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน แต่แตกต่างจากการศึกษาของทัศนทิภา เรืองทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าสถานภาพทางการเงินซึ่งประเมินจากความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.23$, $P < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ($OR = 1.76$, 95%, $CI 1.14 - 2.73$, $P < .05$) จากการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2562) ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนของครอบครัว ($P = 0.035$) มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 71.21 รองลงมาคือมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางร้อยละ 25.86 จากการศึกษาปัจจุบันนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณษา อุ่นสอาด (2565) โดยพบว่า การที่ผู้ป่วยจัดยาทานเองและมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือจัดยาให้ทานไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจได้ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชันท์แก้ว, ปริญญาภรณ์ ชนะบุญปวง และจิริยา อินทนา (2564) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($Beta = .26$, $P < .05$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำโรคแทรกซ้อนน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความซับซ้อนของแผนการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 99.43 โดยปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิณาพรรณ หอมรส และอรวรรณ กิรติสิโรจน์ (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานน้อยกว่า 6 เม็ดต่อวัน มีโอกาสให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้มากกว่าผู้ที่รับประทานยา 6 เม็ดต่อวันขึ้นไป อยู่ 2.24 เท่า (95% CI อยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 3.61) และการศึกษาของ ดารณี ธนุแก้ว และคณะ (2565) ที่พบว่าความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยาสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบางรายมีโรคประจำตัว 2 โรค

ขึ้นไป ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิด ยาบางอย่างต้องทานก่อนอาหาร บางอย่างทานก่อนนอน ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือบางครั้งลืมทานยา โดยเฉพาะยาที่ต้องทานก่อนนอน ผู้ป่วยจะลืม อยู่บ่อยครั้ง จากการศึกษาค้นคว้า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียน ภาษาไทยได้ ดังนั้นจึงใช้การจำเพียงอย่างเดียว ในการทานยาแต่ละมื้อ บางครั้งผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงอาจมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคไตเรื้อรัง ฯลฯ ซึ่งอาจจะมีทั้งยาทาน ยาฉีด และยาพ่น หรืออาจมีแค่ยาทานแต่ทานหลายเม็ด หลายมื้อ ก่อนอาหาร หลังอาหาร ก่อนนอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสับสน จำไม่ได้ จึงทำให้ใช้ยา ผิด ๆ ถูก ๆ

ในด้านของการเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ส่วนมากไม่พบอาการ ข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 86.78 อาการข้างเคียงที่พบส่วนมากจะเป็นการ ไอแห้ง ๆ และการวิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 4.60 และ 3.45 ตามลำดับ) โดยปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ บุญญิตินพรัตน์ และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากยา จะมีความร่วมมือในการใช้น้อยกว่า เป็นเพราะความกลัวที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยาอีก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณษา อุณสอาด (2565) ที่พบว่า ผลข้างเคียง จากการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการ ตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล ตำรวจได้ จากการพูดคุยสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างถึงการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียง หลังการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากหยุดยาเอง หรือบางรายปรับลดยาเอง ทั้งลดจำนวนเม็ดยา และลดหรือเปลี่ยนแปลงเวลาทานยาเอง ส่วนน้อยที่จะเข้ามาปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 89.08 มีความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากการศึกษาระดับนี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ทำงานร่วมกับชุมชน มีความใกล้ชิด กับชุมชน ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถพูดคุย บริการกันได้โดยไม่แบ่งแยกคนไทยหรือกลุ่มชาติพันธุ์ ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน ได้รับการ ดูแลรักษาเหมือน ๆ กัน จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนาย ความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปริญญา พรหมมาลุน (2559) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ไม่สามารถนำมาทำนายความร่วมมือ ในการใช้ยาของผู้ป่วยชนิดอินซูลินในเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และการศึกษาของ ชวนพิศ จุลศรี

(2561) ที่พบว่าสัมพันธ์สภาพกับแพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($\bar{X} = 30.42$, $SD = 4.04$) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ทักษิภา เรื่องทิพย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา ($r = 0.23$, $p < .05$) และสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังได้ ($OR = 1.06$, 95% CI 1.01 – 1.11, $P < .05$)

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (ร้อยละ 99.43) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้ามาอาศัยอยู่ที่ประเทศไทยนานแล้ว ภาษาที่ใช้มีความคล้ายคลึงกับภาษาไทย และช่วงที่ทำการศึกษาคือช่วงที่ปิดด่านพรมแดนไทย-พม่า ห้ามเข้า-ออก จึงทำให้ไม่มีผู้ป่วยรายใหม่จากประเทศเพื่อนบ้านเลย มีตัวอย่างเพียงหนึ่งรายที่ไม่สามารถพูด/อ่าน/เขียนภาษาไทยได้ แต่ตัวอย่างรายนี้ทำงานเป็นแม่บ้านอยู่ที่บ้านของผู้ใหญ่บ้าน จึงได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ใหญ่บ้าน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วิภาวรรณ ชันแก้ว ปริญญาภรณ์ ณะบุญปวง และจิริยา อินทนา (2564) ที่พบว่า การสื่อสารทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ($Beta = 334$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษา “ความเชื่อ” เป็นแรงจูงใจที่จะทำให้กลุ่มชาติพันธุ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ส่งสารเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ถ้าเป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือ เป็นผู้มีความรู้ น่าเคารพ หากพูดภาษาเดียวกันยิ่งจะทำให้กลุ่มชาติพันธุ์เหล่านี้มีความเข้าใจ และพร้อมจะปรับปรุงพฤติกรรมได้ ดังนั้น หากมีการจัดอบรมหรือจัดทำโครงการ ควรเจาะประเด็นที่สำคัญ เนื้อหาไม่เยอะมาก โดยร่วมกับผู้นำหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หรือกลุ่มแกนนำอื่น ๆ เช่น กลุ่มแม่บ้านไทลื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์สามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

2. จากการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า การสัมภาษณ์ เป็นสาเหตุหลัก ดังนั้น ควรจัดทำโปรแกรมคอยเตือนการทานยา เช่น การปลุกเตือน การจัดยาเป็นรายวันหรือรายอาทิตย์ การใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย

3. สามารถนำผลการศึกษาค้างนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา และดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์ หรือนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาริวิจัยครั้งต่อไป

1. จากแบบจำลองความหลากหลายมิติของความร่วมมือในการใช้ยา (Multidimensional Adherence Model: MAM) ทั้ง 5 ปัจจัยนี้ (ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ) อาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เป็นสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมในด้านของความเชื่อด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ให้หลากหลาย และต่างพื้นที่ออกไป

2. ควรศึกษาในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น คนไทย (ความแตกต่างของสิทธิการรักษาต่าง ๆ) ชาวต่างชาติ ประชาชนกลุ่มต่างดาวที่ต้องชำระค่ารักษาเอง ประชาชนกลุ่มต่างดาวที่ซื้อประกันสุขภาพ และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ Poor Control ทั้งในและนอกพื้นที่อื่น ๆ

3. ควรทำการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างพื้นที่ออกไป เพื่อดูความแตกต่างของเชื้อชาติและสภาพแวดล้อม ความกลมกลืนของวัฒนธรรมในพื้นที่นั้น ๆ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาในพื้นที่ชายแดนหนึ่งเท่านั้น ดังนั้น ผลการศึกษา อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวอย่างกับผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชนเมืองได้

2. ภาษาไทยบางคำผู้อ่านแบบสอบถามอาจต้องขยายความ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง เข้าใจคำถาม และบางครั้งต้องอาศัยล่ามในการสื่อสาร อาจทำให้ความหมายของคำถาม มีความคลาดเคลื่อนได้

3. ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเป็นช่วงที่ด่านข้ามพรมแดนไทย-พม่าปิดชั่วคราว (ช่วงโควิด-19 ระบาด) จึงมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มชาติพันธุ์บางส่วนไม่สามารถข้ามรับยา ที่ประเทศไทยได้ ทำได้เพียงให้ญาตินำส่งยาผ่านด่านขนสินค้า ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วย เหล่านี้ได้

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ บัญญัติสินพรัตน์ และปณิดา ลิ้มปะวัฒนะ. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการ
ใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลดงหลวง. **วารสารอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 5(2), 40-49.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค
และภัยสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: กระทรวง
สาธารณสุข.
- กัลยา กองทอง, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ และณิชภา แพรกน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัด
นครราชสีมา. **วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสหวิทยาการ**, 47(1), 49-59.
- ชวณพิศ จุลศรี. (2561). **ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบ**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชีสาพัชร์ ชูทอง. (2563). การใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 4(1), 23-32.
- ดารณี ธนุแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อรวรณ ศรียุกตคุท และไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย.
(2565). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ
สาเหตุ. **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย**, 15(1), 127-140.
- ดาไลมา สำแดงสาร, ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2560). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. **วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์**, 39(3), 51-66.
- ทัศนทิภา เรื่องทิพย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ และฉัตรกนก ทุมวิภาต.
(2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว
เรื้อรัง. **วารสารแพทยนาวิ**, 44(3), 51-65.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์ และอัจฉราพร สีหิรัญวงศ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง
สังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า.
วารสารสภาการพยาบาล, 28(2), 44-57.

- ปรเมษฐ์ พรหมพิณีจ, วุฒิพงศ์ ภัคดีกุล และวรินทร์มาศ เกษทองมา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 13(1), 538–550.
- ปิตีพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2562). ความแตกฉานด้านสุขภาพกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยสูงอายุ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 37(4), 186–195.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**, 8(1), 16–26.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2557). **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- วนิดา มานะกิจจงกล. (2549). **การใช้ดัชนีชี้วัดความซับซ้อนของแบบแผนการใช้ยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ ภา.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วรศรา ปิ่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 38(4), 152–165.
- วิภาวรรณ ชันธแก้ว, ปริญาภรณ์ ธนะบุญปวง และจิริยา อินทนา. (2564). ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. **วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต**, 1(1), 1–12.
- ศรีธญา นิตินันทพงศ์ และศราวุฒิ อุพุฒินันท์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. **วารสารเภสัชกรรมไทย**, 10(1), 100–110.
- ศินาพรรณ หอมรส. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. **วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ**, 13(1), 82–92.

- คิณาพรรณ หอมรส และอรุวรรณ กীরติสิโรจน์. (2563). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562** (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ทริค ชิงค์.
- สุปริญญา พรหมมาลุน. (2559). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุพรรณษา อุ่นสอาด. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลตำรวจ. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, 5(3), 173–184.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2565). **อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง**. สืบค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2566, จาก http://61.19.32.29/smart-ncd-cro/web/index.php?r=report/greport&id=ht_Prevalence&pur=09&sp_level=&year=2023
- Alina, G. and Tim, M. (2019). Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. **Gast and Mathes Systematic Reviews**, 8(112),1–17.
- Alodhaib, G., Alhusaynan, I., Mirza, A., and Almogbel, Y. (2021). Qualitative Exploration of Barriers to Medication Adherence Among Patients with Uncontrolled Diabetes in Saudi Arabia. **Pharmacy**, 9(1), 16. Retrieved July 21, 2023, from: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010016>
- Best, J. W. and James, V. K. (1997). **Research in Education** (7th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Charlson, M. E., Ales, P. P. L., and MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. **Journal of Chronic Disease**, 40(5), 373–383.
- Daniel, W. W. (1999). **Blostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences** (7th ed). New York: John Wiley & Sons.

- Karen, S., Anthony, C., Alfonso, I., Monica, R. M., Paul, W. S., Patricia, S. Predictors of treatment adherence in patients with chronic disease using the Multidimensional Adherence Model: unique considerations for patients with haemophilia. **J Haem Pract**, 7(1), 92–101.
- Kimberly, J. A., Colleen, M., Karenjot, K., Jill, S. H., Jennifer, M., Hugh, C., Deepa, R. and Jonathan, M. F. (2018). **Longitudinal patterns of Mexican and Puerto Rican children’s asthma controller medication adherence and acute healthcare use**. Retrieved July 21, 2023, from: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1513/AnnalsATS.201807-462OC>
- Kreicie, R. and Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Journal of Educational and Psychological Measurement**, 3(1970), 607–610.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Kruger, F. D. and Travis, L. B. (2010). Persistence of Patient Barriers to the Initiation of Insulin Therapy. **Diabetes Education**, 36(2010), 731–738.
- Wongpakaran, N, and Wongpakaran, T. (2012). A revised version of the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). **Span J Psychol**, 15(3), 1503–1509.
- World Health Organization. (2003). **Adherence To Long Term Therapies– Evidence for Action**. Retrieved July 21, 2023, from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>. Accessed December 2020.
- World Health Organization. (2023). **Hypertension**. Retrieved April 10, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- Zhiwen, X., Patricia, S. C., Dana, P. G., Geoffrey, J. (2019). Racial and ethnic disparities in medication adherence among privately insured patients in the United States. **Plos one**, 14(2), 1–9.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง จำนวน 1 ชุด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรอง

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

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. บางครั้งคุณลืมกินยาใช้ไหม	0	1
2. บางครั้งคุณไม่ได้กินยาเพราะมีเหตุผลอื่นที่ไม่ใช่การลืม ลองคิดย้อนหลังในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมาว่ามีวันใดบ้างไหมที่คุณไม่ได้กินยา	0	1
3. คุณเคยลดยาหรือหยุดกินยาโดยไม่ได้บอกหมอ เพราะคุณรู้สึกแย่งเมื่อกินยาบ้างไหม	0	1
4. เมื่อคุณเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งคุณลืมเอายาไปด้วยใช่ไหม	0	1
5. เมื่อวาน คุณกินยาหรือไม่	1	
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการดีขึ้น หรือควบคุมอาการได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดกินยาใช่ไหม	0	1
7. การกินยาทุกวันเป็นความไม่สะดวกอย่างยิ่งสำหรับบางคน คุณเคยรู้สึกรำคาญที่ต้องเคร่งครัดกับการกินยารักษาโรคของคุณหรือไม่	0	1

8. คุณมีความลำบากในการจำว่าต้องกินยาทุกชนิดบ่อยแค่ไหน

- ไม่เคยเลย (1)
 แทบไม่เคย (0.75)
 บางครั้ง (0.5)
 บ่อยครั้ง (0.25)
 เป็นประจำ (0)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 9 ชุด

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ตัวเลือกเดียว โดยเติมคำให้ตรงกับ

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

1.2 อายุปี

1.3 สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. สมรส
 () 3. หม้าย () 4. หย่า/แยกกันอยู่

1.4 อาชีพ

- () 1. แม่บ้าน () 2. ค้าขาย
 () 3. เกษตรกรรม () 4. รับจ้าง
 () 5. อื่น ๆ

1.5 ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา
 () 3. มัธยมศึกษา/ปวช. () 4. ปวส.
 () 5.ปริญญาตรี () 6. อื่น ๆ

1.6 รายได้ต่อเดือนบาท

1.7 ชาติพันธุ์.....

1.8 ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

- () ใช่ () ไม่ใช่

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดันโลหิต จำนวน 12 ข้อ

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ระดับค่าความดันโลหิต 140/ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป			
2. มาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทานยาลดความดันโลหิต			
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรใช้ยาลดความดันโลหิตในขนาดที่แพทย์สั่งใช้ อย่างสม่ำเสมอ			
4. หากระดับความดันโลหิตมีค่าปกติ ผู้ป่วยสามารถหยุดทานยาลดความดันโลหิตเองได้เลย			
5. หากมีอาการผิดปกติหลังทานยาควรแจ้งแพทย์ทุกครั้ง			
6. การทานยาลดความดันโลหิต ต้องทานอย่างต่อเนื่องและควรทานเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวัน			
7. หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาของมื้อนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า			
8. การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงด้วยขนาดที่เหมาะสม และติดตามผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงจากตัวโรคได้			
9. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพาต เป็นต้น			
10. การเก็บรักษายา ควรเก็บไว้ในที่แห้งและพ้นจากแสงแดด			
11. การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง			
12. การหยุดทานยาลดความดันโลหิตเอง ทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้			
รวม			

3. แบบวัดทัศนคติ/ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 13 ข้อ

คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. หากอาการหรือความดันโลหิตปกติ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด					
2. เมื่อทานยาลดความดันโลหิตแล้ว พบว่ามีอาการเวียนศีรษะ ท่านจึง ไม่ทานยาชนิดนั้นต่อไปอีกเลย					
3. การทานยาโรคความดันโลหิตสูง ตามแพทย์สั่งไปนาน ๆ จะก่อให้เกิด โรคไตวายได้					
4. การรักษาค่าความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากความดันโลหิตสูงได้					
5. การวัดความดันโลหิตที่บ้าน มีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิต ได้ดีขึ้น					
6. เมื่อยาลดความดันโลหิตของท่าน หมดก่อนถึงวันนัด ท่านสามารถมา รับยาได้ที่ทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึง วันนัด					
7. ท่านหยุดรับประทานยาเอง เพราะ เห็นว่าค่าความดันโลหิตปกติแล้ว					
8. เมื่อเริ่มทานยาลดความดันโลหิต แล้ว จะต้องทานไปตลอดชีวิต					
9. หลังจากรับประทานยาลด ความดันโลหิตแล้ว เกิดอาการ ผิดปกติต่าง ๆ ท่านจะเข้าไปปรึกษา แพทย์ทันที					

คำถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10. เมื่อทานยาลดความดันโลหิตแล้ว ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะจะทำให้ค่าความดันโลหิตต่ำ เกินไป					
11. หากไม่ได้ทานข้าว ไม่ควรทานยา ลดความดันโลหิต เพราะยามีฤทธิ์ กัดกระเพาะ เสี่ยงต่อการเกิดโรค กระเพาะได้					
12. ยาลดความดันโลหิตสามารถ ช่วยชะลอไม่ให้ไตเสื่อมเร็วได้					
13. โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิด ภาวะอ้วนลงพุง					
รวม					

4. แบบประเมินความรุนแรงของโรคเป็นประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index (MBAI) จำนวน 10 ข้อ

การประเมิน กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
(1) รับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้ เรียบร้อยต่อหน้า	0 คะแนน: ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 1 คะแนน: ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ให้ 2 คะแนน: ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ	
(2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา	0 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือ 1 คะแนน: ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้า เตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	

การประเมิน กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือ จากเตียงไปยังเก้าอี้	<p>0 คะแนน: ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น</p> <p>1 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึง จะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงดันขึ้นมา จึงจะ นั่งอยู่ได้</p> <p>2 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความ ปลอดภัย</p> <p>3 คะแนน: ทำได้เอง</p>	
(4) การใช้ห้องน้ำ	<p>0 คะแนน: ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>1 คะแนน: ทำเองได้บ้าง แต่ยังต้องการความ ช่วยเหลือในบางอย่าง</p> <p>2 คะแนน: ช่วยเหลือตัวเองได้ดี</p>	
(5) การเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน	<p>0 คะแนน: เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1 คะแนน: ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือ ประตูได้</p> <p>2 คะแนน: เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง</p> <p>3 คะแนน: เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
(6) การสวมใส่เสื้อผ้า	<p>0 คะแนน: ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบ ไม่ได้หรือได้น้อย</p> <p>1 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูตซิป ใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้</p>	

การประเมิน กิจกรรมประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	0 คะแนน: ไม่สามารถทำได้ 1 คะแนน: ต้องมีคนช่วย 2 คะแนน: ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
(8) การอาบน้ำ	0 คะแนน: ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1 คะแนน: อาบน้ำได้เอง	
(9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 คะแนน: กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ 1 คะแนน: กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 คะแนน: กลั้นได้เป็นปกติ	
(10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 คะแนน: กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1 คะแนน: กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง) 2 คะแนน: กลั้นได้เป็นปกติ	
รวมคะแนน		

5. แบบประเมินภาวะโรคร่วม โดยดัดแปลงมาจาก Charlson Comorbidity Index: CCI ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดย Charlson, et al. (1978) โดยแต่ละโรคจะมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนน ให้ใส่คะแนนตามโรคที่ผู้ป่วยเป็นลงในช่อง “คะแนน” ซึ่งประเมินจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยประกอบกับการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

โรค	Scale	คะแนน
ไม่มีโรคร่วม	0	
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	1	
ภาวะหัวใจล้มเหลว	1	
โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ตัน หรือมีลิ้มเลือด	1	
โรคหลอดเลือดสมอง	1	
ภาวะสมองเสื่อม	1	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	1	
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์	1	
โรคแผลในกระเพาะอาหาร	1	
ภาวะซึมเศร้า	1	
โรคเบาหวาน	1	
ผู้ป่วยทานยา Warfarin หรือ Coumarin	1	
อัมพาตครึ่งซีก	2	
โรคไตเรื้อรัง	2	
โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	2	
โรคตับชนิดไม่รุนแรง	2	
ติดเชือบริเวณผิวหนัง (ผิวหนังอักเสบ)	2	
โรคมะเร็ง (มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, มะเร็งชนิดเป็นก้อน)	2	
โรคตับอักเสบชนิดรุนแรง	3	
โรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย	6	
โรคเอดส์	6	
รวม		

6. แบบบันทึกความซับซ้อนของแผนการใช้ยา (Medication Regimen Complexity Index: MRCI) พัฒนาโดย George โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (โปรแกรม JHCIS) และบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยลงโปรแกรม Microsoft Access Database (Medication Regimen Complexity Index: MRCI)

Drug name/Strength/Route	Dosage regimen	Indication
ยาลดความดันโลหิต		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ยาโรคประจำตัวอื่น ๆ		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ระดับความซับซ้อนต่ำ ระดับความซับซ้อนปานกลาง ระดับความซับซ้อนสูง

7. แบบสอบถามอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต

หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์หรือไม่

ไม่พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ (ข้ามไปชุดถัดไป)

พบอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ (กรุณาตอบคำถามในตาราง)

อาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์	ใช่	ไม่ใช่
1. บวมตามมือ เท้า		
2. ปวดศีรษะ		
3. ปวดตามร่างกาย		
4. ท้องเสีย		
5. วิงเวียนศีรษะ		
6. ใจสั่น		
7. ท้องอืด		
8. ไอแห้งๆ		
9. ตะคริว		
10. นอนไม่หลับ		
11. คลื่นไส้ อาเจียน		
12. มีผื่นขึ้นตามร่างกาย		
13. แขนงหน้าอก หายใจลำบาก		
14. บวมบริเวณใบหน้า ปาก		
15. อาการอื่น ๆ ระบุ.....		

8. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม โดยประยุกต์มาจาก Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: r-T-MSPSS (ฉบับภาษาไทย) จำนวน 12 ข้อ

ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวคุณมากที่สุด เพื่อบอกว่าคุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ (หมายเหตุ : บุคคลอื่น ๆ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน)

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. หากฉันต้องการความช่วยเหลือ จะมีคนคอยช่วยเหลือฉันเสมอ					
2. นอกจากคนในครอบครัว ก็ยังมีบุคคลอื่น ๆ ที่คอยร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉัน					
3. คนในครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉัน					
4. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวเสมอ					
5. ฉันมีบุคคลอื่น ๆ ที่คอยฟังพาช่วยเหลือและให้กำลังใจ					
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ					
7. เมื่อฉันมีปัญหาขึ้นมา ฉันสามารถปรึกษาและฟังพาอาศัยเพื่อนได้					
8. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้					
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้					
10. มีบุคคลอื่น ๆ รอบตัว ที่คอยห่วงใยในความรู้สึกของฉัน					
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการ					

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ					
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้					
รวม					

9. แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS) ของ Anderson และ Dedrick (1990)

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความห่วงใยฉันจริง ๆ					
2. ทีมบุคลากรทางการแพทย์มักจะคำนึงถึงความต้องการของฉันและให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก					
3. ฉันคิดว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นฉันจึงเชื่อมั่นในความสามารถและทำตามคำแนะนำเสมอ					
4. เมื่อฉันมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันสามารถสอบถามทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้					
5. บางครั้งฉันก็ไม่ไว้วางใจในความคิดเห็นของทีมบุคลากรทางการแพทย์					

คำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ฉันคิดว่า ทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้ความช่วยเหลือ และแนะนำเรื่องต่าง ๆ เมื่อนั้นสงสัยหรือไม่เข้าใจ ด้วยความเต็มใจ					
7. ฉันรู้สึกว่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ทำทุกอย่างที่ควรจะทำเพื่อการรักษาพยาบาลของฉัน					
8. ฉันเชื่อใจทีมบุคลากรทางการแพทย์ว่าจะพิจารณาเลือกสิ่งตอบสนองความต้องการทางด้านการแพทย์เมื่อรักษาฉัน					
9. บางครั้งฉันรู้สึกกังวลว่ทีมบุคลากรทางการแพทย์จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของฉัน					
10. หากมีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการรักษา ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถบอกฉันได้					
11. ฉันได้รับการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกทุกครั้งี่เข้ารับบริการ					
12. เมื่อไปรับการรักษา ฉันจะได้รับคำแนะนำ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเสมอ					
รวม					

ภาคผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันสูง
กลุ่มชาติพันธุ์จำแนกรายข้อ

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละ ของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจำแนกรายข้อ
(n=174)

คำถาม	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. บางครั้งคุณลืมกินยาใช้ไหม	54	31.03	120	68.97
2. บางครั้งคุณไม่ได้กินยาเพราะมีเหตุผลอื่นที่ไม่ใช่การลืม ลองคิดย้อนหลังในช่วง 2 อาทิตย์ที่ผ่านมาว่ามีวันใดบ้างไหมที่คุณไม่ได้กินยา	22	12.64	152	87.36
3. คุณเคยลดยาหรือหยุดกินยาโดยไม่ได้บอกหมอ เพราะคุณรู้สึกแย่งเมื่อกินยาบ้างไหม	12	6.90	162	93.10
4. เมื่อคุณเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งคุณลืมเอายาไปด้วยใช้ไหม	56	32.18	118	67.82
5. เมื่อวาน คุณกินยาหรือไม่	120	68.97	54	31.03
6. เมื่อคุณรู้สึกว่าอาการดีขึ้น หรือควบคุมอาการได้แล้ว บางครั้งคุณหยุดกินยาใช้ไหม	9	5.17	165	94.83
7. การกินยาทุกวันเป็นความไม่สะดวกอย่างยิ่งสำหรับบางคน คุณเคยรู้สึกรำคาญที่ต้องเคร่งครัดกับการกินยารักษาโรคของคุณหรือไม่	46	26.44	128	73.56
8. คุณมีความลำบากในการจำว่าต้องกินยาทุกชนิดบ่อยแค่ไหน				
ไม่เคยเลย (1)	111		63.79	
แทบไม่เคย (0.75)	34		19.54	
บางครั้ง (0.5)	29		16.67	
บ่อยครั้ง (0.25)	0		0.00	
เป็นประจำ (0)	0		0.00	

ภาคผนวก ค การวิเคราะห์คะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยาลดความดัน
โลหิตจำแนกรายข้อ

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละ ของคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและยา
ลดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ (n=174)

จำนวน	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับค่าความดัน โลหิตตั้งแต่ 140/ 90 มม.ปรอท ขึ้นไป	142	81.61	32	18.39
2. มาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ การทานยาลดความดันโลหิต	141	81.03	33	18.97
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรใช้ยาลดความดัน โลหิตในขนาดที่แพทย์สั่งใช้ อย่างสม่ำเสมอ	174	100	0	0
4. หากระดับความดันโลหิตมีค่าปกติ ผู้ป่วย สามารถหยุดทานยาลดความดันโลหิตเองได้เลย	26	14.94	148	85.06
5. หากมีอาการผิดปกติหลังทานยาควรแจ้ง แพทย์ทุกครั้ง	168	96.55	6	3.45
6. การทานยาลดความดันโลหิต ต้องทาน อย่างต่อเนื่องและควรทานเวลาใกล้เคียงกัน ในแต่ละวัน	161	92.53	13	7.47
7. หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้ จะรับประทานยาเมื่อต่อไป ให้รับประทานยาของ มือนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า	142	81.61	32	18.39
8. การใช้ยาลดความดันโลหิตสูงด้วยขนาด ที่เหมาะสม และติดตามผลข้างเคียงอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรง จากตัวโรคได้	157	90.23	17	9.77

ตาราง 13 (ต่อ)

จำนวน	ตอบถูกต้อง		ตอบไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพาต เป็นต้น	111	63.79	63	36.21
10. การเก็บรักษายา ควรเก็บไว้ในที่แห้งและพ้นจากแสงแดด	167	95.98	7	4.02
11. การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง	90	51.72	84	48.28
12. การหยุดทานยาลดความดันโลหิตเอง ทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก อาจทำให้หลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ได้	157	90.23	17	9.77

ภาคผนวก ง การวิเคราะห์คะแนนทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
และการรับประทานยาลดความดันโลหิต

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคะแนน
ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา
ลดความดันโลหิต จำแนกตามรายชื่อ (n=174)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย ±SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. หากอาการหรือความดันโลหิตปกติ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด	88 (50.57)	13 (7.47)	21 (12.07)	25 (14.37)	27 (15.52)	ปานกลาง (2.37±1.57)
2. เมื่อทานยาลดความดันโลหิตแล้วพบว่ามีอาการเวียนศีรษะ ทานจึงไม่ทานยาชนิดนั้นต่อไปอีกเลย	66 (37.93)	23 (13.22)	19 (10.92)	42 (24.14)	24 (13.79)	ปานกลาง (2.63±1.52)
3. การทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งไปนาน ๆ จะก่อให้เกิดโรคไตวายได้	15 (8.62)	16 (9.20)	42 (24.14)	72 (41.38)	29 (16.67)	ปานกลาง (3.48±1.14)
4. การรักษาค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความดันโลหิตสูงได้	4 (2.30)	28 (16.10)	37 (21.30)	71 (40.80)	34 (19.50)	ปานกลาง (3.59±1.05)

ตาราง 14 (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
5. การวัดความดันโลหิตที่บ้านมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น	4 (2.30)	16 (9.20)	60 (34.50)	78 (44.80)	16 (9.20)	ปานกลาง (3.49 \pm 0.87)
6. เมื่อยาลดความดันโลหิตของท่านหมดก่อนถึงวันนัด ท่านสามารถมารับยาได้ที่ โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด	8 (4.60)	26 (14.94)	15 (8.62)	29 (16.67)	96 (55.17)	สูง (4.03 \pm 1.29)
7. ท่านหยุดรับประทานยาเอง เพราะเห็นว่าค่าความดันโลหิตปกติแล้ว	83 (47.70)	37 (21.30)	0 (0.00)	18 (10.3)	36 (20.7)	ปานกลาง (2.35 \pm 1.63)
8. เมื่อเริ่มทานยาลดความดันโลหิตแล้ว จะต้องทานไปตลอดชีวิต	5 (2.87)	8 (4.60)	30 (17.24)	46 (26.44)	85 (48.85)	สูง (4.14 \pm 1.04)
9. หลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิตแล้ว เกิดอาการผิดปกติต่าง ๆ ท่านจะเข้าไปปรึกษาแพทย์ทันที	2 (1.15)	14 (8.05)	27 (15.52)	55 (31.61)	76 (43.68)	สูง (4.09 \pm 1.01)
10. เมื่อทานยาลดความดันโลหิตแล้ว ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพราะจะทำให้ค่าความดันโลหิตต่ำเกินไป	26 (14.94)	50 (28.74)	30 (17.24)	39 (22.41)	29 (16.67)	ปานกลาง (2.97 \pm 1.34)

ตาราง 14 (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
11. หากไม่ได้ทานข้าว ไม่ควรทานยาลดความดัน โลหิต เพราะยามีฤทธิ์ กัดกระเพาะ เสี่ยงต่อ การเกิดโรคกระเพาะได้	4 (2.30)	5 (2.87)	17 (9.77)	58 (33.33)	90 (51.72)	สูง (4.29 \pm 0.92)
12. ยาลดความดันโลหิต สามารถช่วยชะลอไม่ให้ ไตเสื่อมเร็วได้	30 (17.24)	33 (18.97)	55 (31.61)	47 (27.01)	9 (5.17)	ปานกลาง (2.68 \pm 1.08)
13. โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง	25 (14.37)	52 (29.89)	62 (35.63)	24 (13.79)	11 (6.32)	ปานกลาง (2.68 \pm 1.08)

ภาคผนวก จ การวิเคราะห์คะแนนความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถ
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel
Activities of Daily Index (MBAI) จำแนกรายข้อ

ตาราง 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
ความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน ดัชนีบาร์เธล: The Modified Barthel Activities of Daily Index
(MBAI) จำแนกรายข้อ (n=174)

คำถาม	คำตอบ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
(1) รับประทาน อาหารเมื่อเตรียม สำหรับไว้ให้เรียบร้อย ต่อหน้า	0 คะแนน: ไม่สามารถตักอาหารเข้า ปากได้	0	0.00	1.99	0.11
	1 คะแนน: ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคน ช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมให้/ตัด เป็นชิ้นเล็ก ๆ ให้	2	1.15		
	2 คะแนน: ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ	172	98.85		
(2) การล้างหน้า หรือแปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ ผ่านมา	0 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือ	2	1.15	1.01	0.20
	1 คะแนน: ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	172	98.85		
(3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยัง เก้าอี้	0 คะแนน: ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้ว จะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คน ช่วยกันยกขึ้น	0	0.00	2.92	0.36
	1 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือ อย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้ คนแข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้ คนทั่วไป 2 คนพยุงดันขึ้นมา จึงจะนั่ง อยู่ได้	5	2.87		
	2 คะแนน: ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมี คนดูแลเพื่อความปลอดภัย	4	2.30		
	3 คะแนน: ทำได้เอง	165	94.83		

คำถาม	คำตอบ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
(4) การใช้ห้องน้ำ	0 คะแนน: ช่วยตัวเองไม่ได้	1	0.57	1.96	0.27
	1 คะแนน: ทำเองได้บ้าง แต่ยังต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง	7	4.02		
	2 คะแนน: ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	166	95.40		
(5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0 คะแนน: เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	3	1.72	2.90	0.47
	1 คะแนน: ใช้รถเข็นช่วยให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) เข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	2	1.15		
	2 คะแนน: เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง	5	2.87		
	3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	164	94.25		
(6) การสวมใส่เสื้อผ้า	0 คะแนน: ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย	1	0.57	1.95	0.25
	1 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	7	4.02		
	2 คะแนน: ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป ใส่เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	166	95.40		
(7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	0 คะแนน: ไม่สามารถทำได้	6	3.45	1.91	0.39
	1 คะแนน: ต้องมีคนช่วย	4	2.30		
	2 คะแนน: ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	164	94.25		
	3 คะแนน: ขึ้นลงได้เอง	166	95.40		
(8) การอาบน้ำ	0 คะแนน: ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	6	3.45	0.97	0.20
	1 คะแนน: อาบน้ำได้เอง	168	96.55		
(9) การก้มการถ่ายอุจจาระใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 คะแนน: ก้มไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ	6	3.45	1.87	0.42
	1 คะแนน: ก้มไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)	10	5.75		
	2 คะแนน: ก้มได้เป็นปกติ	158	90.80		

ตาราง 15 (ต่อ)

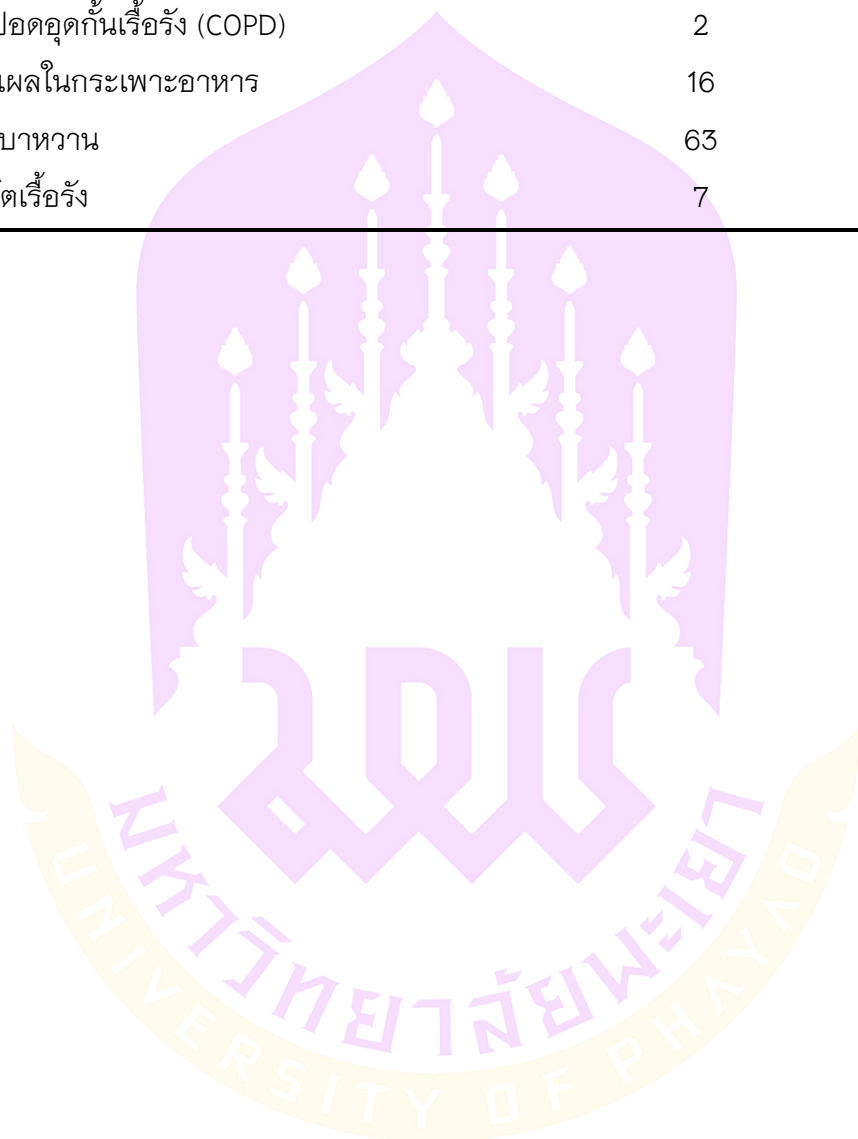
คำถาม	คำตอบ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
(10) การกลืน ปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0 คะแนน: กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวน ปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้	7	4.02	1.81	0.48
	1 คะแนน: กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวัน ละ 1 ครั้ง)	19	10.92		
	2 คะแนน: กลืนได้เป็นปกติ	148	85.06		



ภาคผนวก จ การวิเคราะห์คะแนนภาวะโรคร่วมจำแนกรายข้อ

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละ ของภาวะโรคร่วมจำแนกรายข้อ (n=174)

โรค	จำนวน	ร้อยละ
โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ ตัน หรือมีลิ้มเลือด	4	4.35
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	2	2.17
โรคแผลในกระเพาะอาหาร	16	17.39
โรคเบาหวาน	63	68.48
โรคไตเรื้อรัง	7	7.61



ภาคผนวก ข การวิเคราะห์คะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือ
ทางสังคม Revised-Thai version of the Multi-dimensional Scale of
Perceived Social Support: r-T-MSPSS จำแนกรายข้อ

ตาราง 17 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนน
ความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม Revised-Thai
version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support:
r-T-MSPSS จำแนกรายข้อ (n=174)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย ±SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. หากฉันต้องการความช่วยเหลือ จะมีคนคอยช่วยเหลือฉันเสมอ	4 (2.30)	18 (10.34)	0 (0.00)	78 (44.83)	74 (42.53)	สูง (4.15±1.01)
2. นอกจากคนในครอบครัว ก็ยังมีบุคคลอื่น ๆ ที่คอยร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉัน	19 (10.92)	15 (8.62)	7 (4.02)	66 (37.93)	67 (38.51)	สูง (3.84±1.32)
3. คนในครอบครัวของฉันพยายามช่วยเหลือฉัน	4 (2.30)	5 (2.87)	2 (1.15)	56 (32.18)	107 (61.49)	สูง (4.48±0.85)
4. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวเสมอ	0 (0.00)	5 (2.87)	11 (6.32)	67 (38.51)	91 (52.30)	สูง (4.40±0.74)
5. ฉันมีบุคคลอื่น ๆ ที่คอยพึ่งพาช่วยเหลือและให้กำลังใจ	12 (6.90)	12 (6.90)	34 (19.54)	62 (35.63)	54 (31.03)	สูง (3.77±1.17)
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ	15 (8.62)	20 (11.49)	34 (19.54)	61 (35.06)	44 (25.29)	ปานกลาง (3.57±1.23)

ตาราง 17 (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
7. เมื่อฉันมีปัญหาขึ้นมา ฉันสามารถปรึกษาและ พึ่งพาอาศัยเพื่อนได้	12 (6.90)	16 (9.20)	28 (16.09)	59 (33.91)	59 (33.91)	สูง (3.79 \pm 1.20)
8. ฉันสามารถเล่าปัญหา ของฉันให้ครอบครัวฟังได้	3 (1.72)	10 (5.75)	1 (0.57)	64 (36.78)	96 (55.17)	สูง (4.38 \pm 0.90)
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	17 (9.77)	24 (13.79)	26 (14.94)	65 (37.36)	42 (24.14)	ปานกลาง (3.52 \pm 1.27)
10. มีบุคคลอื่น ๆ รอบตัว ที่คอยห่วงใยในความรู้สึก ของฉัน	10 (5.75)	8 (4.60)	34 (19.54)	74 (42.53)	48 (27.59)	สูง (3.82 \pm 1.07)
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจ ที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ ในเรื่องต่าง ๆ	0 (0.00)	1 (0.57)	16 (9.20)	71 (40.80)	86 (49.43)	สูง (4.39 \pm 0.68)
12. ฉันสามารถเล่าปัญหา ของฉันให้เพื่อนฟังได้	19 (9.20)	22 (12.64)	24 (13.79)	63 (36.21)	49 (28.16)	ปานกลาง (3.61 \pm 1.27)

ภาคผนวก ซ การวิเคราะห์คะแนนอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยา
ลดความดันโลหิตจำแนกรายข้อ

ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละ ของอาการไม่พึงประสงค์ที่พบหลังรับประทานยา
ลดความดันโลหิต (n=174)

อาการไม่พึงประสงค์	จำนวน	ร้อยละ
บวมตามมือ เท้า	4	9.76
ปวดศีรษะ	1	2.44
ปวดตามร่างกาย	1	2.44
ท้องเสีย	1	2.44
วิงเวียนศีรษะ	6	14.63
ใจสั่น	5	12.19
ไอแห้ง ๆ	8	19.51
ตะคริว	2	4.88
นอนไม่หลับ	5	12.19
คลื่นไส้ อาเจียน	5	12.19
มีผื่นขึ้นตามร่างกาย	2	4.88
แน่นหน้าอก หายใจลำบาก	1	2.44

ภาคผนวก ฅ การวิเคราะห์คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์
 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in
 Physician Scale: TPS) จำแนกรายข้อ

ตาราง 19 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนน
 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรการแพทย์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม
 ความไว้วางใจในบุคลากรทางสุขภาพ (Trust in Physician Scale: TPS)
 จำแนกรายข้อ (n=174)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย ±SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ฉันคิดว่าทีมบุคลากรทาง การแพทย์มีความห่วงใยฉัน จริง ๆ	2 (1.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	40 (22.99)	132 (75.86)	สูง (4.72±0.58)
2. ทีมบุคลากรทาง การแพทย์มักจะคำนึงถึง ความต้องการของฉันและ ให้ความสำคัญเป็นอันดับ แรก	2 (1.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	52 (29.89)	120 (68.97)	สูง (4.66±0.60)
3. ฉันคิดว่าทีมบุคลากรทาง การแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้นฉันจึงเชื่อมั่น ในความสามารถและทำตาม คำแนะนำเสมอ	2 (1.15)	0 (0.00)	1 (0.57)	44 (25.29)	127 (72.99)	สูง (4.69±0.60)
4. เมื่อฉันมีปัญหาหรือ ข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันสามารถสอบถามทีม บุคลากรทางการแพทย์ได้	2 (1.15)	1 (0.57)	1 (0.57)	45 (25.86)	125 (71.84)	สูง (4.67±0.64)

ตาราง 19 (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
5. บางครั้งฉันก็ไม่ใช่วางใจ ในความคิดเห็นของทีม บุคลากรทางการแพทย์	80 (45.98)	25 (14.37)	13 (7.47)	25 (14.37)	31 (17.82)	ปานกลาง (3.56 \pm 1.59)
6. ฉันคิดว่า ทีมบุคลากร ทางการแพทย์ให้ความ ช่วยเหลือ และแนะนำเรื่อง ต่าง ๆ เมื่อฉันสงสัยหรือ ไม่เข้าใจ ด้วยความเต็มใจ	2 (1.1)	4 (2.3)	0 (0.00)	59 (33.9)	109 (62.6)	สูง (4.55 \pm 0.73)
7. ฉันรู้สึกว่ามีบุคลากร ทางการแพทย์ไม่ได้ทำ ทุกอย่างที่ควรจะทำเพื่อ การรักษา พยาบาลของฉัน	62 (35.63)	42 (24.14)	6 (3.45)	26 (14.94)	38 (21.84)	ปานกลาง (3.37 \pm 1.60)
8. ฉันเชื่อใจทีมบุคลากรทาง การแพทย์ว่าจะพิจารณา เลือกสิ่งที่ดีที่สุดของความ ต้องการทางด้านทางการแพทย์ เมื่อรักษาฉัน	3 (1.72)	3 (1.72)	8 (4.60)	84 (48.28)	76 (43.68)	สูง (4.30 \pm 0.79)
9. บางครั้งฉันรู้สึกกังวล ว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์ จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว ของฉัน	96 (55.17)	14 (8.05)	27 (15.52)	20 (11.49)	17 (9.77)	สูง (3.87 \pm 1.43)
10. หากมีข้อผิดพลาด เกี่ยวกับการรักษา ทีมบุคลากรทางการแพทย์ สามารถบอกฉันได้	2 (1.15)	3 (1.72)	24 (13.79)	87 (50.00)	58 (33.33)	สูง (4.11 \pm 0.85)

ตาราง 19 (ต่อ)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)					ระดับ (ค่าเฉลี่ย \pm SD)
	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
11. ฉันได้รับการช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวก ทุกครั้งที่ได้รับบริการ	2 (1.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	48 (27.59)	124 (71.26)	สูง (4.68 \pm 0.60)
12. เมื่อไปรับการรักษา ฉันจะได้รับคำแนะนำและ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพเสมอ	2 (1.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	56 (32.18)	116 (66.67)	สูง (4.63 \pm 0.61)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	รุ่งนภา ยาวิโล
วัน เดือน ปี เกิด	16 มกราคม 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงราย
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2554 ส.บ., มหาวิทยาลัยนเรศวร, จังหวัดพิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	123 หมู่ที่ 9 ตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย 57340
ผลงานตีพิมพ์	รุ่งนภา ยาวิโล. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 10(3), (อยู่ระหว่างการเผยแพร่).

