



ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัด  
อุตรดิตถ์



รตามณี น้อยมา

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัด  
อุตรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัด  
อุตรดิตถ์"

ของ รศ.ดร.นัยมา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์ )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
ผู้วิจัย	รตามณี น้อยมา
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	การรับบริการ, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 388 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยนำ แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น มีค่าความเชื่อมั่น 0.87 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และแบบสอบถามการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยรับบริการครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.87 และปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (aOR=3.08, 95% CI=1.03-9.23, p< .05) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (aOR=1.97, 95% CI=1.72-5.44, p< .05) ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (aOR =0.38, 95% CI=0.15-0.38, p<.05) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (aOR=3.03, 95% CI=1.07-8.58, p< .05) การรับรู้ความรุนแรง (aOR=3.29, 95% CI=1.13-9.57, p< .05) ประเภทสถานบริการ (aOR=3.05, 95% CI=1.10-8.51, p< .05) ระยะเวลาในการรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง (aOR= .21, 95% CI=.07-.69, p< .01) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง (aOR=3.82 , 95% CI=1.49-9.76, p< .001) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (aOR=4.06 , 95% CI=1.22-9.54, p< .05) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (aOR=9.17, 95% CI=1.53-15.08, p< .01) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (aOR=3.92, 95% CI=1.24-12.38, p< .05) ความมั่นใจในบริการ (aOR=5.12, 95% CI=1.76-18.28, p< .01) และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ(aOR=7.61, 95% CI=1.20-28.06, p< .05)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานบริการสุขภาพหรือบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรให้ความสำคัญกับปัจจัย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการเข้ารับบริการให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด



<b>Title</b>	FACTORS AFFECTING THE SERVICE RECEIVING AMONG HYPERTENSION PATIENTS IN PHICHAJ DISTRICT, UTTARADIT PROVINCE
<b>Author</b>	Radamanee Noima
<b>Advisor</b>	Assistant Professor Rung Wongwat, Dr.P.H.
<b>Academic Paper</b>	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
<b>Keywords</b>	Service Receiving, Hypertension Patients

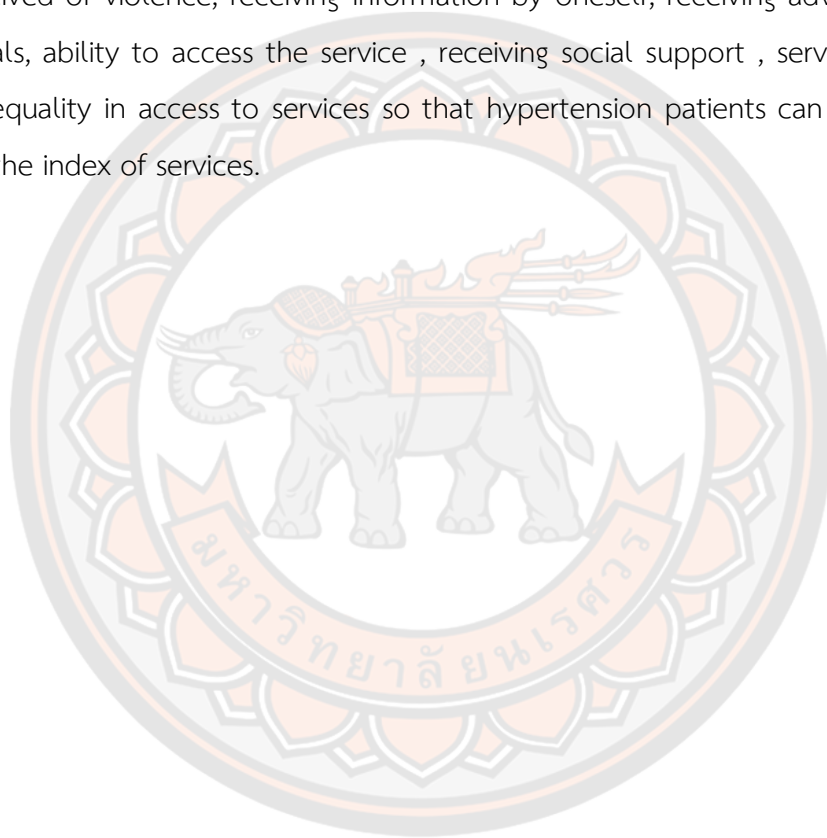
### ABSTRACT

The objective of this cross-sectional analytical study was to investigate the factors affecting service receiving among hypertension patients in Phichai District, Uttaradit Province. The 388 samples were selected by systematic random sampling. The research instruments included the predisposing factors questionnaire, need factors questionnaire with the reliability of 0.87, enabling factors questionnaire with the reliability of 0.84 and service receiving questionnaire. Data were collected from June to August, 2022. The data were analyzed by using descriptive statistics frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

Research results revealed that 78.87% of hypertension patients had met the index of services. The factors that affected service behaviors among hypertension patients at statistically significant including the aged (aOR=3.08, 95% CI=1.03-9.23,  $p < .05$ ), sick period (aOR=1.97, 95% CI=1.72-5.44,  $p < .05$ ), having complications (aOR=0.38, 95% CI=0.15-0.38,  $p < .05$ ), perceived risk of complications (aOR=3.03, 95% CI=1.07-8.58,  $p < .05$ ), perceived of violence (aOR=3.29, 95% CI=1.13-9.57,  $p < .05$ ), types of health service offices (aOR=3.05, 95% CI=1.10-8.51,  $p < .05$ ), service time (aOR= .21, 95% CI=.07-.69,  $p < .01$ ), receiving information by oneself (aOR=3.82, 95% CI=1.49-9.76,  $p < .001$ ) receiving advice from health officials (aOR=4.06, 95% CI=1.22-9.54,  $p < .05$ ), ability to access the service (aOR=9.17, 95% CI=1.53-15.08,  $p < .01$ ),

receiving social support (aOR=3.92, 95% CI=1.24-12.38,  $p < .05$ ) service confidence (aOR=5.12, 95% CI=1.76-18.28,  $p < .01$ ), and equality in access to services (aOR=7.61, 95% CI=1.20-28.06,  $p < .05$ )

This research suggests that health organization or health personnel involved in providing services to hypertension patients should pay attention to factors such as the aged sick period, complications, perceive risk of complications, perceived of violence, receiving information by oneself, receiving advice from health officials, ability to access the service , receiving social support , service confidence , and equality in access to services so that hypertension patients can receive services met the index of services.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทั้งที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนัญญา คูอาริยะกุลและผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ แสงเงิน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ กรุณาให้แนวคิดและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้อย่างสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาทิตยา วัฒนสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ แสงเงินและนายภฤศภณ เทพอินทร์ ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณ นายเมือง เพชรแบน สาธารณสุขอำเภอฟิชัย ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอฟิชัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้ใช้พื้นที่ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัยและเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณครอบครัว ของผู้วิจัยที่ได้ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุด เสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย และผู้สนใจทุกท่าน

รตามณี น้อยมา



# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ .....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมุติฐานของงานวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต.....	9
ทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen’s Behavior Model).....	21
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model).....	23
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support).....	25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการการรักษาของผู้ป่วย .....	28
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	37

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	38
การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง .....	38
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	43
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	45
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	46
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยนำ .....	46
ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยจำเป็น .....	50
ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุน .....	57
ส่วนที่ 4 การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง .....	67
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง .....	68
บทที่ 5 บทสรุป .....	85
สรุปผลการวิจัย .....	85
อภิปรายผลการวิจัย .....	89
ข้อเสนอแนะ .....	95
บรรณานุกรม .....	96
ภาคผนวก .....	102
ประวัติผู้วิจัย .....	118

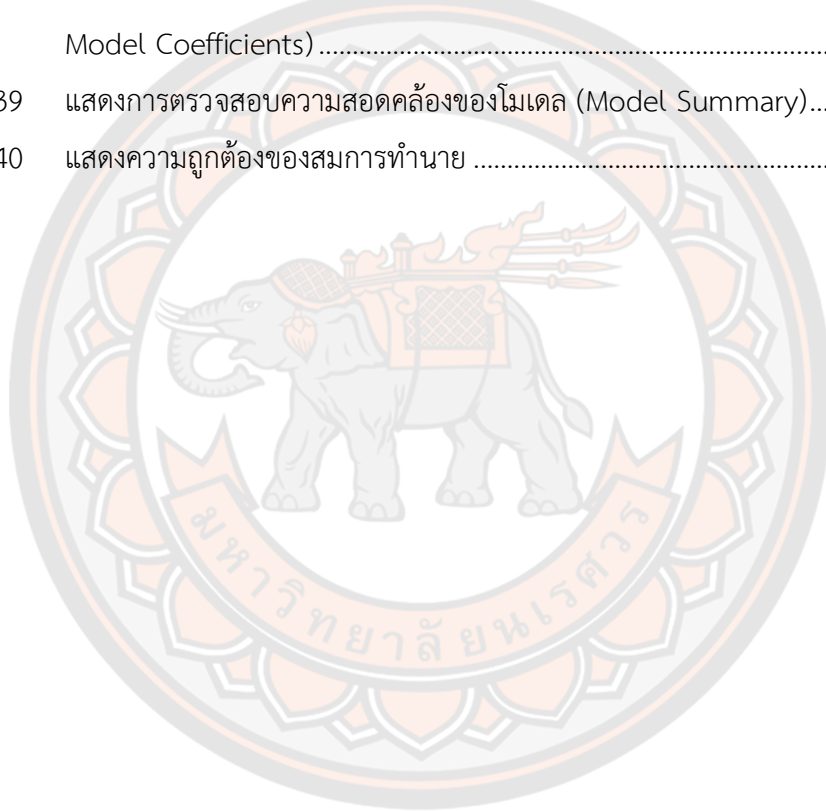
## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์คณะกรรมการร่วมแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (JNC VII).....	13
ตาราง 2	แสดงความแตกต่างของระบบการดูแลสุขภาพ.....	30
ตาราง 3	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนใน เขตรับผิดชอบอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์.....	40
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยนำ.....	47
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน จำแนกเป็น รายชื่อ (n = 388).....	50
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อน.....	51
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของ โรค ความดันโลหิตสูง จำแนกเป็น รายชื่อ (n = 388).....	51
ตาราง 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง.....	53
ตาราง 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรับ บริการติดตามการรักษา จำแนกเป็น รายชื่อ (n = 388).....	53
ตาราง 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรับบริการติดตามการรักษา.....	55
ตาราง 11	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับ บริการติดตามการรักษา รายชื่อ จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 388).....	55
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคของ การรับบริการติดตามการรักษา.....	56
ตาราง 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำแนกเป็น รายชื่อ (n = 388).....	57
ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสามารถในการเข้าถึง บริการ.....	58

ตาราง 15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ.....	58
ตาราง 16	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิการรักษา .....	58
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ .....	59
ตาราง 18	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง .....	59
ตาราง 19	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง .....	60
ตาราง 20	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388) .....	60
ตาราง 21	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร .	61
ตาราง 22	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัยาศัยของเจ้าหน้าที่ .....	62
ตาราง 23	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจในการให้บริการ จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388).....	62
ตาราง 24	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความมั่นใจในการให้บริการ .....	63
ตาราง 25	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388).....	63
ตาราง 26	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ .....	64
ตาราง 27	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ (n = 388).....	64
ตาราง 28	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ..	65
ตาราง 29	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388) .....	66
ตาราง 30	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข .....	67
ตาราง 31	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุน	67
ตาราง 32	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนการเข้ารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา .....	67

ตาราง 33	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ (2 ครั้ง) ต่อปี.....	68
ตาราง 34	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยนำกับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบปัจจัยอื่น.....	70
ตาราง 35	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยจำเป็นกับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	72
ตาราง 36	แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	73
ตาราง 37	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	77
ตาราง 38	แสดงการทดสอบความเหมาะสมของตัวแปรอิสระที่ใช้ในโมเดล (Omnibus Tests of Model Coefficients).....	83
ตาราง 39	แสดงการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model Summary).....	83
ตาราง 40	แสดงความถูกต้องของสมการทำนาย.....	84



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 Andersen's Behavioral Model of Health Services Use .....	22
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย .....	37



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร (Mackay & Mensah, 2004) โดยข้อมูลจากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกกับอิมพีเรียล คอลเลจ ลอนดอน พบว่า มีผู้คนเกือบ 1,300 ล้านคนทั่วโลก ป่วยเป็น "โรคความดันโลหิตสูง" และพบว่า ประชาชน ที่มีอายุ 30-79 ปี ตั้งแต่ ปี 1990-2019 ใน 184 ประเทศทั่วโลก พบว่า เมื่อปี 1990 มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 648 ล้านคน ขณะที่ปี 2019 มีผู้ป่วย 1,300 คน หรือเพิ่มขึ้น 2 เท่า หรือเท่ากับว่า 1 ใน 3 ของประชากรกลุ่มนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง และในทุกปีมี ผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 8.5 ล้านคนทั่วโลก ขณะที่เมื่อปี 2019 มีประชาชนเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก โดยมีความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยหลัก (สรรเพชร รัตนภักดิ์ดีกุล, 2566)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และในปี พ.ศ.2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.4 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 แสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลจำนวนและอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อใน 3 ปีย้อนหลัง ปีพ.ศ.2559-พ.ศ.2561 พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวน 1,306,070 คน 1,366,495 คน และ 1,478,433 คน ตามลำดับและมีอัตราการตายต่อประชากรแสนคน คือ 12.05 13.07 และ 13.13 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากการศึกษาข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยโรค NCDs มีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ.2562 สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มช่วงอายุวัยทำงาน คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี แบ่งตามช่วงอายุกลุ่มอายุ 15-39 ปี พบอัตราป่วยเท่ากับ 1.21 1.23 1.27 1.29 และ 1.35 ตามลำดับ กลุ่มอายุ

40-49 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 8.83 8.62 8.94 9.11 และ 9.34 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 50-59 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 20.98 20.8, 21.52 21.8 และ 22.17 ตามลำดับ จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปี พ.ศ. 2558 และ ปี พ.ศ. 2562 มีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกช่วงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2563)

ส่วนสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 2 ในปี พ.ศ.2561-2563 พบว่าจังหวัดอุดรดิตถ์มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,292.35 1,296.35 1,186.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยจังหวัดอุดรดิตถ์มีอัตราป่วยสูงเป็นลำดับที่ 2 รองจากจังหวัดพิษณุโลก (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และ ในปี พ.ศ.2562-2563 จังหวัดอุดรดิตถ์พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.91 และ 24.44 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 24.70 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563) และเมื่อวิเคราะห์รายอำเภอ พบว่า อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.22 28.76 28.79 ตามลำดับ พบว่าอัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอุดรดิตถ์และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 24.70 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการติดตามการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงครบตามเกณฑ์ (2 ครั้ง) ก่อนข้างต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้งและไม่พบประวัติการมารับบริการ มีอัตราการมารับบริการคิดเป็นร้อยละ 67.07, 8.97 และ 23.96 และปี พ.ศ. 2563 พบการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้งและไม่พบประวัติการมารับบริการ มีอัตราการมารับบริการคิดเป็นร้อยละ 66.70, 9.56 และ 23.74 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าการไม่มารับบริการยังมีอัตราการสูงกว่าการมารับบริการจำนวน 1 ครั้ง (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2562 พบการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้งและไม่พบประวัติการมารับบริการคิดเป็นร้อยละ 80.11, 5.67 และ 14.22 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในจังหวัดอุดรดิตถ์พบการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้งและไม่พบประวัติการมารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 81.71, 6.12 และ 12.17 ตามลำดับ พบว่าการไม่มารับบริการยังมีอัตราสูงกว่าการมารับบริการจำนวน 1 ครั้ง (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563)



อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในอำเภอพิชัย พบการมารับบริการติดตามการรักษา จำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้ง และไม่พบประวัติการมารับบริการ มีอัตราการมารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 73.54, 5.35 และ 21.11 ปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในอำเภอพิชัย พบการมารับบริการติดตามการรักษา จำนวน 2 ครั้งขึ้นไป, จำนวน 1 ครั้งและไม่พบประวัติการมารับบริการ มีอัตราการมารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 73.31, 5.96, และ 20.72 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการมารับบริการติดตามการรักษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจติดตามและได้รับการดูแลต่อเนืองอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี ซึ่งพบว่าการมารับบริการไม่ครบตามเกณฑ์ยังสูงถึงประมาณ ร้อยละ 26 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2563) ส่วนการมารับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มารับบริการอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปในรอบปี มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้เมื่อเทียบอัตราการมารับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป พบว่าอำเภอพิชัยยังมีอัตราของการมารับบริการต่ำกว่าระดับจังหวัดอุตรดิตถ์ จากการไม่มารับบริการติดตามการรักษาส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตใน ปี พ.ศ. 2563 อำเภอพิชัย มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มารับบริการติดตามการรักษาและมารับบริการติดตามการรักษาไม่ครบ 2 ครั้งขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 16.67 พบผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.17 โรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 18.53 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในประเด็น ดังนี้ เติทางสะดวก เป็นหน่วยบริการประจำตามบัตรทอง เนื่องจากหน่วยบริการประจำตามบัตรทองส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งเป็นสถานบริการที่ใกล้บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสมารับบริการเพิ่มมากขึ้น บริการดี รวดเร็ว เจ้าหน้าที่อภัยยศดี สถานที่สะดวกสบาย (สุจิตรา พิทักษ์, 2558) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่ง รพ.สต. เป็นสถานบริการที่มีอยู่ทุกตำบล ส่งผลให้มีการกระจายตัวของผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีจำนวนไม่มากและไม่แออัด ทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการได้อย่างดีและรวดเร็ว จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสมารับบริการเพิ่มขึ้น การมีคลินิกความดันโลหิตสูงนอกเวลา อาจทำให้ผู้ป่วยที่ทำงานประจำมีโอกาสมารับบริการเพิ่มขึ้น สิทธิการรักษา ผู้ป่วยจะเลือกรับบริการตามที่ตนเองมีสิทธิการรักษาอยู่ที่สถานบริการนั้นๆเป็นส่วนใหญ่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอาจวิตกกังวลการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิต

สูง ผู้ป่วยอาจกลัวว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดความรุนแรงต่อชีวิต การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา ผู้ป่วยคาดหวังว่าการไปรับบริการตามนัดจะช่วยให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าการไปรับบริการแล้วจะไม่ราบรื่นในการรับบริการ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ อาจมีโอกาสมากขึ้นสำหรับผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ในการเดินทางถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการเดินทางน้อยลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเสียเวลาไม่มากไม่การเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาส ความมั่นใจในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยมั่นใจในความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพโดยปราศจากความแตกต่าง ซึ่งมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น (ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์, 2559) ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจ ระยะเวลาในการรอตรวจที่ไม่นาน มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ์, 2561) ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและการใส่ใจจากญาติ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจที่ดีจากญาติ มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น การแสวงหาข้อมูลสุขภาพและความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสมารับบริการเพิ่มขึ้น (เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสสรดา หนู่มคำ และณิชนน รักกะเปา, 2563)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavior Model) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพกล่าวไว้ว่าการที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น เพศและอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เช่น การศึกษา อาชีพและเชื้อชาติ) ปัจจัยด้านความเชื่อ (เช่น ทศคติ คุณค่าและความรู้) 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการและความต้องการทางสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการใช้บริการทางสุขภาพโดยความต้องการเกิดจากประชาชนและความต้องการโดยผู้ให้บริการซึ่งความต้องการของประชาชนเกิดขึ้นจากการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ รวมไปถึงเศรษฐกิจฐานะของบุคคลและปัจจัยด้านองค์การกล่าวคือการเข้าถึงบริการขึ้นกับค่าใช้จ่ายครอบคลุมระบบประกันและการร่วมจ่าย การเดินทางและระยะเวลาในการรอการรับบริการ 3) ปัจจัยจำเป็น (Need Factor) ประกอบด้วย ความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการรับรู้ (Perceived Need) มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการประเมิน (Evaluated Need) และการตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความ

ต้องการเข้าถึงบริการ (Andersen, 1995) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) กล่าวว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองจะเข้ามาใช้บริการได้ก็ต่อเมื่อเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถคุมโรคได้ ซึ่งมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมี 4 องค์ประกอบ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived barriers) และเชื่อว่าองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน จะสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) กล่าวว่า สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทจากครอบครัว บทบาทของกลุ่มเพื่อน และบทบาทกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งบทบาทเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากสถานการณ์ปัญหาและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการนำทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavior Model) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับบริการเพื่อปรับปรุงพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความโลหิตได้รวมไปถึงการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่อไป

### คำถามของการวิจัย

1. การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็นและปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ อยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็นและปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

### สมมุติฐานของงานวิจัย

1. **ปัจจัยนำ** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. **ปัจจัยจำเป็น** ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. **ปัจจัยสนับสนุน** ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ สิทธิการรักษา ระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง อธิษาศัยของเจ้าหน้าที่ ความมั่นใจในการให้บริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยทางด้านประชากรซึ่งเป็นคุณสมบัติทางชีววิทยาในการกำหนดความจำเป็นทางสุขภาพและเป็นปัจจัยโครงสร้างทางสังคมที่สามารถสะท้อนความสามารถของบุคคลในชั้นต่าง ๆ ต่อความสามารถในการแก้ปัญหาสุขภาพของตน

**ปัจจัยจำเป็น** หมายถึง ปัจจัยที่ผู้ป่วยมีการคาดคะเนความมากน้อยของการเจ็บป่วย การประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย การคาดคะเนผลดีที่ตนเองจะได้รับและการประเมินผลกระทบเชิงลบต่อตนเองในการรับบริการ

**ปัจจัยสนับสนุน** หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ามารับบริการด้านสุขภาพ

**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ที่มีค่าระดับมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) > 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) >90 มิลลิเมตรปรอท ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2564 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการสาธารณสุขในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

**การรับบริการ** หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการติดตามการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

**ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ถูกวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน นับระยะเวลาเป็นปี

**ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน** หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตกกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิต

**การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา** หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการมารับบริการติดตามการรักษา สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

**การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา** หมายถึง ความคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอุปสรรคของการมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงในทางลบ

**ความสามารถในการเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าไปใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

**สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ** หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**สิทธิการรักษา** หมายถึง ประเภทการจ่ายเงินค่ารักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามสิทธิการรักษา ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ, สิทธิประกันสังคม, สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ** หมายถึง ระยะทางเป็นจำนวน กิโลเมตรจากบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

**ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ** หมายถึง เวลาที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเดินทางมาถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ นับระยะเวลาเป็นนาที

**การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง** หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูล ข่าวสารเรื่องการมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงจากช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วิทยุชุมชน แผ่นพับ การจัดนิทรรศการในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

**อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่** หมายถึง การแสดงออกของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้คำพูดสุภาพ ไพเราะกับผู้รับบริการและมีรอยยิ้มต่อผู้รับบริการเสมอ

**ความมั่นใจในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข** หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขว่ามีความรู้ความ เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่จะให้บริการ ความสามารถในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพของ เจ้าหน้าที่ ความสะอาด ความปลอดภัยของสถานที่ที่ ปราศจากอันตรายต่อร่างกายและทรัพย์สิน

**ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ** หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ สิทธิการรักษา ได้รับการดูแลการ เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยปราศจากความแตกต่างกัน

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแล ช่วยเหลือการได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว/เพื่อนบ้านกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงเข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

**การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าไปเข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavior Model)
3. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการของผู้ป่วย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมากโดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิตได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะ 모르ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่ง อาจจะเนื่องจากไม่มีอาการ ทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษาซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร การควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอสามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจนเป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

## 1. ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และหรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (อินทิรา ศรีพันธ์, 2562)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง แรงดันขณะที่หัวใจมีการบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย เพื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น แขน ขา สมอ ไต รวมไปถึงกล้ามเนื้อหัวใจ การวัดความดันโลหิตจะวัดความดันโลหิตที่แขนในขณะท่านั่งพัก อีกทั้งยังสามารถวัดความดันโลหิตที่ขาหรือในท่าอื่น ๆ ได้ ในการวัดความดันโลหิตมีหน่วยที่ใช้วัด คือ มิลลิเมตรปรอท การวัดความดันโลหิต ค่าที่วัดได้จะมีค่าการวัด 2 ค่า โดยค่าความดันโลหิตตัวบนคือแรงดันของเลือดในขณะหัวใจมีการบีบตัว (Systolic) ส่วนค่าความดันโลหิตตัวล่างคือแรงดันของเลือดในขณะหัวใจมีการคลายตัว (Diastolic) (หัสติน สติปัญญาเลิศ, 2557)

สรุปความดันโลหิตสูง คือ แรงดันขณะที่หัวใจมีการบีบตัวส่งเลือดจากหัวใจไปตามหลอดเลือดแดงเพื่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 และหรือระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

## 2. สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

2.1.1 อายุ ส่วนใหญ่เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เช่น ขณะอายุ 18 ปี มีระดับความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มิลลิเมตรปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

2.1.2 เวลา ความดันโลหิตจะขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่เท่ากันตลอดทั้งวัน เช่น ในตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจจะได้ 130 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มิลลิเมตรปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น

2.1.3 จิตใจและอารมณ์ พบว่ามีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่ร่างกายมีการพักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อมีความรู้สึกเจ็บปวดก็อาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

2.1.4 เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง



2.1.5 พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ที่มีมารดาและบิดาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัว สภาพแวดล้อมที่ตึงเครียดก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

2.1.6 สภาพภูมิศาสตร์ พบว่า ผู้ที่อาศัยและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเมืองจะมีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมชนบท

2.1.7 เชื้อชาติ พบว่า เชื้อชาติที่เป็นชาวแอฟริกันและชาวอเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าเชื้อชาติชาวอเมริกันผิวขาว

2.1.8 เกลื้อ ผู้ที่บริโภคเกลือในปริมาณมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่บริโภคเกลือในปริมาณน้อย จากการที่ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นและลงได้ เช่นนี้ ทำให้การวินิจฉัยโรคด้วยตัวผู้ป่วยเองอาจทำได้ลำบากผู้ป่วยจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือไม่

สรุปสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เวลา จิตใจ และอารมณ์ เพศ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิศาสตร์ เชื้อชาติและการบริโภคเกลือซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น

## 2.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด (Joint National Committee, 2003; Kaplan, 2002) แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential Hypertension) พบได้มากถึงประมาณ ร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Appel, Champagne, Harsha, Obarzanek & Young, 2003; Cubrilo-Turek, 2004; Joint National Committee, 2003) และพบมากในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันยังไม่ทราบข้อมูลที่เป็นสาเหตุที่แน่ชัดแต่อย่างไรก็ตามคณะกรรมการร่วมแห่งชาติด้านการประเมินและรักษาโรคความดันโลหิตสูงของสหรัฐอเมริกา พบว่า เกิดจากการมีปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วนที่เกิดจากกรรมพันธุ์ การมีไขมันในเลือดสูง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียด อายุและมีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้การวินิจฉัยรักษาและควบคุมโรคให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Joint National Committee, 2003)

2) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยพยาธิต่างเหล่า ๆ นี้จะส่งผลทำให้เกิดแรงดันในเลือดสูง การเกิดพยาธิสภาพนั้นส่วนใหญ่

แล้วมักเกิดขึ้นที่ไตและต่อมหมวกไตหรือพบความผิดปกติของระบบประสาท (Groer & . 2001) พบความผิดปกติจากโรคของต่อมไร้ท่อร่วม ความผิดปกติของฮอร์โมน โรคจากกรรมพันธุ์เป็นพิษ การบาดเจ็บของศีรษะ ยาและสารเคมี เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาที่สาเหตุ ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตลดลงสามารถเป็นปกติได้และรักษาให้หายได้เช่นกัน (Supiano, 1997)

2.2.2) ความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงโดยจำแนกตามความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ระดับ ดังนี้ (World Health Organization, 2002)

1) ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

2) ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบความเสื่อมหรือมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของอวัยวะในร่างกาย ดังนี้

2.1) หัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Hypertrophy) มีการตรวจร่างกายด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกหรือการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

2.2) หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินา (Retina) พบว่ามีการตีบของหลอดเลือดแดงฝอยทั่วไปหมด หรือโดยเฉพาะบางส่วน

2.3) ตรวจพบไข่ขาวในปัสสาวะ (Proteinuria) และหรือครีอะตินิน (Creatinine) ในเลือดปริมาณสูงกว่าปกติ

3) ความรุนแรงระดับที่ 3 พบว่ามีอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีการเสื่อมสภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งนี้มีการตรวจพบอวัยวะที่ถูกทำลาย ซึ่งมีทั้งอาการ และอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ได้แก่

3.1) หัวใจ มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจขาดเลือดและหัวใจล้มเหลว

3.2) ตามีเลือดออกในเรตินาหรืออาจจะมีประสาทตาบวม (Papilledema)

3.3) สมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองบวม (Hypertensive Encephalopathy)

2.2.3) ความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับความดันโลหิตโดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee, 2003) ได้ดังนี้

1) ปกติ (Normal) คือ มีค่าความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2) ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-Hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120 – 139 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80 – 89 มิลลิเมตรปรอท

3) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Stage 1 Hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอทและหรือค่าความดันไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท

4) ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Stage 2 Hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือค่าความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

**ตาราง 1 แสดงการจำแนกระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์คณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (JNC VII)**

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) (มิลลิเมตรปรอท)
ปกติ	น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80
ระยะก่อนความดันโลหิตสูง	120 – 139	80 – 89
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1	140 – 159	90 – 99
ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2	มากกว่า 160	มากกว่า 100

**ที่มา:** สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563

สรุปชนิดของความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 3 ชนิดหลัก 1 ความดันโลหิตสูงจำแนกตามสาเหตุการเกิด แบ่งเป็น ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและชนิดที่ทราบสาเหตุ 2) ความดันโลหิตสูงจำแนกตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงตามความเสื่อมของอวัยวะ แบ่งเป็น ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่พบความเสื่อมของอวัยวะ, ความรุนแรงระดับที่ 2 พบความเสื่อมของอวัยวะ, ความรุนแรงระดับที่ 3 อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพ 3) ความดันโลหิตสูงจำแนกตามระดับความดันโลหิตโดยคณะกรรมการร่วมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น ปกติ ระยะก่อนความดันโลหิตสูง, ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1, ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2

### 3. ระดับความรุนแรง

3.1 ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท

3.3 ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปการวัดความดันโลหิตควรจะวัดขณะนั่งพัก วัดด้วยเทคนิคที่ถูกต้องและควรวัดซ้ำ 2-3 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริง ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

สรุประดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 ระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท, ระดับที่ 2 ระยะปานกลางค่าความดันโลหิตระหว่าง 160-179/100-109 มิลลิเมตรปรอท , ระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

### 4. อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใด ๆ เลยหรืออาจจะพบว่ามีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะและเหนื่อยง่ายผิดปกติ ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

กรณีที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง ได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก

กรณีที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ หลอดเลือดสมองตีบ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตหรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้ จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุไว้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5-10 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

สรุปผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง เวียนศีรษะ เหนื่อยง่ายและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดในสมองแตก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง

### 5. ภาวะแทรกซ้อน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563)

5.1 หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวและถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องผนังหัวใจจะยืดออกทำให้เกิดหัวใจโตและหัวใจวายได้ในที่สุด

5.2 อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ ถ้าเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม

5.3 เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดไตเสื่อม ทำให้ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีก

5.4 หลอดเลือดแดงในตาจะเสื่อมลงอย่างช้า ๆ อาจมีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือ ตาบอดได้

สรุปภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ หัวใจทำงานหนักขึ้นทำให้หัวใจวายได้ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวายเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม

**6. ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูง** (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

ความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาแต่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่ได้ดูแลรักษา จะมีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แตก รวมทั้งโรคไต เช่น ไตวายได้บ่อยและเพิ่มโอกาสทุพพลภาพหรือตายก่อนเวลาอันสมควร โรคความดันโลหิตสูงมีผลกระทบในด้านต่างๆรวมไปถึงผลกระทบต่อครอบครัวอีกด้วย ซึ่งมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

6.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีผลทำให้อวัยวะสำคัญต่าง ๆ ถูกทำลาย ได้แก่

6.1.1 สมอง โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Cerebral Thrombosis or infarction) เป็นโรคทางสมองที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดและออกซิเจน สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากภาวะหลอดเลือดแดงตีบ (thrombosis) หรือลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ (embolism) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Cerebral Hemorrhage) เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง arterioles หรือ small arteries เลือดที่ออกในสมองจะกลายเป็น hematoma ซึ่งจะค่อย ๆ ขยายขนาดขึ้น ทำให้เกิดเสียหายโดยตรงต่อสมองที่ตำแหน่งเลือดออก โดยการกดเบียดเนื้อสมองบริเวณรอบ ๆ และยังทำให้เกิดความดันในสมองสูงขึ้น (Increase intracranial pressure) ผู้ป่วยสามารถมาด้วยอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยที่อาการทางประสาทมักค่อยเป็นมาขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน และซึมลงได้ โดยอาการดังกล่าวเป็นผลมาจากภาวะความดันในสมองที่สูงขึ้น (Increase intracranial pressure) ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack: TIA) ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาททันทีทันใด เช่นเดียวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่อาการผิดปกตินี้จะหายเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง

สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดสมองตีบทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลงชั่วคราว เมื่อปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองกลับมาเป็นปกติ ทำให้ผู้ที่มีอาการกลับเป็นปกติ

6.1.2 หัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการที่มีตะกรัน (Atherosclerotic plaque) เกาะผนังหลอดเลือดโคโรนารี (coronary arteries) ที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือด ตะกรันอาจจะค่อย ๆ สะสมเพิ่มขนาด จนทำให้รูหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือด กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่หล่อเลี้ยงโดยเส้นเลือดที่ตีบนี้จะมีเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงลดลง

6.1.3 ไต ความดันโลหิตสูงกับโรคไตจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะทำให้ไตเสื่อมได้ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นสามารถแบ่งผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและโรคไตร่วมกันออกได้เป็นสองกลุ่มคือ ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง (Essential hypertension) จะมีผลทำให้ไตเสื่อมได้โดยเรียกกลุ่มนี้ว่า Hypertensive nephrosclerosis จะพบได้ชัดเจนในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมผู้ป่วยโรคไต (Kidney disease) จะพบความดันโลหิตสูงร่วมตามมาได้บ่อยมาก เช่น Acute glomerulonephritis, Renal artery stenosis และ Chronic kidney disease เป็นต้น

6.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบของโรคหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

6.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการศึกษาและการทำงานต่าง ๆ ในสังคมได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต เป็นผลมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และจำเป็นต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและยังมีข้อจำกัดความสามารถในการประกอบอาชีพ ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ทำให้รายได้ลดจากงานประจำลดหรือสูญเสียรายได้ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคมตามมา (James et al., 2014)

สรุปความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ด้วยวิธีต่าง ๆ จะถูกทำลาย เช่น สมอง หัวใจ ไต ตาและหลอดเลือด ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง สูญเสียรายได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

## 7. แนวทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงใช้อ้างอิงจากระดับความดันโลหิตที่วัดได้จากสถานพยาบาลเป็นหลักแต่การวัดดังกล่าวอาจมีความคลาดเคลื่อนได้จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมของห้องตรวจ อุปกรณ์ที่ใช้วัดความดันโลหิต ความชำนาญของบุคลากร ความพร้อมของผู้ถูกตรวจและอาจทำให้ระดับความดันโลหิตที่วัดได้อยู่ในเกณฑ์สูงหรือต่ำเกินจริง ดังนั้นในผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูงจึงควรจัดระดับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากผลการวัดความดันโลหิตในครั้งแรกที่มาพบแพทย์ เป็น 4 ระดับดังนี้

### ระดับ 1 ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง (High Normal Blood Pressure)

หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เกือบสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้แม้จะมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ “เกือบสูง” เท่านั้น

การตรวจหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูงใช้ผลการประเมินและตรวจพบหัวข้อใดหัวข้อหนึ่งต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 หัวข้อ

1. มี Target Organ Damage (TOD)
2. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD)
3. มีหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus, DM)
4. ประเมินความเสี่ยงของโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าได้มากกว่าร้อยละ 10 (ควรประเมินโดย Thai CV Risk Score)

**ระดับ 2 อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Possible Hypertension)** หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

**ระดับ 3 น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Probable Hypertension)** หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ หากตรวจพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ควรวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลยอย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง”

นี้ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่นหรือมีประวัติความดันโลหิตสูงในญาติสายตรงหลายคนหรือมีความวิตกกังวลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก แพทย์อาจใช้วิจารณ์ญาณเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

**ระดับ 4 เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Definite Hypertension)** หมายถึง ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์ “เป็นโรคความดันโลหิตสูง” นี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลอยู่ในระดับ 1 ถึงระดับ 3 ที่ผลการตรวจประเมินไม่ปรากฏว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรได้รับการตรวจเพิ่มเติมโดย HBPM หรือโดย ABPM หรือโดยวิธีการนัดมาวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลซ้ำตามกำหนด

สรุปแนวทางการทางการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งเกณฑ์วินิจฉัยออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ระดับ 1 High Normal Blood Pressure (ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์เกือบสูง) คือมีค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการครั้งแรก 130/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 2 Possible Hypertension (อาจเป็นโรคความดันโลหิตสูง) คือมีค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการครั้งแรก 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 3 Probable Hypertension (น่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง) คือมีค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการครั้งแรก 160/100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปแต่ยังไม่ถึง 180/110 มิลลิเมตรปรอท ระดับ 4 Definite Hypertension (เป็นโรคความดันโลหิตสูง) คือมีค่าระดับความดันโลหิตที่วัดจากสถานบริการครั้งแรก 180/110 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

7.1 คำแนะนำวิธีการและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในลักษณะนี้จะช่วยให้เกิด ประโยชน์ดังต่อไปนี้

7.1. สามารถรวบรวมผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูงแต่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมาเข้าสู่ระบบของการรักษาได้ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

7.1.2 การตรวจวัด HBPM และ ABPM และการนัดตรวจ OBPM (Office BP Measurement) ซ้ำจะช่วยในการวินิจฉัย White-Coat Hypertension, Masked Hypertension และ Definite Hypertension และทำให้ผู้มารับบริการเกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยมากขึ้น เป็นการเพิ่มความตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาให้ถูกต้อง และมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

สรุปคำแนะนำและขั้นตอนการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง บุคคลผู้ที่มีระดับความดันโลหิตเกือบสูงแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดบุคคลกลุ่มนี้ควรนำเข้ารับการรักษา



บริการการรักษา บุคคลกลุ่มนี้สามารถตรวจวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านหรือที่ทำงานได้ ซึ่งทำให้มารับบริการเกิดความมั่นใจในการวินิจฉัยมากขึ้น

7.2 รายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

7.2.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือไม่เกินส่วนสูงหารสอง ทั้งเพศชายและหญิง

7.2.2 การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสมควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกล่าวคือ แบ่งงานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลาและทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายได้รับ โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหารซึ่งช่วยลดความดันโลหิตและอาจช่วยลดอัตรา การเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างไรก็ดีไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียมและหรือแมกนีเซียมเสริมในรูปของผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์ หรือนักกำหนดอาหารควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง, ชะเอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น

7.2.3 การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้ คือ 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 - 500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก.

7.2.4 การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้ ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตาม อายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ ละ 150 นาที ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่า

ร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุด ตามอายุ ควรออกกำลังเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที การออกกำลังภายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric Exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษา แพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้อาจได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย หรือควรออกกำลังกายภายใต้คำแนะนำของแพทย์ 1) SBP ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป 2) มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย 3) มีโรคหัวใจล้มเหลว 4) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5) มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี 6) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ 7) มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

7.2.5 การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วควรจำกัดปริมาณกล่าวคือผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

7.2.6 การเลิกบุหรี่ การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลอยเลิกบุหรี่ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อรับบริการคำปรึกษาฟรี จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) (Thailand National Quitline: TNQ) ที่เรียกว่า “1600 สายเลิกบุหรี่” หรือ “Quitline 1600” โดยสามารถโทร 1600 ฟรีได้ทุกเครือข่ายและไม่เรียกเก็บค่าบริการ หรือสามารถติดต่อขอรับบริการผ่านเว็บไซต์ [www.Thailandquitline.or.th](http://www.Thailandquitline.or.th) สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วยนอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายตามความเหมาะสม

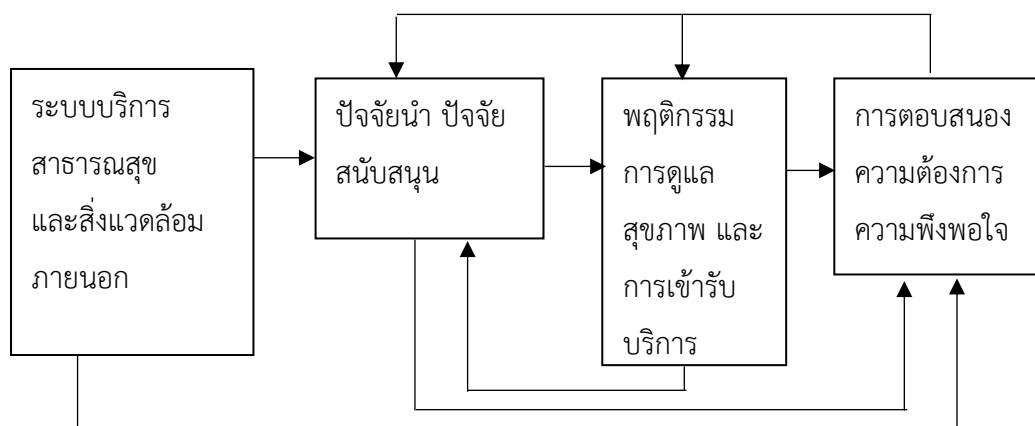
สรุปการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีหลายปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดังนี้ 1) การลดน้ำหนักในผู้ที่น้ำหนักเกินหรืออ้วน ควรให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละมื้อมีปริมาณที่เหมาะสมโดยแบ่งเป็นผัก 2 ส่วน ข้าว 1 ส่วน และโปรตีน 1 ส่วน 3) การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารควรบริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2 กรัม 4) การออกกำลังกายควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างน้อย

สัปดาห์ละ 5 วัน 5) งคเครื่องตี้มแอลกอฮอล์หรือจำกัดปริมาณในการตี้ม 6) การเลิกบุหรี สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavior Model)

การตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ลักษณะความเจ็บป่วย สังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น รวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยา (Campbell & Roland, 1996) โดยโมเดลทางจิตวิทยาที่มักจะถูกนำมาใช้ในการอธิบายการตัดสินใจเข้ารับบริการทางการแพทย์คือทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavioral Model of Health Services Use) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขขึ้นอยู่กับลักษณะทางประชากร (Population Characteristics) 3 ประการหลัก (Andersen, 1995; Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012) คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น เพศ และอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เช่น การศึกษา อาชีพและเชื้อชาติ) และปัจจัยด้านความเชื่อ (เช่น ทศนคติ คุณค่าและความรู้) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) ประกอบด้วยเศรษฐกิจของบุคคลและปัจจัยด้านองค์กรกล่าวคือการเข้าถึงบริการขึ้นกับค่าใช้จ่ายความครอบคลุมของระบบประกันและการร่วมจ่ายการเดินทางและระยะเวลาในการรอรับบริการ ปัจจัยจำเป็น (Need Factors) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลักคือความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการรับรู้ (Perceived Need) ได้แก่ มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยและความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการประเมิน (Evaluated Need) ได้แก่ การตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความต้องการเข้าถึงบริการ เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1995 Andersen ได้เสนอ Model ภาพรวมของอรรถประโยชน์ของการบริการสาธารณสุขซึ่งมีความครอบคลุมมากขึ้น (Andersen, 1995) ในภาพ 1 แสดงองค์ประกอบที่จะส่งผลไปถึงผลลัพธ์ (Outcomes) ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อม (Environment) ประกอบด้วย ระบบบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมภายนอก
2. ลักษณะทางประชากร (Population characteristics) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ Model ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น
3. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behaviors) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและพฤติกรรมการเข้ารับบริการ
4. ผลลัพธ์ (Outcomes) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ



ภาพ 1 Andersen's Behavioral Model of Health Services Use

ดัดแปลงจาก: Andersen, 1995.

โดยอีกทฤษฎีหนึ่งซึ่งสามารถช่วยอธิบายพฤติกรรมการใช้บริการ คือ Health Belief Model (Campbell & Roland, 1996; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) ซึ่งสามารถใช้ อธิบายปัจจัยนำในกลุ่มปัจจัยด้านความเชื่อและปัจจัยการรับรู้ความเสี่ยงของ Andersen's Model ข้างต้นได้ Health Belief Model กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นผลมาจากปัจจัยดังนี้ การรับรู้ ความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) รวมถึงการรับรู้โอกาสเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงและความถี่ของการเจ็บป่วยเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาล การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาโรค (Perceived benefits) และประสิทธิผลของการรักษาส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Cost of Medical Care) อุปสรรคในการเดินทางหรือ ผลข้างเคียงจากการรักษาเป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

สำหรับแนวคิดในทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการที่บุคคลใด ๆ มีการทำกิจกรรมบางอย่างใด อย่างหนึ่งเพิ่มมากขึ้น (โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง) โดยที่ผู้แบกรับต้นทุนหรือผลกระทบจาก การกระทำนั้นเป็นผู้อื่น เช่น นายบีมี่พฤติกรรมขับรถด้วยความเร็วสูงขึ้นไม่คาดเข็มขัดนิรภัยเนื่องจาก นายบีมี่ทราบว่าได้ทำประกันภัยรถยนต์ไว้แล้วทำให้ไม่ต้องรับผิดชอบค่าเสียหายหากรถยนต์เกิด อุบัติเหตุ พฤติกรรมลักษณะนี้ของนายบีมี่นักเศรษฐศาสตร์ เรียกว่า “Moral Hazard” ในลักษณะ เดียวกันการที่จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเมื่อเงินที่ต้องจ่ายเพื่อเข้ารับบริการลดลง (เช่น การเข้ารับบริการฟรีในกรณีของประเทศไทยก็เป็นลักษณะหนึ่งของ Moral Hazard เช่นกัน ซึ่ง Moral Hazard เป็นแนวคิดที่สื่อความหมายไปในทางลบและสื่อไปว่าพฤติกรรมการใช้บริการที่

เพิ่มขึ้นจากการที่ไม่เก็บค่าบริการเป็นการใช้บริการในลักษณะที่ไม่พึงประสงค์อย่างไรก็ตามแนวคิด Moral Hazard ทางเศรษฐศาสตร์ไม่ได้แยกแยะว่าการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นในลักษณะการให้บริการที่มีความจำเป็น (Necessary Visit) หรือเป็นการใช้บริการที่ไม่จำเป็น (Unnecessary Visit) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า Moral Hazard ในทางสาธารณสุขนี้เกิดขึ้นจริงโดยเมื่อมีการลดลงของค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ จำนวนอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นนี้ไม่แตกต่างกันทั้งในบริการที่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงและการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่ำ (Lohr et al., 1986; Zheng, Ren, Heineke & Geissler, 2016) ซึ่งน่าจะเกิดจากการที่ประชาชนทั่วไปในฐานะผู้รับบริการทางการแพทย์มีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน (Imperfect Information) เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

สรุปทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (Andersen's Behavior Model) คือ การที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ (เช่น เพศและอายุ) ปัจจัยทางสังคม (เช่น การศึกษา อาชีพและเชื้อชาติ) ปัจจัยด้านความเชื่อ (เช่น ทศคติ คุณค่าและความรู้) 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการและความต้องการทางสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการใช้บริการทางสุขภาพโดยความต้องการเกิดจากประชาชนและความต้องการโดยผู้ให้บริการซึ่งความต้องการของประชาชนเกิดขึ้นจากการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ รวมไปถึงเศรษฐฐานะของบุคคลและปัจจัยด้านองค์กรกล่าวคือการเข้าถึงบริการขึ้นกับค่าใช้จ่ายครอบคลุมระบบประกันและการร่วมจ่าย การเดินทางและระยะเวลาในการรอการรับบริการ 3) ปัจจัยจำเป็น (Need Factor) ประกอบด้วย ความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการรับรู้ (Perceived Need) มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพความจำเป็นที่ผู้ใช้บริการประเมิน (Evaluated Need) และการตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความต้องการเข้าถึงบริการ

### ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1969 เป็นต้นมา Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เขาเชื่อว่าบุคคลจะมีความพร้อมแสดงพฤติกรรม (Readiness to act) ก็ต่อเมื่อได้รับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและจะแสดงพฤติกรรมขึ้นหากประเมินแล้วเห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสียหรือไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย (Evaluation of benefits and Barriers) หลังจากนั้น 5 ปี Rosenstock, Strecher & Becker (1994) ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคใด ๆ

ทั้ง ๆ ที่ การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย โดยมีข้อสมมุติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผล และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟู สุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่งและมีแรงจูงใจต่อ สุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถ คุมโรคได้ เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุขซึ่งมีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมมารับบริการและการรักษา (จารุวรรณ แผลมไธสง, 2559) จึงได้สร้างแบบจำลองแบบเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและการคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของตนที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ ว่ามีมาก น้อยเพียงใด 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและการคาดคะเนของบุคคลที่เกิดจากการประเมินผลกระทบที่ตนเองอาจจะได้รับจากการ เจ็บป่วยด้วยโรค ใด ๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ ชีวิต ความพิการ ความสมบูรณ์แข็งแรง การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวดทรมาน และผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสีย หน้าที่การงาน การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองการสูญเสียสถานะทางสังคม 3) การรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived benefits) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และ การคาดคะเนของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำใน การป้องกันหรือรักษาโรค เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ ลดผลกระทบทาง เศรษฐกิจ ความพอใจหรือความรู้สึกด้านคุณค่าในตนเองลดลงและ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน โรคและรักษาโรค (Perceived barriers) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและการคาดคะเน ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบที่จะเกิดตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือเกิดขึ้นเมื่อ บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความอับอาย เกิดความยุ่งยาก ใน การดำเนินชีวิตประจำวัน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

สรุปทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ตนเองจะเข้ามารับบริการได้ก็ต่อเมื่อเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็น วิธีที่สามารถคุมโรคได้ ซึ่งมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมี 4 องค์ประกอบ 1) การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived benefits) 4) การรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันโรคและรักษาโรค (Perceived barriers) และเชื่อว่าองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน จะสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

### ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการหรือการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีสุขภาพที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท (Cutrona & Russell, 1990; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015) คือ

1. การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional supports) เช่น การปลอบโยนการให้กำลังใจ การให้ยอมรับนับถือ
2. การให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information supports) เช่น การให้ข้อมูลที่จำเป็น การให้คำแนะนำเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้จัดการกับปัญหาที่เผชิญได้
3. การให้การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible supports) เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือ การให้แนวปฏิบัติ การให้เงินทุนช่วยเหลือ
4. การให้การสนับสนุนความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย (Belonging supports) เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

### ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมสถานะสุขภาพของบุคคล

กลไกเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพของบุคคลจำแนกได้ 2 ลักษณะ (Cohen & Syme, 1985; Thoits, 1982) คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมที่มีโดยตรงต่อสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลเป็นและสมาชิกและรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมมีแนวโน้มทำให้บุคคลนั้น ๆ คล้อยตามโดยการแสดงพฤติกรรมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกับสมาชิกส่วนใหญ่หรือตามบรรทัดฐานทางสังคมนั้น ๆ และเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางยังช่วยให้บุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพทางกายอย่างเป็นทางการรูปธรรม ดังผลการวิจัยที่ยืนยันว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อที่มีส่วนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มเติมด้วย (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996)
2. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยอ้อมต่อสุขภาพ หมายถึง เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยลดความตึงเครียดของสมาชิกและช่วยปรับตัวต่อภาวะกดดันที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียสมรรถนะของร่างกาย

ในขณะที่ Callaghan & Morrissey (1993) เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพของบุคคลใน 3 ด้าน คือ ช่วยปรับความรู้สึกรู้สึกดีและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ช่วยทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีค่า และเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการลดการใช้สาร

เสฟติด บุหรี และเครื่องตีมแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ Heaney & Israel (2008) ได้อธิบายถึงกลไกที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพของบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม

### **ผลที่มีต่อสถานะทางสุขภาพของบุคคล**

ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมและการได้รับสนับสนุนทางสังคมกับสถานะสุขภาพของบุคคล มีสมมุติฐานว่าหากบุคคลได้รับการตอบสนองทางสังคมตามความจำเป็นพื้นฐานประกอบด้วย มีเพื่อนร่วมสังคมเดียวกัน มีความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน และได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมจนมีความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีสถานะสุขภาพที่ดีได้ ถึงแม้ว่าบุคคลดังกล่าวจะกำลังมีภาวะตึงเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตอยู่

### **ผลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ**

ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้างขวางจะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับบุคคล ทั้งในด้านการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพ การแสวงหาการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเมื่อหายเจ็บป่วยโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่า เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นผลสำเร็จในหลายประเด็น เช่น การลดละเลิกพฤติกรรมสูบบุหรี การลดความอ้วน (DiMatteo, 2004; Palmer, Baucom & McBride, 2000; Wing & Jeffery, 1999)

### **กลุ่มทางสังคมที่มีบทบาทหน้าที่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับบุคคล**

1. บทบาทหน้าที่ของครอบครัวครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Family support systems) ระดับพื้นฐานและเกิดขึ้นตามธรรมชาติ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกครอบครัวเป็นได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยความสัมพันธ์ทางบวกมักสะท้อนออกมาในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างเต็มที่ เกิดความรู้สึกร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ในขณะที่ความสัมพันธ์ทางลบนั้นมักเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว โดยเด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางลบ เช่น ตึงเครียดจากความยากจน พ่อแม่ใช้สารเสฟติดและเกิดความขัดแย้งส่งผลทำให้เด็กมีความเคารพนับถือในตนเองต่ำ มีความยึดหยุ่นในชีวิตน้อย และมีความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้อื่นน้อย ในขณะที่เด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกส่งผลทำให้เด็กมีทักษะความสามารถทางสังคม มีความสามารถในการสื่อสารอดทนต่อแรงกดดันหรือภาวะตึงเครียดทางสังคม และยอมรับนับถือคุณค่าในตนเองมากกว่าเด็กที่เติบโตในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางลบ (Wing & Jeffery, 1999) นอกจากนี้ จำนวนญาติสนิทและระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีความสัมพันธ์ในลักษณะแปรผกผันกับภาวะความตึงเครียดใน



กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น (Peek & Lin, 1999) และพบว่า ผู้ชายที่เป็นโสดและผู้ชายที่สูญเสียคู่ครองไปแล้ว มีอัตราการภาวะซึมเศร้าเรื้อรังสูงและมีอัตราฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ชายที่มีครอบครัวอยู่พร้อมหน้า (Wade & Kendler, 2000)

2. บทบาทหน้าที่ของกลุ่มเพื่อนระบบสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อน (Peers support systems) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันและมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลซึ่งมีข้อบ่งชี้ว่ามีอิทธิพลมากกว่าระบบสนับสนุนที่เป็นทางการ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2550) ทั้งนี้ เพราะกลุ่มเพื่อนมักเกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีคุณลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน และมักผลัดเปลี่ยนกันทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในเรื่องที่เคยมีประสบการณ์ตรงหรือมีบทเรียนชีวิตมาก่อน ส่วนใหญ่มักเป็นการให้การสนับสนุนในรูปแบบการสนทนาแบบตัวต่อตัว กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการติดต่อสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต

3. บทบาทหน้าที่ของกลุ่มผู้ประกอบการสนับสนุนทางสังคม โดยกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ (Professional support systems) เป็นระบบที่เป็นทางการที่กระทำโดยผู้ที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้าน และมีศักยภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากร ส่วนใหญ่ผู้ประกอบการวิชาชีพมักไม่ได้เป็นสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมเดียวกันกับบุคคลเป้าหมาย ดังนั้น จึงมักไม่ใช่ตัวเลือกแรก ๆ ที่บุคคลจะขอรับการสนับสนุนหรือขอความช่วยเหลือเมื่อประสบภาวะตึงเครียดในชีวิต หรืออาจต้องรอจนกว่าจะมั่นใจว่าจะไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ใกล้ตัวก่อนได้ (Heaney & Israel, 2008) นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพในฐานะของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการก็ยังคงเป็นความสัมพันธ์แบบหลวม ๆ ที่มักสิ้นสุดลงเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจในการให้ความช่วยเหลือแล้วแต่ครั้งแล้ว จึงมีความเข้าใจหรือความเห็นอกเห็นใจกันค่อนข้างต่ำ ดังนั้น ระบบการให้การสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ประกอบการวิชาชีพจึงเหมาะสำหรับการให้การสนับสนุนในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ หรือที่มีขอบเขตภารกิจและเป้าหมายที่แน่ชัด

สรุปทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) คือ สิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการและบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทจากครอบครัว บทบาทของกลุ่มเพื่อน และบทบาทกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพซึ่งบทบาทเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการการรักษาของผู้ป่วย

การตัดสินใจในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย นั้นมีการคำนึงถึงปัจจัยนอกเหนือจากความจำเป็นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แต่มีการคำนึงถึงความพร้อมในด้านอื่น ๆ เช่น ความพร้อมของผู้ดูแล ความพร้อมของหน่วยบริการในพื้นที่หน่วยบริการในระดับที่สูงกว่า และโรงพยาบาลเอกชน และความพร้อมด้านเวลาของผู้ป่วยเอง ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเพราะไม่ต้องเสียค่าบริการ มีความพร้อมในด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเป็นสถานบริการที่มีประวัติเดิมของตนอยู่ โดยไม่ได้มองว่าการรักษาฟรีนั้นมีคุณภาพหรือศักดิ์ศรีที่ต่ำกว่า อุปสรรคในการเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐ คือ ระยะเวลาที่โรงพยาบาลรัฐเปิดทำการ ไม่ตรงกับเวลาที่สะดวกในการเข้ารับบริการ และใช้เวลารอคิวตรวจนาน จึงมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งเลือกไปตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการเอกชนก่อนแล้วจึงมารับยาเพื่อรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลของรัฐและผู้ป่วยยังไม่ได้รับข้อมูลจากแพทย์ในลักษณะที่จะสามารถเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ (Shared decision making) ในการรักษาได้

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการมารับบริการทางสาธารณสุข ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการมีดังนี้ 1) ปัจจัยนำ(Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับบริการ ได้แก่ อายุ พบว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการกับแพทย์ทั่วไปมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง เพศ พบว่าเพศหญิงเข้ารับบริการมากกว่าเพศชาย การศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามักเข้ารับบริการน้อยกว่า ที่อยู่อาศัย พบว่าผู้ที่อาศัยในเมืองมักจะเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท 2) ปัจจัยจำเป็น (Need factors) พบว่า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีจะเข้ารับบริการมากกว่า 3) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) รายได้ พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมักเข้ารับบริการน้อยกว่า แต่บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาทางการเงินเข้าพบแพทย์มากกว่า ผู้ที่มีแพทย์หรือสถานพยาบาลประจำมักเข้ารับบริการน้อยกว่า (อุดมศักดิ์ แสงไว้ว, อภิชัย วรธนะพิศิษฐ์ และรัตติยา อักษรทอง, 2560)

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแผนสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561) ประเทศไทยภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน (Human Right) ในด้านการสาธารณสุขโดยประชาชนชาวไทยเกือบทั้งหมดของประเทศจะได้รับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลจากหนึ่งในสามระบบหลักตามสิทธิของตน คือ สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการทั้ง 3 ระบบนี้ ในกรณีที่มีการเกิดอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถได้รับสิทธิในการรับบริการไม่ต้องถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อนอย่างไรก็ตามยังมีประเด็นท้าทายที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ควรได้มีการผลักดันเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นทั้งในด้านการเข้ารับสุขภาพ (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557)

การพัฒนาคุณภาพของบริการและการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ (Health Equity) ของผู้อยู่ในหลักประกันสุขภาพที่ต่างกันตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปัจจุบัน ทั้ง 3 ระบบนี้ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนในสัดส่วนที่ต่างกัน ระบบสวัสดิการการรักษายาบาลของข้าราชการให้คุ้มครองแก่ตัวข้าราชการและรวมไปถึงครอบครัวอีกด้วย ซึ่งกลุ่มนี้มีประมาณ 5 ล้านคน ระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างหรือผู้ประกันตนมีประมาณ 10 ล้านคนในขณะที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนนอกเหนือจากสิทธิความคุ้มครองระบบสวัสดิการการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิระบบประกันสังคมซึ่งทั้ง 2 ระบบ มีจำนวนมากถึงประมาณ 48 ล้านคน ซึ่งเป็นข้อถกเถียงกันมานานเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต่างกันของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ เหล่านี้และเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว จึงขอเริ่มด้วยการอธิบายความหมายของคำว่า Health Equity หรือความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพหรือสามเหลี่ยมของการดูแลสุขภาพ (Iron Triangle of Healthcare) ความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (Health Equity) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม ชนชั้น เชื้อชาติ เศรษฐฐานะหรือถิ่นที่อยู่อาศัยได้รับการดูแลหรือเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้ โดยปราศจากซึ่งความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้หรือลดความเหลื่อมล้ำได้อีกทั้งหมายรวมถึง การปราศจากซึ่งการขัดต่อความยุติธรรมและสิทธิอันพึงได้ส่วนบุคคล (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557)

สิทธิในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของคนในชุมชนใดชุมชนหนึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ ค่าใช้จ่าย (Cost) คุณภาพการให้การดูแลรักษายาบาล (Quality) และ ความสะดวกในการเข้าถึงการดูแลรักษายาบาล (Access) ระบบที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการบริการและมีคุณภาพการบริการที่ดีย่อมต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง หากต้องการลดค่าใช้จ่าย อาจใช้วิธีลดคุณภาพหรือลดความสะดวกในการเข้ารับบริการ (เช่น โรงพยาบาล ปิดหออผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลารอเตียงนานขึ้น) ขณะเดียวกันคุณภาพการให้บริการจะลดลง หากการเข้าถึงบริการไม่สะดวกหรือกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายไว้ตามระบบการให้บริการด้านสุขภาพของแต่ละประเทศจึงอยู่ที่จุดสมดุลของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวเป็นจุดสมดุลที่ประชาชนหรือสมาชิกในชุมชนนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับบริการที่มีคุณภาพระดับหนึ่งและมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมในการกำหนดจุดสมดุลของระบบการดูแลสุขภาพของสมาชิกของชุมชนหรือประชาชนของประเทศใดประเทศหนึ่งนั้น นโยบายด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ ซึ่งต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพและความรุนแรงของปัญหาตลอดรวมถึงระบบการให้บริการ (สถานที่ให้บริการ บุคลากรที่ให้บริการ เทคโนโลยีด้านการดูแลสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการเบิกจ่าย ฯลฯ) (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557)

ตาราง 2 แสดงความแตกต่างของระบบการดูแลสุขภาพ

	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกัน สุขภาพ ถ้วนหน้า	แรงงานต่าง ด้าว	พนักงาน ส่วนท้องถิ่น	ข้าราชการ กรุงเทพฯ
ลักษณะ	สวัสดิการ	ประกันภาค บังคับ	สวัสดิการ	ประกันภาค บังคับ	สวัสดิการ	สวัสดิการ
หน่วยงาน กำกับดูแล	กรมบัญชีกลาง	สนง.ประกัน สังคม	สปสช.	สนง. สาธารณสุข จังหวัด	สนง. สาธารณสุข จังหวัด	กองบำเหน็จ บำนาญ สนง. คลัง กทม.
กระทรวง สังกัด	กระทรวงการคลัง	กระทรวง แรงงาน และ สวัสดิการ สังคม	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง มหาดไทย	กระทรวง มหาดไทย	กระทรวง มหาดไทย
แหล่งเงิน	งบประมาณ แผ่นดิน	ลูกจ้าง/ นายจ้าง/รัฐ	งบประมาณ แผ่นดิน	งบประมาณ แผ่นดิน	งบประมาณ แผ่นดิน	งบประมาณ แผ่นดิน
วิธีจ่าย ค่าบริการ	จ่ายตามจริง	เหมาจ่าย	เหมาจ่าย	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง	จ่ายตามจริง

ที่มา: ประสิทธิ์ วัฒนภา, 2557

### 1. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการโดยมีประเด็นดังนี้

1.1 ประชาชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ไร้สัญชาติและกลุ่มผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่ก้นดาร์ซึ่งมีอุปสรรคในการติดต่อกับสถานที่ราชการไม่มีบัตรประชาชนจึงไม่มีสิทธิในการได้รับหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกจากนี้ยังขาดความชัดเจนในทางปฏิบัติเกี่ยวกับหลักฐานจำเป็นที่ต้องแสดงเมื่อเข้ารับบริการ

1.2 ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนยังคงมีปัญหาในการรับภาระด้านการเดินทางและค่าเสียโอกาสจากการต้องหยุดงานเมื่อประสงค์จะเข้ารับบริการสาธารณสุขจึงไม่สามารถเข้ารับบริการได้แม้จะเข้าถึงหลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3 โครงสร้างของปัญหาการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับปัญหาในมิติอื่น ๆ เช่น การคมนาคมขนส่ง การเมืองการปกครอง ซึ่งเกี่ยวพันกับภารกิจของหน่วยงานอื่นและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

1.4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจึงจำเป็นต้องพัฒนาโอกาสและช่องทางการเข้ารับบริการควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้ารับบริการที่ปัจจุบันได้รับการรับรองตามกฎหมาย (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557)

สรุปการเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงไม่บริการสาธารณสุข ได้แก่ 1) ประชาชนบางกลุ่มไร้สัญชาติอาศัยในพื้นที่ก้นดง มีอุปสรรคในการติดต่อสถานที่ราชการ 2) ประชาชนมีฐานะยากจน มีปัญหาด้านเดินทางและค่าเสียโอกาสจากการหยุดงาน 3) ปัญหาหลักการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพเชื่อมโยงหลายด้าน เช่น การคมนาคมขนส่ง การเมืองซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข 4) การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจจำเป็นต้องพัฒนาช่องทางการเข้ารับบริการควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้ารับบริการ

## 2. ความเท่าเทียมของคุณภาพบริการ

2.1 คุณภาพประเภทของบริการที่ได้รับยังมีความเหลื่อมล้ำและความล่าช้าของการได้รับบริการยังคงเป็นปัญหาสำคัญตลอดจนรูปแบบและสัดส่วนการสมทบเข้ากองทุนยังคงมีความแตกต่างกันตามแต่ละระบบประกันสุขภาพ

2.2 ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการและยาที่ได้รับการกระจายจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขปริมาณและคุณภาพของครุภัณฑ์ทางการแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท และระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ

2.3 ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข

2.4 หลักประกันสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการรับรองการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานตามที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีโครงสร้างที่แตกต่าง จากสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ กล่าวคือ ระบบสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลอยู่ในรูปของสวัสดิการของข้าราชการที่มีฐานเงินเดือนต่ำกว่าผู้ประกอบการอาชีพในภาคเอกชนและระบบประกันสังคมที่ผู้ได้รับสิทธิและนายจ้างต้องจ่ายสมทบเข้ากองทุน (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557)

สรุปความเท่าเทียมของคุณภาพบริการพบว่ายังมีความเหลื่อมล้ำในหลาย ๆ ด้านได้ ได้แก่ 1) ความเหลื่อมล้ำคุณภาพบริการ ความล่าช้าของการได้รับบริการ 2) ความเหลื่อมล้ำคุณภาพของยา ระหว่างเขตเมืองและชนบท ภาครัฐและเอกชน 3) ประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข 4) ระบบสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมีสิทธิประโยชน์ใน

การรักษาพยาบาลอยู่ในรูปของสวัสดิการของข้าราชการที่มีฐานเงินเดือนต่ำกว่าผู้ประกอบการอาชีพในภาคเอกชนและระบบประกันสังคม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พลวิชัย ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2557) ได้ศึกษา ประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีประสบการณ์ที่สะท้อนเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองและปัจจัยขัดขวางที่มีผลต่อการดูแลการเจ็บป่วยของตนเอง ดังนี้ ปัจจัยการสนับสนุนดูแลตนเอง ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2) การได้รับความช่วยเหลือและกำลังใจจากคนใกล้ชิดโดยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อนและบุคลากรสุขภาพทำให้มีกำลังใจในการดูแลตนเอง 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดความกลัว เมื่อเห็นผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นหลอดเลือดในสมองแตก และเป็นอัมพาต ความกลัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพอย่างดีและต่อเนื่อง 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาหลายปีจึงทราบวิธีการดูแลตนเองมากกว่าตอนเริ่มป่วย 5) การรับบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเลือกการไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูงโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทาง

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพด้านความสะดวกสถานที่ในการให้บริการสุขภาพและด้านข้อมูลที่ได้รับจากการรับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

สุจิตรา พิทักษ์ (2558) ได้ศึกษาผลของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยเกษตรกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านใหม่หนองหอย อำเภอตอสูง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองหอย โดยผู้ป่วยมีการให้เหตุผลมากกว่า 1 ข้อ นั้น ซึ่งมีการเรียงลำดับเหตุผลจากมากไปน้อยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าถึงร้อยละ 90 เลือกมารับบริการ เพราะมีการที่เดินทางสะดวก เป็นสถานบริการประจำตามบัตรทอง มีการบริการที่ตี/รวดเร็ว เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดี สถานที่สะดวกสบายและถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อ ตามลำดับ

ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราการมารับบริการพยาบาลใน รพ.สต. เครือข่ายสุขภาพเขาย้อย มารับบริการทุกครั้งตามนัด ร้อยละ 42.50 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 62.78 ปี มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนและเป็นผู้ที่ไม่มียาหรือว่างงานมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดและมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.68 ปี ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่ไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาท มีระยะทางจากบ้านถึง รพ.สต.เฉลี่ย 1.67 กิโลเมตรใช้ระยะเวลาการเดินทางจากบ้านถึง รพ.สต. เฉลี่ย 11.35 นาที การเดินทางส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวมากที่สุด มีคะแนนการรับรู้คุณภาพบริการและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ด้าน โดยการรับรู้ประโยชน์ของการไปรักษาที่ รพ.สต. มีคะแนนสูงสุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนอยู่ในระดับสูง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีคะแนนน้อยที่สุด 3) สิทธิการรักษา รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการเดินทางจากบ้านถึง รพ.สต.มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการรับรู้คุณภาพบริการด้านการให้บริการการดูแลสุขภาพองค์รวม การดูแลต่อเนื่องความพร้อมของสถานที่/ต่ออุปกรณ์การแพทย์และบุคลากร ความมั่นใจในการให้บริการของ รพ.สต.และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน รพ.สต.เครือข่ายสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จุฑารัตน์ มากคงแก้ว, เอนก มุ่งอ้อมกลาง และอัญชุลี พรวนกระ โทก (2561) ได้ศึกษาความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ในกลุ่มวัยทำงานภายใต้สิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา 2561 พบว่า การวิเคราะห์ประเด็นการเข้าถึงระบบบริการและรูปแบบของระบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ใช้แรงงานในระบบประกันสังคมที่ตอบสนองต่อลักษณะการทำงานกับหน่วยบริการทางการแพทย์กลุ่มพนักงานผู้ประกันตนที่เคยมารับบริการและรับการรักษาความดันโลหิตสูงแต่ไม่ต่อเนื่องจำนวน 10 คน สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีคลินิกโรคความดันนอกเวลาและแพทย์หมุนเวียนทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่อง ถูกตำหนิเนื่องจากไม่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดัน ร้อยละ 80 ไม่มีอาการของโรคความดันร้อยละ 90 และไม่สามารถกลางานมาเข้าร่วมคลินิกโรคความดันได้ ร้อยละ 80 กลุ่มพนักงานที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 2 ปีและยังไม่เคยเข้ารับรักษาจำนวน 10 คน พบสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากมีความยุ่งยากในการกลางานเพื่อเข้ารับการรักษาเกี่ยวข้องกับการสูญเสียรายรับมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและยังไม่รู้สึกว่าจะตัวเองเจ็บป่วยจึงไม่มีความจำเป็นต้องรักษาและการมีคลินิกโรคความดัน

โลหิตสูงนอกเวลามีผลดีกับกลุ่มวัยงานที่ไม่ต้องทำงานและไม่เสียรายได้จากทำงาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงนอกเวลาจึงส่งผลต่อการเข้ามารับบริการที่มากขึ้นของกลุ่มวัยทำงาน

บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสพการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีประสพการณ์เชิงบวกในจุดต่าง ๆ ของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) ห้องการเงินซึ่งมีการปรับให้ชำระเงินด้วยบัตรประชาชนทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการชำระเงินโดยไม่ต้องแสดงบัตรสิทธิการรักษาต่าง ๆ ใช้เพียงบัตรประชาชนก็สามารถตรวจสอบสิทธิและชำระเงินได้ 2) ห้องจ่ายยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการจ่ายยากับเภสัชกรอย่างรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยมีประสพการณ์ที่ดีในการเข้ารับบริการ ประสพการณ์เชิงลบ ได้แก่ จุดตรวจโรค ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจนานส่งผลต่อทำให้ผู้ป่วยมีประสพการณ์การเข้ารับการรักษาที่ไม่ดีส่งผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วย

พิลาวัฏฐ์ ภูระธีรานรัชต์ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ระดับสูงและมีผลกับพฤติกรรมสุขภาพและการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง เพราะปัจจุบันมีช่องทางการแสวงหาความรู้จากสื่อต่าง ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แล้วเกิดการพัฒนาด้านความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีผลต่อการมารับบริการ ด้านการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูง มีการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการตามนัด การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตไม่สูงมากและไม่มีการแทรกซ้อนอีกทั้งยังได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยคิดว่าการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเรื่องยาก การควบคุมอาหารเป็นภาระของครอบครัวในเตรียมอาหารอีกทั้งการงดรับประทานอาหารรสเค็มเป็นการถูกบังคับ

เอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน พบว่า พฤติกรรมรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด มีปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) คือ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพและความรู้ ความเข้าใจ ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้แจ้งสูงมีพฤติกรรมมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะว่าพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่มีลักษณะการคมนาคมในพื้นที่ค่อนข้างสะดวก ทำให้มีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขได้ง่ายและมี



เดินทางมาตรวจตามนัดได้ง่ายเช่นกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาอยู่ในพื้นที่และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ผู้ป่วยจึงคุ้นเคยกับระบบนัด ใบนัด ข้อมูลและระบบการมารับบริการในการมาติดต่อรับการรักษา อีกทั้งอาจได้รับกำลังใจ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และญาติใส่ใจดูแลเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง

Mwenda, Kirigia, Kamweru & Gitonga (2021) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของเขต Imenti ทางตอนเหนือของประเทศเคนยา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาจะแสวงหาหรือไปรับบริการในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างแรง มองเห็นลำบาก ในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับประทานยา เพราะค่ายาค่อนข้างสูง ไม่มีเงินสำหรับค่ายาและระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการจากบ้านและสถานบริการอยู่ห่างไกล จึงใช้เวลาในการเดินทางนาน ทำให้เป็นอุปสรรคส่วนหนึ่งในการที่จะเข้ารับบริการ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการเข้ารับบริการ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ พบว่า เพศหญิงมีความใส่ใจในสุขภาพมากกว่าชายเพศชายจึงมีการแสวงหาความรู้ในด้านต่าง ๆ จึงส่งผลให้มีการเข้ารับบริการสถานภาพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสามีหรือภรรยาเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน เมื่อทราบว่าบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ทั้งสามีภรรยาที่มีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้มีการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและต่างฝ่ายต่างสนับสนุนให้เข้ารับบริการต่อไป อายุ อายุที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและการรับรู้การมาใช้บริการที่แตกต่างกัน อีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลกับการเข้ารับบริการ คือ ผู้ให้บริการมีความเข้าใจ มีน้ำใจ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ

Bigdeli et al. (2016) ได้ศึกษาการเข้าถึงการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชนบทกัมพูชาประสิทธิภาพของโครงการคุ้มครองสุขภาพทางสังคม พบว่า แผนการคุ้มครองสุขภาพทางสังคมหลักในกัมพูชามีกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่อยู่ในชนบทที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงทางการเงินสำหรับค่ายาในการรักษา ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อจึงต้องพึ่งพาตนเองโดยการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ร้านค้าเพื่อรับการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยสถานบริการสาธารณสุขควรมีการปรับแผนคุ้มครองเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพื่อเป็นการลดรายจ่ายค่ายาที่ผู้ป่วยต้องไปใช้บริการที่ร้านค้า ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานบางกลุ่มเลือกเข้ารับบริการ สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านเป็นสถานบริการประจำ เพราะความสะดวกสบายและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ควรมีการส่งเสริมให้คำแนะนำร่วมกับให้ชุมชนมีส่วนร่วมที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพทั่วไปหรือการเข้าถึงยารักษาโรคของสถานบริการสาธารณสุขได้ง่ายขึ้น

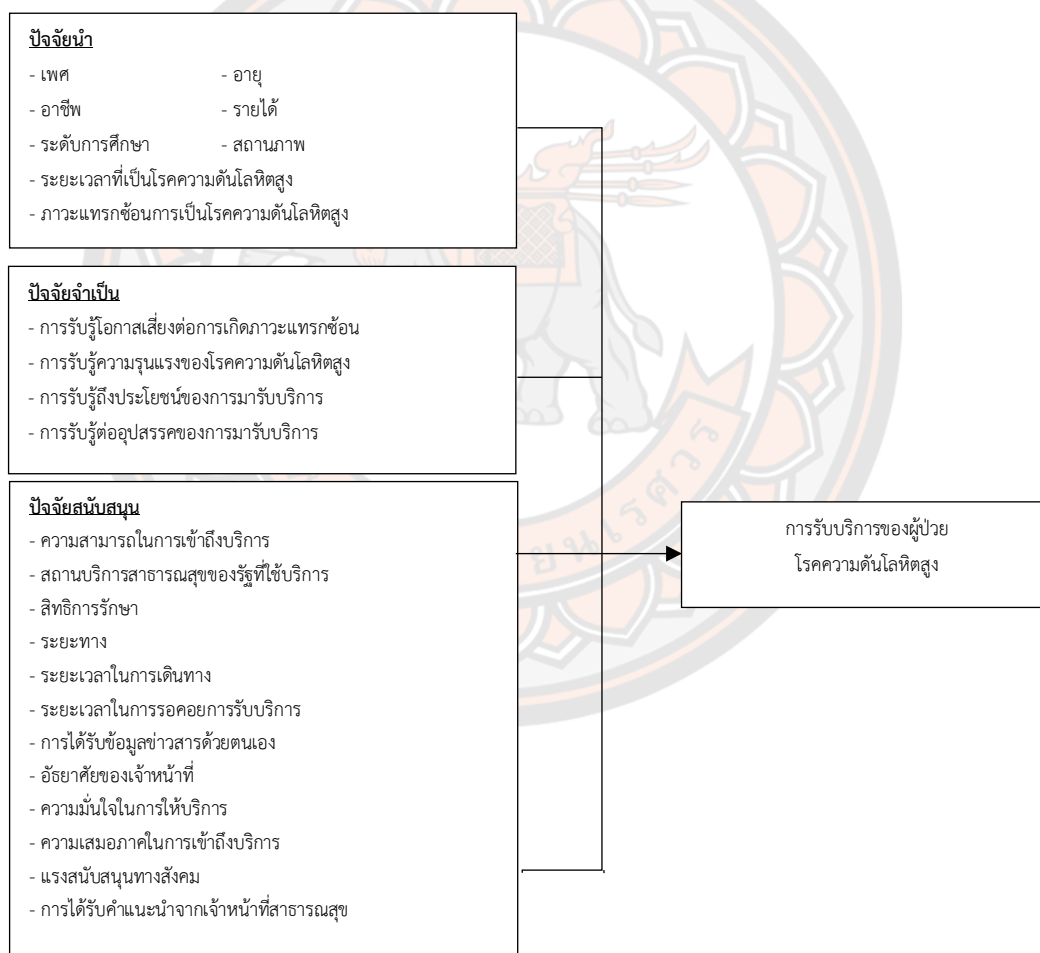
Legido-Quigley et al. (2019) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพเพื่อการจัดการโรคความดันโลหิตสูงในชนบทของบังคลาเทศ ปากีสถานและศรีลังกา พบว่า 1) เพศชายและเพศหญิงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล มีความตระหนักและวิตกกังวลในผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีระยะเวลาการป่วยที่น้อยกว่า 5 ปี หรือมีระยะเวลาการป่วยนาน ๆ ผู้ป่วยจะมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปากีสถาน ซึ่งการมีความรู้ที่ดีมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและทำให้มารับบริการ 2) แหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ ผู้ป่วยทราบข้อมูลข่าวสารของสถานบริการได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน แพทย์ และเภสัชกรที่ให้ข้อมูลไว้ ผู้ป่วยบางรายมีความรู้เดิมได้มาจากประสบการณ์ส่วนตัว จากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อทางเลือกในการเข้ารับการรักษา 3) ความสามารถในการเข้าถึงและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบปัญหาในการเข้าถึงบริการการรักษา คือ การขาดบริการในท้องถิ่น การคมนาคมไม่สะดวก การเดินทางใช้ระยะเวลานาน การรอคอยในการรับบริการมีระยะเวลานาน รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเข้ามาใช้บริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในบังคลาเทศ ปากีสถานและศรีลังกา

Choi & Kim (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพระหว่างปี 2010 ถึง 2012 ในเกาหลีใต้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของ Aderson พบว่า ระบบรักษาทางการแพทย์ในเกาหลีประสบความสำเร็จในระยะเวลาอันสั้น แต่การรักษาที่ยังไม่มีความเท่าเทียมกัน ส่วนหนึ่งเกิดจากความเท่าเทียมกันของรายได้ ทำให้การใช้บริการด้านสุขภาพไม่ได้เกิดขึ้น การเห็นความสำคัญของการเข้ารับบริการเพื่อดูแลสุขภาพจึงมีความสำคัญน้อย ประชากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจและการแสวงหารายได้ การเข้ารับบริการแต่ละครั้งต้องมีสาเหตุการเจ็บป่วยมีอาการความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพ มีผลต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพ เนื่องจาก ประชากรบางกลุ่มที่มีอาชีพและมีรายได้ค่อนข้างสูงก็สามารถเลือกสถานบริการของภาครัฐและเอกชนเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพและพบว่า ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ไม่สัมพันธ์กับการใช้เข้ารับบริการด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เดินทางสะดวก เป็นหน่วยบริการประจำตามบัตรทอง บริการดี รวดเร็ว เจ้าหน้าที่อภัยาศัยดี สถานที่สะดวกสบาย (สุจิตรา พิทักษ์, 2558) ไม่มีคลินิกความดันโลหิตสูงนอกเวลา สิทธิการรักษา ระยะทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์, 2562) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (ทินุชา ทันวงศ์ และคณะ, 2559) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตาม

การรักษา (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์, 2562) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ในการเดินทางถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ความมั่นใจในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ, 2559) ระยะเวลาในการรอคอยการตรวจงาน (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ, 2561) ได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจและการใส่ใจจากญาติ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพและความรู้ ความเข้าใจ (เอกชัย ชัยยาทา และคณะ, 2563)

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 12,637 คน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์, 2564)

#### การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้สูตรคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร (Finite Population Mean) จากสูตรการหาขนาดตัวอย่าง (Daniel, 2018) มีสูตร ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

เมื่อกำหนดให้

$n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 12,637 คน

$\sigma^2$  = ความแปรปรวนการมารับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการมารับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง = 0.51) ดังนั้น  $\sigma^2 = 0.2601$  (ทีนุชา ทั่นวงศ์ และคณะ, 2559)

$Z_{1-\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ ) สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Confidence Coefficient) ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด ( $1-\alpha = 95\%$ ,  $\alpha = 0.05$ ,  $\sigma^2 \alpha/2 = 1.96$ )

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรสมการ

$$n = \frac{12,637(0.51)^2(1.96)^2}{(0.05)^2(12,637-1) + (0.51)^2(1.96)^2}$$

n = 388 คน

ผู้วิจัยใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 388 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและตัวอยู่จริงและมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบและมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารด้วยการพูดการฟัง และการเขียนด้วยภาษาไทยได้
4. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาโดยมีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในขณะที่เก็บข้อมูล
2. เป็นผู้ที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

#### การคำนวณสัดส่วน

การคัดเลือกโดยการคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรตามสถานบริการสาธารณสุข รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนใน  
เขตรับผิดชอบอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

รพ.สต.	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
รพ.สต.คลองละมุง	323	10
รพ.สต.บ้านดารา	400	12
รพ.สต.บ้านเกาะ	602	18
รพ.สต.บึงท่ายวน	656	20
รพ.สต.ไร่ฮ้อย	675	21
รพ.สต.นาอิน	743	23
รพ.สต.บ้านโคน	853	26
รพ.สต.คอรุ่ม	1,045	32
รพ.สต.พญาแมน	1,060	33
รพ.สต.ท่ามะเฟือง	1,061	33
รพ.สต.บ้านหม้อ	1,229	38
รพ.สต.ท่าสัก	1,272	39
โรงพยาบาลพิชัย	1,328	41
รพ.สต.นาayang	1,390	43
<b>รวม</b>	<b>12,637</b>	<b>388</b>

#### การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random ) โดยเรียงลำดับเลขการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ถูกขึ้นทะเบียนจากสถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ มีรายละเอียด ดังนี้

$$\text{จากสูตร } I = \frac{N}{n}$$

เมื่อ

I = ช่วงของการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Interval)

N = จำนวนประชากร

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

1. จับฉลากเพื่อเริ่มลำดับแรก
2. ผู้วิจัยนำทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนจากสถานบริการสาธารณสุขมาจัดเรียงลำดับเลขและใช้เป็นกรอบในการสุ่มตัวอย่าง
3. จากนั้นนำค่าระยะห่างที่คำนวณได้ ทุกช่วง | มากำหนดช่วงในการสุ่ม
4. ผู้วิจัยกำหนดเลขตั้งต้นการสุ่ม สุ่มทุก ๆ ช่วง | เอามา 1 คน ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มต่อไปจนได้ครบ 388 คน

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

#### ตัวแปรต้น

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นความดันโลหิตสูง

ปัจจัยจำเป็น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการ

ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ สิทธิการรักษา ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ในการเดินทางถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง อธิยาศัยของเจ้าหน้าที่ ความมั่นใจในการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

#### ตัวแปรตาม

ได้แก่ การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยนำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับความคิดของผู้ตอบมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับความคิดของผู้ตอบมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับความคิดหรือมีบ้างบางครั้ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับความคิดของผู้ตอบมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับความคิดของผู้ตอบมากที่สุด

กำหนดค่าคะแนนระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึกในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับต่ำและระดับสูง พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ดังนี้ (McLachlan & Whiten, 2000)

โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ระดับดังนี้

ช่วงคะแนน	หมายถึง
ต่ำ < $\bar{X}$	การรับรู้ต่ำ
สูง > $\bar{X}$	การรับรู้สูง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเป็นคำถามตรวจสอบคำตอบและเติมคำ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านความมั่นใจในการให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านอรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 ข้อ และเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ คือ ประจํา บางครั้ง ไม่เคย



ตัวเลือก	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคย	1 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับต่ำและระดับสูง พิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ดังนี้ (McLachlan & Whiten, 2000)

ช่วงคะแนน	หมายถึง
ต่ำ $< \bar{X}$	ได้รับปัจจัยสนับสนุนต่ำ
สูง $> \bar{X}$	ได้รับปัจจัยสนับสนุนสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ จำนวน 1 ข้อ คำตอบเป็นจำนวนครั้งที่มารับบริการ/ปี

กำหนดค่าคะแนนในการแปลผล ดังนี้	
มารับบริการครบ 2 ครั้งหรือมากกว่า	ให้ 1 คะแนน
ไม่มารับบริการและมารับบริการ 1 ครั้ง	ให้ 0 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัจวนสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสน่ห์ แสงเงินและนายภฤศภณ เทพอินทร์ เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถามและสอดคล้องกับนิยามของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์แต่ละข้อ และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item- Objective Consistency: IOC) โดยมีเกณฑ์กำหนดมากกว่า 0.5 ขึ้นไป และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561)

ให้ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่มีความสอดคล้อง

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากสูตรคำนวณ ดังนี้ (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561)

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

เมื่อ		
IOC	คือ	ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม
$\sum R$	คือ	ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
N	คือ	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอปากท่า จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีเกณฑ์กำหนดไม่ต่ำกว่า 0.7 โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบสอบถามแต่ละส่วนมีความเที่ยง ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 0.76
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.78
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการ ติดตามการรักษา เท่ากับ 0.86
- การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา เท่ากับ 0.88
- ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เท่ากับ 0.71
- การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง เท่ากับ 0.76
- อธยาศัยของเจ้าหน้าที่ เท่ากับ 0.71
- ความมั่นใจในการให้บริการ เท่ากับ 0.90
- ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เท่ากับ 0.73
- แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.87
- การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 0.87

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข P2-0411/2564 เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2566 และดำเนินการตามแนวทาง คือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและกระบวนการวิจัย ประโยชน์และความปลอดภัย ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้เมื่อต้องการและให้เซ็นยินยอมเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามโดยจะไม่มีภาระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิษณุ เพื่อประสานงานในการเก็บข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้
3. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ในการศึกษาวิจัย

### ขั้นดำเนินการ

4. ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยเก็บแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ชี้แจงแบบสอบถาม ฝึกการใช้แบบสอบถามเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกันและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อ เป็นเพียงการลงรหัสเป็นตัวเลขเท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาและเป็นแนวทางในการพัฒนางาน ซึ่งไม่สามารถสืบค้นได้ว่าคนใดเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์ และจัดเก็บไว้ในที่มิดชิด มีความปลอดภัย ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ ปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น ปัจจัยสนับสนุน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ

Binary Logistic Regression Analysis

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยจำเป็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน และแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 388 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษาสามารถแบ่งได้ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยนำ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยจำเป็น

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุน

ส่วนที่ 4 ผลการศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

#### ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยนำ

จากการศึกษา ข้อมูลปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ, อายุ, อาชีพ, รายได้, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง แสดงดังตาราง 4 มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยนำ

ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	136	35.05
หญิง	252	64.95
<b>อายุ</b>		
18-29 ปี	5	1.29
30-39 ปี	16	4.12
40-49 ปี	69	17.78
50-59 ปี	123	31.70
60-69 ปี	118	30.41
70-79 ปี	45	11.60
80-89 ปี	12	3.10
(Mean = 57.54, SD. = 11.334, Min = 19, Max = 85)		
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	11.86
เกษตรกรกรรม	208	53.61
ค้าขาย	30	7.73
รับจ้างทั่วไป	70	18.04
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	2.84
ธุรกิจส่วนตัว	11	2.84
พนักงานบริษัทเอกชน	2	0.52
นักเรียน/นักศึกษา	3	0.77
แม่บ้าน	7	1.79

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	235	60.56
5,000-10,000 บาท	116	29.90
มากกว่า 10,000 บาท	37	9.54
(Mean = 6403.09, SD. = 6605.052, Min = 500, Max = 50,000)		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	22	5.67
ประถมศึกษา	250	64.43
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	49	12.63
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ปวช.	40	10.31
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.29
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	20	5.15
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.52
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	37	9.54
คู่	280	72.16
หย่า/แยก	21	5.41
หม้าย	50	12.89
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	165	42.53
6-10 ปี	151	38.92
11-20 ปี	65	16.75
มากกว่า 20 ปี	7	1.80
(Mean = 7.95, SD. = 5.392, Min = 1, Max = 40)		

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยนำ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>		
ไม่มี	175	45.10
มี <sup>a</sup> เช่น	213	54.90
หัวใจวาย	19	8.92
หลอดเลือดในสมองแตก	33	15.49
อัมพฤกษ์	45	21.13
อัมพาต	15	7.04
ไตวายเรื้อรัง	57	26.76
ประสาทตาเสื่อม	32	15.02
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง	11	5.16
อื่น ๆ	1	0.47

a ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.95 มีอายุเฉลี่ย 57.54 ปี อายุสูงสุด 85 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.70 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.41 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.61 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 18.04 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.57 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 29.90 ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.43 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ร้อยละ 12.63 ส่วนใหญ่มีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 72.16 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 12.89 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.95 ปี ส่วนใหญ่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.53 รองลงมาป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 38.92 และส่วนใหญ่มิภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 54.90 ซึ่งพบมากที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนเป็นไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 26.76 รองลงมาภาวะแทรกซ้อนเป็น อัมพฤกษ์ ร้อยละ 21.13 และโรคประสาทตาเสื่อม ร้อยละ 15.02 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาปัจจัยจำเป็น

จากการศึกษา ข้อมูลปัจจัยจำเป็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง, การรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการและการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา แสดงดังตาราง 5-12

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ	97 (25.00)	205 (52.84)	67 (17.27)	17 (4.38)	2 (0.52)
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัวประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้ง่ายกว่าคนปกติ	68 (17.53)	188 (48.45)	105 (27.29)	25 (6.44)	2 (0.52)
3. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ง่ายกว่าคนปกติ	133 (34.28)	217 (55.93)	34 (8.76)	2 (0.52)	2 (0.52)
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ	105 (27.06)	223 (57.47)	53 (13.66)	5 (1.29)	2 (0.52)
5. การมีระดับค่าความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ/แตกได้ง่ายกว่าคนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ	151 (38.92)	213 (54.90)	20 (5.15)	2 (0.52)	2 (0.52)



จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 5 การมีระดับค่าความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ/แตกได้ง่ายกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 38.92 รองลงมา คือ ข้อ 3 การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ง่ายกว่าคนปกติ ร้อยละ 34.28 ส่วนข้อที่เห็นด้วยอย่างยิ่งน้อยที่สุด คือ ข้อ 2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัวประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้ง่ายกว่าคนปกติ ร้อยละ 17.53

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง	314	80.93
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ	74	19.07
(Mean = 20.37, SD. = 2.739, Min = 5, Max = 25)		

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 80.93 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 19.07

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1. โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัม พฤกษ์ อัมพาตส่งผลต่อการขาด รายได้ของครอบครัว	176 (45.36)	187 (48.20)	14 (3.61)	9 (2.32)	2 (0.52)

ตาราง 7 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
	(5)	(4)	(3)		(1)
2. โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัม พฤกษ์ อัมพาตจะเพิ่มภาระในการ ดูแลให้ครอบครัว	183 (47.16)	181 (46.65)	11 (2.84)	10 (2.58)	3 (0.77)
3. โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ก่อให้เกิด ความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ	129 (33.25)	202 (52.06)	37 (9.54)	17 (4.38)	3 (0.77)
4. โรคความดันโลหิตสูงหากหลุด เลือดในสมองแตกอาจทำให้ เสียชีวิตได้	171 (44.07)	191 (49.23)	20 (5.15)	6 (1.55)	0 (0.00)
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้า ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตด้วย โรคหัวใจวายมากกว่าคนปกติ	101 (26.03)	200 (51.55)	80 (20.62)	7 (1.80)	0 (0.00)

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 2 โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตจะเพิ่มภาระในการดูแลให้ครอบครัว ร้อยละ 47.16 รองลงมา คือ ข้อ 1 โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตส่งผลต่อการขาดรายได้ของครอบครัว ร้อยละ 45.36 และข้อที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ 2. โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตจะเพิ่มภาระในการดูแลให้ครอบครัว ร้อยละ 0.77 และ ข้อ 3 โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ร้อยละ 0.77

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงสูง	300	77.32
การรับรู้ความรุนแรงต่ำ	88	22.68

(Mean = 21.22, SD. = 2.675, Min = 10, Max = 25)

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 77.32 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 22.68

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษา จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
1. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำต่อเนื่องจะช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติ เช่น หลอดเลือดในสมองแตกซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันโรคและแก้ไขปัญหามาสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	135 (34.79)	229 (59.02)	20 (5.15)	4 (1.03)	0 (0.00)
2. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงทำให้ได้รับความรู้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องและเหมาะสม	170 (43.81)	195 (50.26)	23 (5.93)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. การมารับบริการตรวจวัดความดันโลหิตจะทำให้ทราบผลระดับความดันโลหิตเพื่อให้แพทย์ปรับยา/ลดยาให้เหมาะสมกับภาวะโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	178 (45.88)	182 (46.91)	26 (6.70)	1 (0.26)	1 (0.26)

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับ บริการติดตามการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสม	170 (43.81)	198 (51.03)	20 (5.15)	0 (0.00)	0 (0.00)
5. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคความดันโลหิตจะทำให้ท่าน สามารถพูดคุยวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในการควบคุมโรคของท่านได้ทำให้ได้มี ส่วนร่วมในการวางแผนรักษาพยาบาล ตนเอง	137 (35.31)	217 (55.93)	26 (6.70)	8 (2.06)	0 (0.00)

จากตาราง 9 พบกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษาที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ ข้อ 3 การมารับบริการตรวจวัดความดันโลหิตจะทำให้ทราบผลระดับความดันโลหิตเพื่อให้แพทย์ปรับยา/ลดยาให้เหมาะสมกับภาวะโรคโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 45.88 รองลงมา คือ ข้อ 2 การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงทำให้ได้รับความรู้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องและเหมาะสม ร้อยละ 43.81 และ ข้อ 4 การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ร้อยละ 43.81 ส่วนข้อที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษาที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดน้อยที่สุดคือข้อ 1. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำต่อเนื่องจะช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติ เช่น หลอดเลือดในสมองแตกซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 34.79

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษา

ระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษาสูง	262	67.53
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษาต่ำ	126	32.47
(Mean = 19.18, SD. = 1.723, Min = 14, Max = 24)		

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับบริการติดตามการรักษา ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.53 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 32.47

ตาราง 11 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษา รายข้อ จำแนกเป็นรายข้อ (n = 388)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ระยะเวลาในการมารับบริการในคลินิก					
โรคความดันโลหิตสูงแต่ละครั้งใช้เวลานาน	57	160	56	95	20
ทำให้ท่านรู้สึกเสียเวลารอคอย	(14.69)	(41.24)	(14.43)	(24.48)	(5.15)
2. การให้บริการต่าง ๆ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีขั้นตอนมากมายทำให้ท่านรู้สึกเกิดความยุ่งยาก	51	126	74	110	27
	(13.14)	(32.47)	(19.07)	(28.35)	(6.96)
3. เจ้าหน้าที่ดำหน้าที่ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทำให้ท่านไม่สบายไปรับบริการ	35	98	41	135	79
	(9.02)	(25.26)	(10.57)	(34.79)	(20.36)
4. เจ้าหน้าที่ดำหนิเมื่อท่านมารับบริการไม่ตรงตามนัดทำให้ท่านไม่สบายไปรับบริการ	52	116	52	126	42
	(13.40)	(29.90)	(13.40)	(32.47)	(10.82)

ตาราง 11 (ต่อ)

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการ ติดตามการรักษา	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. ท่านไม่มีคนไปส่งรับบริการที่คลินิกโรค ความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านขาดการรักษา ต่อเนื่อง	35 (9.02)	117 (30.15)	29 (7.47)	122 (31.44)	85 (21.91)

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษา เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ ข้อ 1 ระยะเวลาในการมารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงแต่ละครั้งใช้เวลานานทำให้ท่านรู้สึกเสียเวลารอคอย ร้อยละ 14.69 รองลงมา คือ ข้อ 4 เจ้าหน้าที่ตำหนิเมื่อท่านมารับบริการไม่ตรงตามนัดทำให้ท่านไม่ยอมไปรับบริการ ร้อยละ 13.40 ส่วนข้อที่มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษาที่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดน้อยที่สุดคือข้อ 3. เจ้าหน้าที่ตำหนิที่ท่านควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ทำให้ท่านไม่ยอมไปรับบริการ ร้อยละ 9.02 และข้อ 5. ท่านไม่มีคนไปส่งรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ท่านขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 9.02

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษา

ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการ ติดตามการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษาสูง	326	84.02
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษาต่ำ	62	15.98
(Mean = 15.04, SD. = 3.566, Min = 8, Max = 25)		

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการรับบริการติดตามการรักษาอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 84.02 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 15.98

### ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยสนับสนุน

จากการศึกษา ข้อมูลปัจจัยสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ, สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ, สิทธิการรักษา, ระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง, ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการ, การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง, อัจฉาศัยของเจ้าหน้าที่, ความมั่นใจในการให้บริการ, ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ, แรงสนับสนุนทางสังคมและการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการได้ด้วยตนเองหรือมีคนพาไปส่ง	309 (79.64)	69 (17.78)	10 (2.58)
2. โรงพยาบาล/รพ.สต.มีช่องทางด่วนที่สะดวกต่อการไปบริการของท่าน	318 (81.96)	66 (17.01)	4 (1.03)
3. สถานที่รับบริการมีความสะดวก สะอาด ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการหรือมีคนพาไปรับบริการได้อย่างสะดวก	345 (88.92)	38 (9.79)	5 (1.29)

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับความสามารถในการเข้าถึงบริการมากที่สุดคือ ข้อ 3. สถานที่รับบริการมีความสะดวก สะอาด ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการหรือมีคนพาไปรับบริการได้อย่างสะดวก ร้อยละ 88.92 รองลงมาคือข้อ 2. โรงพยาบาล/รพ.สต.มีช่องทางด่วนที่สะดวกต่อการไปบริการของท่าน ร้อยละ 81.96

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการ

ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการสูง	235	60.57
ระดับความสามารถในการเข้าถึงบริการต่ำ	153	39.43

(Mean = 2.82, SD. = 0.336, Min = 1, Max = 3)

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.57 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 39.43

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลพิชัย	169	43.56
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	217	55.93
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร	2	0.52

จากตาราง 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.93 รองลงมา คือ โรงพยาบาลพิชัย ร้อยละ 43.56 และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ร้อยละ 0.52

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสิทธิการรักษา

สิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
1. บัตรทอง	333	85.82
2. ประกันสังคม	13	3.35
3. ประกันสุขภาพสมัครใจ	7	1.80
4. จ่ายเงินเอง	3	0.77
5. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	32	8.25



จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิการรักษามากที่สุดคือ บัตรทอง ร้อยละ 85.8 รองลงมาเป็น สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 8.25 และประกันสังคม ร้อยละ 3.35 ตามลำดับ

**ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ**

ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ	จำนวน	ร้อยละ
1. 0.50-10 กิโลเมตร	286	73.71
2. 11-20 กิโลเมตร	83	21.39
3. 21-30 กิโลเมตร	17	4.38
4. 31-40 กิโลเมตร	1	0.26
5. 51-60 กิโลเมตร	1	0.26

(Mean = 7.41, SD. = 7.237, Min = 0.50, Max = 60)

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด คือ ระยะทาง 0.50-10 กิโลเมตร ร้อยละ 73.71 รองลงมา คือ ระยะทาง 11-20 กิโลเมตร ร้อยละ 21.39 โดยมีระยะทางเฉลี่ย 7.41 กิโลเมตร

**ตาราง 18 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง**

ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
1. 0-15 นาที	210	54.12
2. 16-30 นาที	145	37.37
3. 31-45 นาที	19	4.90
4. 46-60 นาที	14	3.61

(Mean = 18.99, SD. = 12.00, Min = 3, Max = 60)

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดใช้เวลา 0-15 นาที ร้อยละ 54.12 รองลงมาคือใช้เวลาในการเดินทาง 16-30 นาที ร้อยละ 37.37 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 18.99 นาที

ตาราง 19 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
1. 1-120 นาที	315	81.19
2. 121-240 นาที	64	16.49
3. 241-360 นาที	8	2.06
4. 361-480 นาที	1	0.26
(Mean = 86.10, SD. = 66.10, Min = 15, Max = 420)		

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ 1-120 นาที ร้อยละ 81.19 รองลงมา คือ ใช้เวลาในการมารับบริการ 121-240 นาที ร้อยละ 16.49 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 86.10 นาที

ตาราง 20 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรทัศน์	102 (26.29)	233 (60.05)	53 (13.66)
2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากอินเทอร์เน็ต	79 (20.36)	161 (41.49)	148 (38.14)

ตาราง 20 (ต่อ)

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากวิทยุ	54 (13.92)	177 (45.62)	157 (40.46)
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแผ่นพับ	74 (19.07)	182 (46.91)	132 (34.02)
5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการจัดนิทรรศการในชุมชน	90 (23.20)	190 (48.97)	108 (27.84)

จากตาราง 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองเป็นประจำ มากที่สุดคือ ข้อ 1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรทัศน์ ร้อยละ 26.29 รองลงมา คือ 5. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากการจัดนิทรรศการในชุมชน ร้อยละ 23.20 ส่วนข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 3. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากวิทยุ ร้อยละ 13.92

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารสูง	219	56.44
การได้รับข้อมูลข่าวสารต่ำ	169	43.56

(Mean = 1.90, SD. = 0.497, Min = 1, Max = 3)

จากตาราง 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.44 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 43.56

ตาราง 22 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอรรถศาสตร์ของเจ้าหน้าที่

ระดับอรรถศาสตร์ของเจ้าหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
ดี	341	87.89
ไม่ดี	47	12.11

จากตาราง 22 พบว่า อรรถศาสตร์เจ้าหน้าที่ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.89 อยู่ในระดับดี รองลงมา คือ ไม่ดี ร้อยละ 12.11

ตาราง 23 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความมั่นใจในการให้บริการ จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

ความมั่นใจในการให้บริการ	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่าน มีความรู้ความชำนาญ ท่านรู้สึกมั่นใจที่มารับบริการ	353 (90.98)	33 (8.51)	2 (0.52)
2. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านดูแลเอาใจใส่และ กระตือรือร้นพร้อมที่จะให้บริการท่าน	342 (88.14)	44 (11.34)	2 (0.52)
3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่าน สามารถให้บริการท่าน และทุกคนได้อย่างครบถ้วน	348 (89.69)	36 (9.28)	4 (1.03)
4. ท่านรู้สึกมั่นใจเมื่อเจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่ขอสิ่งตอบแทนจากผู้รับบริการ	348 (89.69)	37 (9.54)	3 (0.77)
5. สถานที่ที่ท่านมารับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกรับบริการและคำแนะนำบอก	357 (92.01)	28 (7.22)	3 (0.77)

จากตาราง 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามีความมั่นใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 6. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีความรู้ความชำนาญ รู้สึกมั่นใจที่มารับบริการ ร้อยละ 90.98 รองลงมา รองลงมาคือ ข้อ 1. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่าน มีความรู้ความชำนาญ ท่านรู้สึกมั่นใจที่มารับบริการ ร้อยละ 90.46 ส่วนข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 2. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านดูแลเอาใจใส่และกระตือรือร้นพร้อมที่จะให้บริการท่าน ร้อยละ 88.14

ตาราง 24 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความมั่นใจในการให้บริการ

ระดับความมั่นใจในการให้บริการ	จำนวน	ร้อยละ
ความมั่นใจสูง	253	65.21
ความมั่นใจต่ำ	135	34.79
(Mean = 2.89, SD. = 0.267, Min = 1, Max = 3)		

จากตาราง 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการให้บริการในระดับสูง จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.21 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 34.79

ตาราง 25 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. ท่านได้รับการบริการตามลำดับคิวก่อนหลัง	355 (91.49)	31 (7.99)	2 (0.52)
2. ผู้ให้บริการให้บริการท่านและทุกคนอย่างเสมอ ต้นเสมอปลายทุกคน	337 (86.86)	36 (9.28)	15 (3.87)
3. การรับบริการของท่านได้รับการดูแลรักษา เหมือนเดิมไม่แตกต่างกันถึงแม้จะมีสิทธิการรักษาที่ แตกต่างกัน	351 (90.46)	37 (9.54)	0 (0.00)

จากตาราง 25 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของเจ้าหน้าที่ โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 1. ท่านได้รับการบริการตามลำดับคิวก่อนหลัง ร้อยละ 91.49 รองลงมา รองลงมาคือ ข้อ 3. การรับบริการของท่านได้รับการดูแลรักษาเหมือนเดิมไม่แตกต่างกันถึงแม้จะมีสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน ร้อยละ 90.46 ส่วนข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 2. ผู้ให้บริการให้บริการท่านและทุกคนอย่างเสมอต้นเสมอปลายทุกคน ร้อยละ 86.86

**ตาราง 26 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ**

ระดับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสมอภาคสูง	260	67.01
ความเสมอภาคต่ำ	128	32.99
(Mean = 2.91, SD. = 0.243, Min = 1.67, Max = 3)		

จากตาราง 26 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.01 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 32.99

**ตาราง 27 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ (n = 388)**

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยให้คำแนะนำปรึกษาหรือให้ข้อมูลเรื่องการไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูง	319 (82.22)	66 (17.10)	3 (0.77)
2. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านเข้ารับบริการโรคความดันโลหิตสูงได้	323 (83.25)	61 (15.72)	4 (1.03)
3.ญาติ/เพื่อนบ้านของท่านคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูง	299 (77.06)	86 (22.16)	3 (0.77)

ตาราง 27 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
4. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถเป็นที่พึ่ง ยามที่ท่านมีปัญหาสุขภาพ	326 (84.02)	59 (15.21)	3 (0.77)
5. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยดูแลท่านเป็น อย่างดีในการดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง	333 (85.82)	49 (12.63)	6 (1.55)

จากตาราง 27 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคม โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 5. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยดูแลท่านเป็นอย่างดีในการดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.82 รองลงมา รองลงมาคือ ข้อ 4. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถเป็นที่พึ่งยามที่ท่านมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 84.02 ส่วนข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 3.ญาติ/เพื่อนบ้านของท่านคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.06

ตาราง 28 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	198	51.03
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	190	48.97
(Mean = 2.81, SD. = 0.332, Min = 1, Max = 3)		

จากตาราง 28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนระดับสูงมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 51.03 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 48.97

ตาราง 29 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกเป็น รายข้อ (n = 388)

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน (ร้อยละ)		
	ประจำ (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและพฤติกรรม การดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	292 (75.26)	92 (23.71)	4 (1.03)
2. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้ามาใช้บริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	294 (75.77)	91 (23.45)	3 (0.77)
3. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนให้เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูง	277 (71.39)	102 (26.29)	9 (2.32)
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยา จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	303 (78.09)	80 (20.62)	5 (1.29)

จากตาราง 29 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยข้อที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อ 4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.09 รองลงมาคือ ข้อ 4. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้ามาใช้บริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.77 ส่วนข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 3. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ โรงพยาบาลชุมชนให้เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 71.39



ตาราง 30 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูง	230	59.28
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่ำ	158	40.72

(Mean = 1.90, SD. = 0.497, Min = 1, Max = 3)

จากตาราง 30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 59.28 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 40.72

ตาราง 31 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับปัจจัยสนับสนุน

ระดับปัจจัยสนับสนุน	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับปัจจัยสนับสนุนสูง	261	67.27
ได้รับปัจจัยสนับสนุนต่ำ	127	32.73

(Mean = 74.81, SD. = 5.638, Min = 51, Max = 84)

จากตาราง 31 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับปัจจัยสนับสนุนมากที่สุด คือ ระดับสูง ร้อยละ 67.27 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 32.73

ส่วนที่ 4 การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 32 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนการเข้ารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

จำนวนการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
1 ครั้ง	82	21.13
2 ครั้ง	63	16.24
3 ครั้ง	12	3.10
4 ครั้ง	76	19.59

ตาราง 32 (ต่อ)

จำนวนการรับบริการ	จำนวน	ร้อยละ
5 ครั้ง	3	0.77
7 ครั้ง	1	0.26
8 ครั้ง	5	1.29
10 ครั้ง	3	0.77
12 ครั้ง	21	5.41

(Mean = 4.19, SD = 2.79, Min = 1, Max = 12)

จากตาราง 32 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการคลินิกโรคความโลหิตสูง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มากที่สุด คือ 6 ครั้ง ร้อยละ 31.44 รองลงมา คือ 1 ครั้ง ร้อยละ 21.13

ตาราง 33 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ (2 ครั้ง) ต่อปี

เกณฑ์การเข้ารับบริการคลินิกโรคความโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
1. มาครบ (มารับบริการครบ 2 ครั้ง หรือมากกว่า)	306	78.87
2. มาไม่ครบ (ไม่มารับบริการและมารับบริการ 1 ครั้ง)	82	21.13

(Mean = 0.78, SD. = 0.408, Min = 0, Max = 1)

จากตาราง 33 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการครบ ร้อยละ 78.87 และมารับบริการไม่ครบ ร้อยละ 21.13

### ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) ด้วยวิธีทางตรง (Enter) เพื่อนำตัวแปรอิสระทั้งหมดที่สนใจเข้าสู่สมการถดถอยเพื่อพยากรณ์ตัวแปรตามใน ขั้นตอนเดียว โดยกำหนดให้ตัวแปรตาม (Y) การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัด 2 ค่า ได้แก่ รับบริการครบ (1) และรับบริการไม่ครบ (0)

ตัวแปรตาม (Y) การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 388 คน วัดจาก 2 ค่า ได้แก่ รับบริการครบ (1) คิดเป็นร้อยละ 78.87 และรับบริการไม่ครบ (0) คิดเป็นร้อยละ 21.13

ตัวแปรอิสระ (X) ที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ชุด ตัวแปรอิสระที่ 1 คือ ปัจจัยนำรวม 8 ตัวแปร ดังนี้

1. เพศ
2. อายุ
3. อาชีพ
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
5. ระดับการศึกษา
6. สถานภาพสมรส
7. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
8. ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรอิสระที่ 2 คือ ปัจจัยจำเป็น รวม 4 ตัวแปร ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา

ตัวแปรอิสระที่ 3 คือ ปัจจัยสนับสนุน รวม 12 ตัวแปร ดังนี้

1. ความสามารถในการเข้าถึงบริการ
2. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ
3. สิทธิการรักษา
4. ระยะทาง
5. ระยะเวลาในการเดินทาง
6. ระยะเวลาในการรอคอยการรับบริการ
7. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง
8. อธิษาศัยของเจ้าหน้าที่
9. ความมั่นใจในการให้บริการ
10. ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ
11. แรงสนับสนุนทางสังคม
12. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

## 1. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยจำเป็น และปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติทดสอบ Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI ของ Crude OR (95% Confidence Interval of Odds Ratio) การทดสอบตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ถูกใช้เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงของตัวแปรอิสระโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) รายละเอียดของแต่ละปัจจัยมีดังนี้

### 1. ปัจจัยนำเข้า

ตาราง 34 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยนำเข้ากับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบปัจจัยอื่น

ปัจจัยนำเข้า	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Crude OR	95% CI		p-value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการไม่ครบ (n = 82)			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>เพศ</b>								
ชาย	107	34.97	29	35.37	0.98	0.59	1.64	0.946
หญิง <sup>Ref</sup>	199	65.03	53	64.63				
<b>อายุ</b>								
18-59 ปี	177	57.84	36	43.90	1.75	1.07	2.87	0.025*
60-89 ปี <sup>Ref</sup>	129	42.16	46	56.10				
<b>อาชีพ</b>								
เกษตรกร <sup>Ref</sup>	163	53.27	45	54.88				
อื่น ๆ เช่น ราชการ/พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ/ธุรกิจส่วนตัว และไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	46.73	37	45.12	1.31	0.57	3.01	0.523
<b>รายได้</b>								
ต่ำกว่า 5,000 บาท	139	45.42	33	40.24	0.81	0.49	1.32	0.402
5,000 บาทขึ้นไป <sup>Ref</sup>	167	54.58	49	59.76				

ตาราง 34 (ต่อ)

ปัจจัยนำ	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Crude OR	95% CI		p-value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการไม่ครบ (n = 82)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้รับการศึกษา หรือ ประถมศึกษา	210	68.63	62	75.61	1.19	0.48	2.93	0.713
มัธยมศึกษาขึ้นไป <sup>Ref</sup>	96	31.37	20	24.39				
<b>สถานภาพสมรส</b>								
โสด/หย่า/แยก/หม้าย	87	28.43	21	25.61	1.44	0.57	3.61	0.438
คู่ <sup>Ref</sup>	219	71.57	61	74.39				
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>								
น้อยกว่า 5 ปี <sup>Ref</sup>	131	42.81	40	48.78				
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	175	57.19	42	51.22	2.09	1.10	3.72	0.029*
<b>ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ไม่มี	174	56.86	59	71.95	1.95	1.14	3.31	0.014*
มี <sup>Ref</sup>	132	43.14	23	28.05				

\*p&lt;.05

จากตาราง 34 ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.05$ ) ได้แก่

อายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.025$ ) โดยผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.84 และพบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีโอกาสมารับบริการครบมากกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี เป็น 1.75 เท่า (95% CI; 1.07-2.87)

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.029$ ) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.19 และพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วย มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 2.09 เท่า (95% CI; 1.10-3.72) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี

ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.014$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 71.95 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสมารับบริการครบ เป็น 1.95 เท่า (95% CI, 1.14-3.31) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

## 2. ปัจจัยจำเป็น

ตาราง 35 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยจำเป็นกับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยจำเป็น	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Crude OR	95% CI		p-value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการไม่ครบ (n = 82)			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	40	13.07	34	41.46				
สูง	266	86.93	48	58.54	1.27	0.83	1.95	0.264
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	53	17.32	35	42.68				
สูง	253	82.68	47	57.32	1.61	1.03	2.51	0.035*
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	80	26.14	46	56.10				
สูง	226	73.86	36	43.90	1.31	0.87	1.97	0.192
<b>การรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	42	13.73	20	24.39				
สูง	264	86.27	62	75.61	1.75	0.12	2.75	0.114

\* $p < .05$

จากตาราง 35 ปัจจัยจำเป็น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา และการรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา โดยผลการศึกษาปัจจัยจำเป็นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.035$ ) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการครบ มากที่สุด ร้อยละ 82.68 คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ และพบว่าผู้ป่วยโรค

ความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบ มากถึง 1.61 เท่า (95% CI, 1.03-2.51) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ

### 3. ปัจจัยสนับสนุน

ตาราง 36 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยสนับสนุนกับการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยสนับสนุน	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Crude OR	95% CI		p-value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการไม่ครบ (n = 82)			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ</b>								
โรงพยาบาลพิชัย	145	47.39	24	29.27	2.18	1.29	3.68	0.003*
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ อื่น ๆ <sup>Ref</sup>	161	52.61	58	70.73				
<b>สิทธิการรักษา</b>								
บัตรทอง <sup>Ref</sup>	263	85.95	70	85.37				
ประกันสังคม/สวัสดิการข้าราชการ/ ประกันสุขภาพสมัครใจ	43	14.05	12	14.63	1.05	0.52	2.09	0.893
<b>ระยะทางระหว่างกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</b>								
0.50-10 กิโลเมตร <sup>Ref</sup>	220	71.90	66	80.49				
มากกว่า 10 กิโลเมตร	86	28.10	16	19.51	0.62	0.34	1.13	0.119
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง</b>								
0-15 นาที <sup>Ref</sup>	161	52.61	49	59.76				
มากกว่า 15 นาทีขึ้นไป	145	47.39	33	40.24	0.88	0.36	2.16	0.788
<b>ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง</b>								
1-120 นาที <sup>Ref</sup>	251	82.03	64	78.05				
มากกว่า 120 นาที	55	17.97	18	21.95	1.28	0.71	2.34	0.414

ตาราง 36 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Crude OR	95% CI		p-value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการไม่ครบ (n = 82)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
	Lower	Upper	Lower	Upper				
<b>การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	94	62.25	57	37.75				
สูง	212	89.45	25	10.55	0.25	0.15	0.43	<0.001*
<b>การได้คำรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	128	41.83	10	12.20				
สูง	178	58.17	72	87.80	2.50	1.29	9.57	<0.001*
<b>ความสามารถในการเข้าถึงบริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	62	20.26	65	79.27				
สูง	244	79.74	17	20.73	3.94	2.22	13.23	<0.001*
<b>ความมั่นใจในการให้บริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	105	34.31	10	12.20				
สูง	201	65.69	72	87.80	3.47	2.81	17.73	<0.001*
<b>ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	98	32.03	14	17.07				
สูง	208	67.97	68	82.93	9.14	3.59	23.26	<0.001*
<b>อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	91	29.74	13	15.85				
สูง	215	70.26	69	84.15	1.93	1.07	15.35	<0.001*

\*p&lt;.05

จากตาราง 36 ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการ ประจำ สิทธิการรักษา ระยะทางระบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้คำรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในการให้บริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการและอัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ โดยผลการศึกษปัจจัยสนับสนุนที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value<0.05) ได้แก่

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.003) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอื่น ๆ มารับบริการไม่ครบ



มากที่สุด ร้อยละ 70.73 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการเป็นประจำที่โรงพยาบาล พิชัย มีพฤติกรรมการมารับบริการครบเป็น 2.18 เท่า ของผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นประจำที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/อื่น ๆ (95% CI, 1.29-3.68) มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 2.18 เท่า (95% CI, 1.29-3.68) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อื่น ๆ

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยที่มารับบริการ ครบมากที่สุด ร้อยละ 89.45 คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับสูง และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับสูงมีโอกาสมารับบริการ ครบลดลง ร้อยละ 75 (95% CI, 0.15-0.43) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูล ข่าวสารด้วยตนเองระดับต่ำ

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 87.80 คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงและพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 2.50 เท่า (95% CI, 1.29-9.57) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่ำ

ความสามารถในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 81.71 คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการ เข้าถึงบริการระดับสูงและพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเพิ่มขึ้นเป็น 3.09 เท่า (95% CI, 2.47-15.32) เมื่อเทียบกับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 79.74 และพบว่าผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.94 เท่า (95% CI, 2.22-13.23) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับ ต่ำ

ความมั่นใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 87.80 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.47 เท่า (95% CI, 2.81-17.73) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับต่ำ

ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 82.93 คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงและพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 9.14 เท่า (95% CI, 3.59-23.26) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ

อัตรายกของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 84.15 คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีอัตรายกระดับสูงและพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีอัตรายกระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 1.93 เท่า (95% CI, 1.07-15.35) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีอัตรายกระดับต่ำ

## 2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ ปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น และปัจจัยสนับสนุนเพื่อทำนายการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) โดยวิธี Enter นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Adjusted Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% CI ของ Adjusted OR (95% Confidence Interval of Odds Ratio) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.05$ ) ผลจากการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 37 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยนำ	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Adjust OR	95% CI		p- value
	รับบริการครบ (n = 306)		รับบริการ ไม่ครบ (n = 82)			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>เพศ</b>								
ชาย	107	34.97	29	35.37	1.42	0.62	3.25	0.406
หญิง <sup>Ref</sup>	199	65.03	53	64.63				
<b>อายุ</b>								
18-59 ปี	177	57.84	36	43.90	3.08	1.03	9.23	0.044*
60-89 ปี <sup>Ref</sup>	129	42.16	46	56.10				
<b>อาชีพ</b>								
เกษตรกร <sup>Ref</sup>	163	53.27	45	54.88				
อื่น ๆ	143	46.73	37	45.12	1.26	0.51	4.93	0.521
<b>รายได้</b>								
ต่ำกว่า 5,000 บาท	139	45.42	33	40.24	0.61	0.24	1.53	0.291
5,000 บาทขึ้นไป <sup>Ref</sup>	167	54.58	49	59.76				
<b>ระดับการศึกษา</b>								
ไม่ได้รับการศึกษา หรือ ประถมศึกษา	210	68.63	62	75.61	1.21	0.16	8.84	0.574
มัธยมศึกษาขึ้นไป <sup>Ref</sup>	96	31.37	20	24.39				
<b>สถานภาพ</b>								
โสด/หย่า/แยก/หม้าย	87	28.43	21	25.61	0.72	0.22	2.46	0.506
คู่ <sup>Ref</sup>	219	71.57	61	74.39				
<b>ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>								
น้อยกว่า 5 ปี <sup>Ref</sup>	131	76.61	40	23.39				
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	175	80.65	42	19.35	1.97	1.72	5.44	0.036*
<b>ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ไม่มี	131	42.81	40	48.78	0.38	0.15	0.38	0.041*
มี <sup>Ref</sup>	175	57.19	42	51.22				

ตาราง 37 (ต่อ)

ปัจจัยจำเป็น	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Adjust OR	95% CI		p- value
	รับบริการครบ (n = 306)		ไม่ครบ (n = 82)					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
	Lower	Upper						
<b>ปัจจัยจำเป็น</b>								
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	266	86.93	48	58.54				
สูง	40	13.07	34	41.46	3.03	1.07	8.58	0.036*
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	253	82.68	47	57.32				
สูง	53	17.32	35	42.68	3.29	1.13	9.57	0.028*
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	226	73.86	36	43.90				
สูง	80	26.14	46	56.10	1.06	0.43	2.60	0.900
<b>การรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	264	86.27	62	75.61				
สูง	42	13.73	20	24.39	2.92	0.99	8.60	0.052
<b>ปัจจัยสนับสนุน</b>								
<b>สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ</b>								
โรงพยาบาลพี่ชัย	145	47.39	24	29.27				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อื่น ๆ <sup>Ref</sup>	161	52.61	58	70.73	3.05	1.10	8.51	0.032*
<b>สิทธิการรักษา</b>								
บัตรทอง <sup>Ref</sup>	263	85.95	70	85.37				
ประกันสังคม/สวัสดิการข้าราชการ/ประกันสุขภาพสมัครใจ	43	14.05	12	14.63	3.90	0.94	16.11	0.060
<b>ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</b>								
0.50-10 กิโลเมตร <sup>Ref</sup>	220	71.90	66	80.49	<del>1.00</del>			
มากกว่า 10 กิโลเมตร	86	28.10	16	19.51	1.82	0.45	7.30	0.397

ตาราง 37 (ต่อ)

ปัจจัย	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				Adjust OR	95% CI		P- value
	รับบริการครบ (n = 306)		ไม่ครบ (n = 82)			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง</b>								
0-15 นาที <sup>Ref</sup>	161	52.61	49	59.76				
มากกว่า 15 นาทีขึ้นไป	145	47.39	33	40.24	0.44	0.14	1.37	0.157
<b>ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง</b>								
1-120 นาที <sup>Ref</sup>	251	82.03	64	78.05				
มากกว่า 120 นาที	55	17.97	18	21.95	0.21	0.07	0.69	0.009*
<b>การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	94	30.72	57	69.51				
สูง	212	69.28	25	30.49	3.82	1.49	9.76	0.005*
<b>การได้คำรับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	128	41.83	10	12.20				
สูง	178	58.17	72	87.80	4.06	1.22	9.54	0.022*
<b>ปัจจัยสนับสนุน</b>								
<b>ความสามารถในการเข้าถึงบริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	109	35.62	15	18.29				
สูง	197	64.38	67	81.71	9.17	1.53	15.08	0.015*
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	62	20.26	65	79.27				
สูง	244	79.74	17	20.73	3.92	1.24	12.38	0.020*
<b>ความมั่นใจในการให้บริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	105	34.31	10	12.20				
สูง	201	65.69	72	87.80	5.12	1.76	18.28	0.009*
<b>ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	98	32.03	14	17.07				
สูง	208	67.97	68	82.93	7.61	1.20	28.06	0.030*
<b>อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่</b>								
ต่ำ <sup>Ref</sup>	91	29.74	13	15.85				
สูง	215	70.26	69	84.15	3.65	0.38	14.68	0.260

\*p&lt;.05

จากตาราง 38 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มี 13 ปัจจัย ดังนี้

**อายุ** พบว่า อายุระหว่าง 18-59 ปี มีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.044$ ) โดยผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.84 และพบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีโอกาสมารับบริการครบมากกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี เป็น 3.08 เท่า (95% CI; 1.03-9.23) เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.036$ ) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 80.65 และพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 1.97 เท่า (95% CI; 1.72-5.44) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.041$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนมารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.19 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสมารับบริการครบลดลง ร้อยละ 62 (95% CI, 0.15-0.96) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน** พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.036$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำมารับบริการครบ มากที่สุด ร้อยละ 86.93 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบมากถึง 3.03 เท่า (95% CI, 1.07-8.58) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.028$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำมารับบริการครบ มากที่สุด ร้อยละ 82.68 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบมากถึง 3.29 เท่า (95% CI, 1.13-9.57) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ** พบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.032$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอื่น ๆ มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 70.73 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลพิชัย มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.05 เท่า (95% CI, 1.10-8.51) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อื่น ๆ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.009$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิก 1-120 นาที ครบมากที่สุด ร้อยละ 82.03 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกมากกว่า 120 นาที มีโอกาสมารับบริการครบลดลง ร้อยละ 79 (95% CI, 0.07-0.69) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิก 1-120 นาที เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง** พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.005$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับต่ำ มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 69.51 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.82 เท่า (95% CI, 1.49-9.76) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับปานต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**การได้คำรับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข** พบว่า การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.022$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด 87.80 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 4.06 เท่า (95% CI, 1.22-9.54) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ความสามารถในการเข้าถึงบริการ** พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.015$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 81.71 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเพิ่มขึ้นเป็น 9.17 เท่า (95% CI, 1.53-15.08) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**แรงสนับสนุนทางสังคม** พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.020$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 79.74 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.92 เท่า (95% CI, 1.24-12.38) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ความมั่นใจในการให้บริการ** พบว่า ความมั่นใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.009$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 87.80 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 5.12 เท่า (95% CI, 1.76-18.28) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

**ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ** พบว่า ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.030$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 82.93 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 7.61 เท่า (95% CI, 1.20-28.06) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

เมื่อทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Assessing the fit of the model) ด้วยสถิติ Hosmer-Lemeshow goodness of fit test เพื่อดูความเหมาะสมของสมการถดถอยโลจิสติก พบว่า ค่า  $p\text{-value} = 0.954$  ซึ่งมากกว่า  $\alpha = 0.05$  ดังนั้นสรุปได้ว่าโมเดล มีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้



1. การทดสอบความเหมาะสมของตัวแปรอิสระที่ใช้ในโมเดล (Omnibus Tests of Model Coefficients)

ตาราง 38 แสดงการทดสอบความเหมาะสมของตัวแปรอิสระที่ใช้ในโมเดล (Omnibus Tests of Model Coefficients)

Step	ค่าทางสถิติ	Chi-square	df	sig
Step1	Step	215.450	31	<0.001**
	Block	215.450	31	<0.001**
	Model	215.450	31	<0.001**

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ผลการทดสอบหรือตรวจสอบสมการ เป็นการทดสอบสมการถดถอยโลจิสติกส์ พบว่าค่าสถิติทดสอบไคสแควร์มีค่า เท่ากับ 215.450 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการเหมาะสมดี หรืออาจกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระมีผลสำคัญต่อการทำนายผลพฤติกรรมมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model Summary)

ตาราง 39 แสดงการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Model Summary)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	184.755 <sup>a</sup>	0.426	0.662

-2 Log likelihood ของสมการที่มีเฉพาะค่าคงที่ = 399.729

พบว่า ค่า -2 Log likelihood มีค่าเท่ากับ 184.755 ซึ่งมีค่าต่ำกว่า -2 Log likelihood สมการที่มีเฉพาะค่าคงที่มีค่าเท่ากับ 399.729 แสดงว่าสมการถดถอยโลจิสติกส์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย ( $R^2$ ) หรืออาจกล่าวได้ว่าสมการนั้นสามารถทำนายการเกิดเหตุการณ์จากข้อมูลจริงได้ถูกต้อง เท่ากับร้อยละ 42.6 ( $R^2$  ของ Cox & Snell) และร้อยละ 66.2 สำหรับ Nagelkerke  $R^2$

## 3. ความถูกต้องของสมการทำนาย

ตาราง 40 แสดงความถูกต้องของสมการทำนาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ผลการทำนายสมการ		
	มารับบริการครบ (1)	มารับบริการไม่ครบ (0)	ร้อยละความถูกต้อง
มารับบริการครบ (1)	290	16	94.80
มารับบริการไม่ครบ (0)	57	25	69.50
รวม			89.40

แสดงประสิทธิภาพของสมการถดถอยโลจิสติกส์ที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ กล่าวคือ สมการนี้ทำนายกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการครบได้ถูกต้องร้อยละ 94.80 และทำนายกลุ่มรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการไม่ครบ ร้อยละ 69.50 โดยเฉลี่ยแล้วสมการถดถอยโลจิสติกส์ ดังกล่าวนี้อาจทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 89.40

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น ปัจจัยสนับสนุน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ศึกษาทั้งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Binary Logistic Regression Analysis โดยการนำเสนอสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลปัจจัยนำ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.95 มีอายุเฉลี่ย 57.54 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.33 อายุสูงสุด 85 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.70 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.41 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.61 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 18.04 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.57 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 29.90 ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 64.43 รองลงมาจบมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ร้อยละ 12.63 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.16 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 12.89 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.95 ปี ส่วนใหญ่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 42.53 รองลงมาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 38.92 และมีภาวะแทรกซ้อนเป็นไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.69 รองลงมามีภาวะแทรกซ้อนเป็น อัมพฤกษ์ ร้อยละ 11.60

## 2. ปัจจัยจำเป็น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง ร้อยละ 80.93 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ร้อยละ 77.32 มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษาในระดับสูง ร้อยละ 67.53 และมีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษาในระดับสูง ร้อยละ 84.02

## 3. ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับสูง ร้อยละ 60.57 สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.93 มีสิทธิการรักษาคือบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 85.82 มีระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คือ 0.50-10 กิโลเมตร ร้อยละ 73.71 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงใช้เวลา 0-15 นาที ร้อยละ 54.12 เวลาในการรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง คือ 1-120 นาที ร้อยละ 81.19 ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับต่ำ ร้อยละ 56.44 อัยาศัยของเจ้าหน้าที่ระดับดี ร้อยละ 87.89 ความมั่นใจในการให้บริการระดับต่ำ ร้อยละ 65.21 ได้รับความเสมอภาคระดับต่ำ ร้อยละ 67.01 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 51.03 ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูง ร้อยละ 59.28 ได้รับปัจจัยสนับสนุนระดับสูง ร้อยละ 67.27

## 4. การรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 78.87 และมารับบริการไม่ครบ ร้อยละ 21.13

## 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามี 13 ปัจจัย ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.044$ ) โดยผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.84 และพบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี มีโอกาสมารับบริการครบมากกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-89 ปี เป็น 3.08 เท่า (95% CI; 1.03-9.23)

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.036$ ) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 80.65 และพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 1.97 เท่า (95% CI; 1.72-5.44) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี

ภาวะแทรกซ้อนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.041$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนมารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 57.19 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสมารับบริการครบลดลง ร้อยละ 62 (95% CI, 0.15-0.38) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.036$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำมารับบริการครบ มากที่สุด ร้อยละ 86.93 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบมากถึง 3.03 เท่า (95% CI, 1.07-8.58) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.028$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำมารับบริการครบ มากที่สุด ร้อยละ 82.68 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบมากถึง 3.29 เท่า (95% CI, 1.13-9.57) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับต่ำ

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.032$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอื่น ๆ มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 70.73 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพิชัย มีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.05 เท่า (95% CI, 1.10-8.51) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/อื่น ๆ

ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.009$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิก 1-120 นาที ครบมากที่สุด ร้อยละ 82.03 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกมากกว่า 120 นาที มีโอกาสมารับบริการครบลดลง ร้อยละ 79 (95% CI, 0.07-0.69) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิก 1-120 นาที

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.005$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับต่ำ มารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 69.51 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.82 เท่า (95% CI, 1.49-9.76) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองระดับต่ำ

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.022$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด 87.80 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 4.06 เท่า (95% CI, 1.22-9.54) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่ำ

ความสามารถในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.015$ ) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 81.71 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเพิ่มขึ้นเป็น 9.17 เท่า (95% CI, 1.53-15.08) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.020$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 79.74 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 3.92 เท่า (95% CI, 1.24-12.38) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ความมั่นใจในการให้บริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.009$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 87.80 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 5.12 เท่า (95% CI, 1.76-18.28) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความมั่นใจในการให้บริการระดับต่ำ

ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p = 0.030$ ) โดยที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงมารับบริการไม่ครบมากที่สุด ร้อยละ 82.93 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับสูงมีโอกาสมารับบริการครบเป็น 7.61 เท่า (95% CI, 1.20-28.06) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการระดับต่ำ

### อภิปรายผลการวิจัย

#### การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการเพียง 1 ครั้ง/ปี สูงถึงร้อยละ 21.13 ซึ่งการมารับบริการเพียง 1 ครั้ง/ปี ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจติดตามและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่าการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัยไม่ครบตามเกณฑ์ยังสูงถึงประมาณ ร้อยละ 26 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้นขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งปัจจัยจำเป็น (Andersen, 1995) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยจำเป็นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 80.93) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 77.32) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา (ร้อยละ 67.53) และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษาต่ำในระดับ (ร้อยละ 84.02)

#### จากการศึกษาปัจจัยนำ พบว่า

อายุมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) กล่าวว่า อายุ ส่วนใหญ่เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอ แต่ไม่เสมอไปอาจวัดได้เท่าเดิมก็ได้ นั้นแสดงว่าอายุมากมีโอกาสที่มีระดับค่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละช่วงวัยมีความหวังและการรับรู้การเข้ารับบริการที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับบริการมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มารับบริการครบมากที่สุด ร้อยละ 80.65 มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ 7.95 ปี ซึ่งระยะเวลาการป่วยที่มากทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวดูแลตนเองให้ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Legido-Quigley et al.

(2019) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 5 ปี มีความตระหนักและวิตกกังวลในผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการมากขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 14.69 อัมพฤกษ์ ร้อยละ 11.60 อาจเป็นเพราะว่าการมีประสบการณ์ภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว จึงมีการดูแลตนเองปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางทางการแพทย์และเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุโลวิซซ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2557) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมเข้ารับบริการ

รายได้และอาชีพไม่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีรายได้เฉลี่ย 6,403.09 บาทต่อเดือนค่อนข้างสูง ซึ่งสูงกว่าเส้นความยากจน (Poverty line) ของประเทศไทยที่ประมาณ 2,803 บาท/คน/เดือน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม, 2564) ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง จึงสามารถเข้ารับบริการได้ตามนัดหมายของเจ้าหน้าที่ โดยไม่มีผลกระทบต่ออาชีพและรายได้ อีกทั้งอาชีพส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่าย จึงทำให้รายได้และอาชีพไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่ารายได้มีผลกับการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Choi & Kim (2016) ที่พบว่า ประชากรบางกลุ่มในเกาหลีใต้มีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างสูงสามารถเลือกสถานบริการของภาครัฐและเอกชนเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพและการเข้ารับบริการสุขภาพ

เพศไม่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะเมื่อป่วยเป็นโรคทุกคนต้องดูแลตนเองและมีการมาตรวจตามนัด และอาจเป็นเพราะว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำเรื่อง การนัดมารับบริการจากแหล่งข้อมูลที่เป็นแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Legido-Quigley et al. (2019) ที่พบว่า เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับการศึกษาและสถานภาพไม่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะบุคคลที่มีการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองที่ดี รักสุขภาพ ต้องการให้ตนเองไม่มีความผิดปกติ และอาจเป็นเพราะว่า การรับบริการจะได้รับการนัดหมายโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามอาการและความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งระดับการศึกษาและสถานภาพที่แตกต่างกันก็มีการนัดหมายเข้ารับบริการโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่แตกต่างกันสอดคล้องงานวิจัยของ Choi & Kim (2016) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลกับการเข้ารับบริการทางสุขภาพและซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ



(Mwenda et al., 2021) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### จากการศึกษาปัจจัยจำเป็น พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การที่ผู้ป่วยได้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเองหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้แล้วเกิดการพัฒนาด้านความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ (2562) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้ารับบริการโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำและทราบถึงผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงว่าหากหลอดเลือดในสมองแตกอาจทำให้เสียชีวิตได้หรือถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจวายมากกว่าคนปกติยังรวมไปถึงการเป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักจึงส่งผลให้มีการเข้ารับบริการ สอดคล้องกับ งานวิจัย (ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ, 2559) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเข้ารับบริการ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษาไม่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถูกต้องและทั่วถึงทุกคน ทำให้การรับบริการไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามคำแนะนำมีผลต่อการเข้ารับบริการ

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษาไม่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้อุปสรรคตามแนวคิดของ Becker กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมเป็นการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าของบุคคลในทางลบเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการเข้ารับบริการ รู้สึกเสียเวลาในการรอคอย, ขั้นตอนในการให้บริการมีความยุ่งยาก, ไม่มีคนไปส่งในการรับบริการ และปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ยอมรับบริการบริการ

### จากการศึกษาปัจจัยสนับสนุน พบว่า

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.93 เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ใกล้บ้าน ระยะทาง 0.50-10 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางน้อย (0-15 นาที) และสะดวกในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bigdeli et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานบางกลุ่มเลือกเข้ารับบริการสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านเป็นสถานบริการประจำ เพราะความสะดวกสบายและลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการที่โรงพยาบาลพิชัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 86.10 นาที ซึ่งเป็นเวลาไม่นาน แต่ถึงแม้จะใช้เวลาในการรอคอยที่มากกว่านี้ ผู้ป่วยสามารถรอได้และคงยังเข้ามารับบริการ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีระยะทางไม่ไกลจากบ้านผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ์ (2561) ที่พบว่าระยะเวลาในการรอตรวจมีผลต่อการเข้ารับบริการและประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ซึ่งโทรทัศน์เป็นสื่อที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้วยตนเองได้ง่ายที่สุดเพราะโทรทัศน์เป็นสื่อที่อยู่เกือบครบทุกครัวเรือนให้ภาพและเสียงน่าสนใจ มีหลากหลายรายการให้เลือกชมและน่าติดตาม รวมทั้งสื่อประเภทนี้มีพลังอำนาจในการสื่อสารสูงเพราะเข้าถึงผู้รับสารได้คราวละมาก ๆ อีกทั้งผู้รับสารมีแนวโน้มที่จะจดจำสารจากสื่อโทรทัศน์ได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทยา วามะพันธ์, ฤชอร วงศ์ภิรมย์ และพฤศจิกายน ปัญญาคมจันทพูน (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองและจากผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการรับรู้ด้วยตนเองมีการจดจำและเข้าใจสารได้ดีกว่า

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยอาจเกิดความตระหนักในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองจึงมีผลทำให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์, 2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจระดับมากการกักที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการเข้ามารับบริการ

ความสามารถในการเข้าถึงบริการมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายในการเดินทาง อีกทั้งโรงพยาบาล/รพ.สต. มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ต้องนั่งรถเข็นทำให้สะดวกในการรับบริการ อีกทั้งสถานบริการมีความสะอาด ปัจจัยดังกล่าวเป็นการความอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เรื่องความสะดวกสบายในการเดินทาง การมีของช่องทางด่วนสำหรับการให้บริการ รวมถึงสถานที่ให้บริการมีความสะดวกและสะอาดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มมากขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคคลดังกล่าวคอยให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน ให้ไปรับบริการและสามารถดูแลเป็นที่พึ่งในยามมีปัญหาสุขภาพได้ โดยการได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มคนดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมในแนวทางที่ถูกต้อง (House, 1981) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและอยากเข้ารับบริการ (Fisher et al., 2005) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนให้กำลังใจและการใส่ใจจากญาติ ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพและความรู้ ความเข้าใจความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการและตรวจตามนัดและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Turan, Aksoy & Çiftçi (2019) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมารับบริการและการรักษาโดยแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ได้จาก คู่สมรส บุตร และองค์กรต่าง ๆ

ความมั่นใจในการให้บริการมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป มีระยะเวลาการเจ็บป่วยและการดูแลที่ยาวนานจึงต้องเข้ารับบริการเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งการเข้ารับบริการแต่ละครั้งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจในเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเพราะมีความรู้ความชำนาญ อีกทั้งการบริการดูแลเอาใจใส่กระตือรือร้นพร้อมที่จะให้บริการทุกคนได้อย่างครบถ้วน และมั่นใจในความสะอาดปลอดภัยของสถานบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการเข้ารับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า ผู้รับบริการมีความคาดหวังด้านความมั่นใจระดับมากที่สุดที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการจัดบริการที่มีคุณภาพ เจ้าหน้าที่หน้ากระตือรือร้นพร้อมให้บริการเป็นอย่างดีและสถานบริการมีความสะอาด ปลอดภัย

ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความเสมอภาคในการรับบริการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ และอาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยทราบสิทธิของตนเองเรื่องความเสมอภาค ความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ และสิทธิอันพึงได้ส่วนบุคคล (ประสิทธิ์ วัฒนาภา, 2557) รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขให้บริการประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ส่งผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า การเพิ่มคุณภาพของการบริการด้านความเสมอภาค การไม่เลือกปฏิบัติมีผลกับการเข้ารับบริการอยู่ในระดับมาก

สิทธิการรักษาไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยได้รับการเหมือนกันและพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทองร้อยละ 85.82 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ถึงแม้ผู้รับบริการแตกต่างกันด้านสิทธิการรักษา แต่ได้รับสิทธิการดูแลรักษาหรือเข้าถึงบริการไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Choi & Kim (2016) ที่พบว่า สิทธิการรักษามีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำมีค่าเฉลี่ย 7.41 กิโลเมตร ระยะทางดังกล่าวไม่ไกลมากและการคมนาคมและสะดวกจึงไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559)

ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่า ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการมีค่าเฉลี่ย 18.99 นาที ซึ่งถือว่าใช้เวลาไม่นานในการเดินทาง ทั้งนี้นโยบายกระทรวงสาธารณสุขมีหลักประกันสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็วและใกล้บ้าน ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Mwenda et al. (2021) ที่พบว่าระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการมีต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพและการมารับบริการ

อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากงานวิจัย พบว่า อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ระดับดีถึงร้อยละ 87.89 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเห็นด้วยกับการที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการพูดจาไพเราะ สุภาพตลอดการให้บริการ เจ้าหน้าที่มีอัยยาศัยดีต่อผู้รับบริการทุกคน แต่ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับอัยยาศัยที่ไม่ดีจากเจ้าหน้าที่ แต่เจ้าหน้าที่ก็ให้บริการผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยก็ยังจะมารับบริการเช่นเดิม ไม่สอดคล้องกับงานของ สุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่อัยยาศัยดี มีผลต่อความพึงพอใจที่ดีและการเข้ามาใช้บริการ แต่ผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหรือรู้ข้อดีของการมารับบริการอาจไม่ได้สนใจประเด็นที่เจ้าหน้าที่ต้องพูดจาไพเราะก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมารับบริการได้เช่นกัน

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

หน่วยงานบริการสุขภาพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรให้ความสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ความรุนแรง ระยะเวลาให้บริการ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับบริการครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในการบริการและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ มาพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการมารับบริการและการดูแลรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

## บรรณานุกรม

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลและจำนวนและอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 25 ธันวาคม 2563, จาก [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/KPITemplate\\_MOPH](https://bps.moph.go.th/new_bps/KPITemplate_MOPH)
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย*. สืบค้น 25 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.thaincd.com/>
- งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2563). *สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจังหวัดอุตรดิตถ์*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2563, จาก <http://gg.gg/uut3k>
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จุฑารัตน์ มากคงแก้ว, เอนก มุ่งอ้อมกลาง, และอัญชุลี พรวนกระ โทก. (2561). ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ในกลุ่มวัยทำงานภายใต้สิทธิประกันสังคม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 12(29), 66-082.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2550). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรและนิสิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 30(3), 80-87.
- ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์ กิระพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 31(26-36).
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงศ์. (2561). *การวิจัยทางสาธารณสุขจากหลักการสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- บัณฑิต สวรรยาวิสุทธ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยได้รับการรักษาที่คลินิกโรค ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(5), 451-456.
- ประสิทธิ์ วัฒนากา. (2557). *แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ 3*. สืบค้น 22 ธันวาคม 2563, จาก [https://institute.constitutionalcourt.or.th/th/occ\\_web/index.php](https://institute.constitutionalcourt.or.th/th/occ_web/index.php)
- ปูลวิชช์ ทองแดง, & จันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 41(5), 1-10.
- พิทยา วามะขันธุ์, ฤชอร วงศ์ภิรมย์, & พศุทธิกาพรรณ ปัญญาคมจันทพูน. (2563). การศึกษาผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี, 18(2), 19-33.

- พิลา รัฐ ภูริธรรมรัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 257-272.
- วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์. (2557). ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(1), 1-14.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่*. สืบค้น 25 ธันวาคม 2563, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. (2564). *จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุข*. สืบค้น 13 ธันวาคม 2563, จาก <https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2555). *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). *ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- สรรเพชร รัตนภักดิ์ติกุล. (2566). *การพัฒนารูปแบบเพื่อลดการบริโภคเค็มในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ อำเภอมืองตาก จังหวัดตาก*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2566, จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000001258-0000001306.pdf>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม. (2564). *รายได้เฉลี่ยของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2564, จาก [www.nesdc.go.th](http://www.nesdc.go.th)
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2563). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อโรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น 1 ธันวาคม 2563, จาก [https://hpold.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index\\_th](https://hpold.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index_th)
- สุจิตรา พิทักษ์. (2558). ผลของการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดย เภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองหอย อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 128-136.
- หัตติน สติปัญญาเลิศ. (2557). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงในประชาชนที่อาศัยอยู่เขต*

พื้นที่แนวชายแดน ไทย-พม่า จังหวัดแม่ฮ่องสอน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อินทิรา ศรีพันธ์. (2562). โรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร. *วารสารนครราชสีมา*, 26(1), 64-72.

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์, และรัตติยา อักษรทอง. (2560). *โครงการความจำเป็นในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากมุมมองของผู้ป่วยและแพทย์ (รายงานผลการวิจัย)*. นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์ศิษย์.

เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสสรดา หนูมคำ, และณิชนม รักกะเปา. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 28(1), 182-196.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. doi: 10.2307/2137284

Appel, L. J., Champagne, C. M., Harsha, D. W., Cooper, L. S., Obarzanek, E., Elmer, P. J., & Young, D. R. (2003). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the premier clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 289(16), 2083-2093.

Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting andersen's behavioral model of health services use: A systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*, 9, Doc11. doi: 10.3205/psm000089

Bigdeli, M., Jacobs, B., Men, C. R., Nilsen, K., Van Damme, W., & Dujardin, B. (2016). Access to treatment for diabetes and hypertension in rural cambodia: Performance of existing social health protection schemes. *PloS one*, 11(1), e0146147.

Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 203-210. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020203.x>

Campbell, S. M., & Roland, M. O. (1996). Why do people consult the doctor? *Family practice*, 13(1), 75-83.

Choi, S. H., & Kim, Y. H. (2016). Factors affecting korean registered nurses' intention to implement smoking cessation intervention. *Osong Public Health Res Perspect*,



7(1), 63-70. doi: 10.1016/j.phrp.2015.11.008

- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). San Francisco: Academic Press.
- Cubriilo-Turek, M. (2004). Stroke risk factors: Recent evidence and new aspects. *International Congress Series, 1262*, 466-469. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ics.2003.12.036>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching *Social support: An interactional view*. (pp. 319-366). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Daniel, W. W. (2018). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. Wiley. United States: John Wiley & Sons.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207-218. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.207
- Fisher, E. B., Brownson, C. A., O'Toole, M. L., Shetty, G., Anwuri, V. V., & Glasgow, R. E. (2005). Ecological approaches to self-management: The case of diabetes. *American Journal of Public Health, 95*(9), 1523-1535.
- Groer, M. W., & . (2001). *Behavioral processes in human illness states*. Philadelphia: Lippincott.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4*(1), 189-210.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci, 10*(2), 227-237. doi: 10.1177/1745691614568352
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison, H. C., Joel, H., & Ortiz, J. E. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *The Journal of the American Medical Association, 331*(5), 507-520.
- Joint National Committee. (2003). The seventh report of the joint national committee

- on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*, 289(9), 2560-2572.
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Legido-Quigley, H., Pocock, N., Tan, S. T., Pajin, L., Suphanchaimat, R., Wickramage, K., . . . Pottie, K. (2019). Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *Bmj*, 366, l4160. doi: 10.1136/bmj.l4160
- Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keesey, J., . . . Newhouse, J. P. (1986). Use of medical care in the rand health insurance experiment: Diagnosis-and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical care*, 24(9), S1-S87.
- Mackay, J., & Mensah, G. A. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Geneva: World Health Organization.
- McLachlan, J. C., & Whiten, S. C. (2000). Marks, scores and grades: Scaling and aggregating student assessment outcomes. *Medical education*, 34(10), 788-797.
- Mwenda, A. K., Kirigia, C., Kamweru, P. K., & Gitonga, L. K. (2021). Factors affecting health seeking behaviour in hypertensive patients of imenti north sub county, kenya. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 8(1), 37-42.
- Palmer, C. A., Baucom, D. H., & McBride, C. M. (2000). Couple approaches to smoking cessation *The psychology of couples and illness: Theory, research, & practice*. (pp. 311-336). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Peek, M. K., & Lin, N. (1999). Age differences in the effects of network composition on psychological distress. *Social Science & Medicine*, 49(5), 621-636.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and hiv risk behavior change. In preventing aids (pp. 5-24). Boston, MA: Springer.
- Supiano, M. A. (1997). Hypertension. In C. K. Cassal, H. J. Cohen, E. B. Larson, D. E. Meier, N. N. Resnick & L. Z. Rubenstie (Eds.), *Geriatrics medicine*. New York: Springer.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social*

*Behavior*, 145-159.

- Turan, G. B., Aksoy, M., & Çiftçi, B. (2019). Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 46-51.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488-531.
- Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). The relationship between social support and major depression: Cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *J Nerv Ment Dis*, 188(5), 251-258. doi: 10.1097/00005053-200005000-00001
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 132-138. doi: 10.1037/0022-006X.67.1.132
- World Health Organization. (2002). *Reducing risks, promoting healthy life: Method summaries for risk factors assessed in chapter 4*. Retrieved December 25, 2020, from [http://www.int/entity/whr/2002/en/summary\\_riskfactors\\_chp4pdf](http://www.int/entity/whr/2002/en/summary_riskfactors_chp4pdf)
- Zheng, S., Ren, Z. J., Heineke, J., & Geissler, K. H. (2016). Reductions in diagnostic imaging with high deductible health plans. *Medical care*, 54(2), 110-117.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและการระดับวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
เพศ	<p>มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>เพศหญิง (อ้างอิง = 0)</p> <p>เพศชาย = 1</p>
อายุ	<p>อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>60-89 ปี (อ้างอิง = 0)</p> <p>18-59 ปี = 1</p>
อาชีพ	<p>มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>เกษตรกรรม (อ้างอิง = 0)</p> <p>ไม่ได้ประกอบอาชีพ, ค้าขาย,รับจ้างทั่วไป</p> <p>ราชการ/รัฐวิสาหกิจ, ธุรกิจส่วนตัว</p> <p>พนักงานบริษัทเอกชน,อื่น ๆ = 1</p>
รายได้	<p>มาตราอัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>5,000 บาท ขึ้นไป (อ้างอิง = 0)</p> <p>ต่ำกว่า 5,000 บาท = 1</p>
ระดับการศึกษา	<p>มาตราอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3),มัธยมศึกษา</p> <p>ตอนปลาย (ม.6)/ปวช,อนุปริญญา/ ปวส.</p> <p>ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า, สูงกว่าปริญญาตรี</p> <p>(อ้างอิง = 0)</p> <p>ไม่ได้รับการศึกษา, ประถมศึกษา = 1</p>
สถานภาพสมรส	<p>มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น)</p> <p>คู่ (อ้างอิง = 0)</p> <p>โสด/หย่า/แยก/หม้าย = 1</p>

## ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและการระดับวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) น้อยกว่า 5 ปี (อ้างอิง = 0) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี = 1
ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มี (อ้างอิง = 0) ไม่มี = 1
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ	มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อื่น ๆ (อ้างอิง = 0) โรงพยาบาลพิชัย = 1
สิทธิการรักษา	มาตรฐานนามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) บัตรทอง (อ้างอิง = 0) ประกันสังคม, ประกันสุขภาพสมัครใจ สวัสดิการข้าราชการ = 1

## ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและการระดับวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ	มาตราอัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) 0.50-10 กิโลเมตร (อ้างอิง = 0) มากกว่า 10 กิโลเมตร = 1
ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับ บริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	มาตราอัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) 0-15 นาที (อ้างอิง = 0) มากกว่า 15 นาทีขึ้นไป = 1
ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิก โรคความดันโลหิตสูง	มาตราอัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) 1-120 นาที (อ้างอิง = 0) มากกว่า 120 นาที = 1
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
การได้คำรับความแนะนำจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
ความสามารถในการเข้าถึงบริการ	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
แรงสนับสนุนทางสังคม	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
ความมั่นใจในการให้บริการ	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1

## ภาคผนวก ก แสดงตัวแปรและการระดับวัดตัวแปร (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1
อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่	อัตราส่วน (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ (อ้างอิง = 0) สูง = 1

## การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบ

## พหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (เป็ทมา สุพรรณกุล ,2561) พบว่า

1. ค่าความเฉลี่ยคลาดเคลื่อน = 0 โดยพิจารณาจาก Residuals Statistics พบว่าค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ 0) และ S.D.เท่ากับ 0.962 (เกณฑ์ คือ S.D.เข้า 1)
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ แปลผลจาก Normal probability plot
3. ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.02 (เกณฑ์คือ 1.5-2.5)
4. ความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ทุกค่าของตัวแปรอิสระ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatterplot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่
5. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ (ตามเกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.127-3.271 (เกณฑ์ คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10)และ Tolerrance มีค่าตั้งแต่ 0.306-0.888 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

แบบสอบถามงานวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

**คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม**

การศึกษาครั้งนี้ เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยจำเป็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ตามความเป็นจริงโดย ไม่ต้องเขียนชื่อ-สกุล และที่อยู่ของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการศึกษาเพื่อทำการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น ทั้งนี้ข้อมูลที่ท่านตอบจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถในการใช้ข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการติดตามการรักษาให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

โดยเนื้อหาแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยนำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โดยขอท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามในแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อตามประเด็นนั้น ๆ ผู้วิจัยขอขอบคุณในความร่วมมือของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณอย่างยิ่ง

ผู้วิจัย

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยนำ

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ ( ) หรือกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
2. อายุ .....ปี (นับจำนวนเต็มปีถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)
3. อาชีพ  
( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. เกษตรกรรม  
( ) 3. ค้าขาย ( ) 4. รับจ้างทั่วไป  
( ) 5. ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 6. ธุรกิจส่วนตัว  
( ) 7. พนักงานบริษัทเอกชน ( ) 8. นักเรียน/นักศึกษา  
( ) 9. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
5. ระดับการศึกษา  
( ) 1. ไม่ได้รับการศึกษา ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)/ปวช.  
( ) 5. อนุปริญญา/ ปวส. ( ) 6. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า  
( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี
6. สถานภาพสมรส  
( ) 1. โสด ( ) 2. คู่  
( ) 3. หย่า/แยก ( ) 4. หม้าย
7. ระยะเวลาที่ท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง .....ปี
8. ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ตอบได้หลายข้อ)  
( ) 1. ภาวะหัวใจวาย ( ) 2. หลอดเลือดในสมองแตก  
( ) 3. อัมพฤกษ์ ( ) 4. อัมพาต  
( ) 5. ไตวายเรื้อรัง ( ) 6. ประสาทตาเสื่อม  
( ) 7. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง 8. ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละข้อให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน</b>					
1. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายได้ง่ายกว่าคนปกติ					
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ตาพร่ามัวประสาทตาเสื่อมหรือตาบอดได้ง่ายกว่าคนปกติ					
3. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ง่ายกว่าคนปกติ					
4. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนที่มีระดับ					
5. การมีระดับค่าความดันโลหิตที่สูงทำให้เกิดหลอดเลือดสมองตีบ/แตกได้ง่ายกว่าคนที่มีระดับความดันโลหิตปกติ					
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง</b>					
6. โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตส่งผลต่อการขาดรายได้ของครอบครัว					
7. โรคความดันโลหิตสูงหากเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต จะเพิ่มภาระในการดูแลให้ครอบครัว					
8. โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ					
9. โรคความดันโลหิตสูงหากหลอดเลือดในสมองแตกอาจทำให้เสียชีวิตได้					
10. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจวายมากกว่าคนปกติ					

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์ของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>					
11. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำ ต่อเนื่องจะช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติ เช่น หลอดเลือด ในสมองแตกซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันโรคและแก้ไขปัญหา สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้					
12. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงทำให้ได้รับ ความรู้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องและเหมาะสม					
13. การมารับบริการตรวจวัดความดันโลหิตจะทำให้ทราบ ผลระดับความดันโลหิตเพื่อให้แพทย์ปรับยา/ลดยาให้ เหมาะสมกับภาวะโรคโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุม ระดับความดันโลหิตได้					
14. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติ ตนตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม					
15. การมารับบริการโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรค ความดันโลหิตจะทำให้ท่านสามารถพูดคุยวางแผนร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในการควบคุมโรคของท่านได้ทำให้ได้มีส่วนร่วม ในการวางแผนรักษาพยาบาลตนเอง					
<b>การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา</b>					
16. ระยะเวลาในการมารับบริการในคลินิกโรคความดัน โลหิตสูงแต่ละครั้งใช้เวลานานทำให้ท่านรู้สึกเสียเวลารอ คอย					

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการติดตามการรักษา (ต่อ)</b>					
17. การให้บริการต่าง ๆ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงมี ขั้นตอนมากมายทำให้ท่านรู้สึกเกิดความยุ่งยาก					
18. เจ้าหน้าที่ตำหนิที่ท่านควบคุมระดับความดันโลหิต ไม่ได้ทำให้ท่านไม่ยอมไปรับบริการ					
19. เจ้าหน้าที่ตำหนิเมื่อท่านมารับบริการไม่ตรงตามนัดทำ ให้ท่านไม่ยอมไปรับบริการ					
20. ท่านไม่มีคนไปส่งรับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิต สูง ทำให้ท่านขาดการรักษาต่อเนื่อง					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ ( ) หรือกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ท่านใช้บริการประจำคือสถานบริการใด
  - ( ) โรงพยาบาลพิชัย
  - ( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
  - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
2. ท่านมีสิทธิการรักษาประเภทใด
  - ( ) บัตรทอง
  - ( ) ประกันสังคม
  - ( ) ประกันสุขภาพสมัครใจ
  - ( ) จ่ายเงินเอง
  - ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
3. ระยะทางระหว่างบ้านของท่านกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ท่านใช้บริการประจำ.....กิโลเมตร
4. ระยะเวลาที่ท่านใช้ในการเดินทางมารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง.....นาที
5. ระยะเวลาในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย.....นาที
6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้ารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูงกี่ครั้ง.....ครั้ง

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งในแต่ละข้อ ให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
<b>การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง</b>			
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากโทรทัศน์			
8. ท่านได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากอินเทอร์เน็ต			
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากวิทยุ			
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากแผ่นพับ			
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากการจัดนิทรรศการในชุมชน			
<b>การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b>			
12. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
13. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง			
14. ท่านได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชนให้เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง			
15. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
<b>ความสามารถในการเข้าถึงบริการ</b>			
16. ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการได้ด้วยตนเองหรือมีคนพาไปส่ง			
17. โรงพยาบาล/รพ.สต.มีช่องทางด่วนที่สะดวกต่อการไปบริการของท่าน			
18. สถานที่รับบริการมีความสะดวก สะอาด ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการหรือมีคนพาไปรับบริการได้อย่างสะดวก			

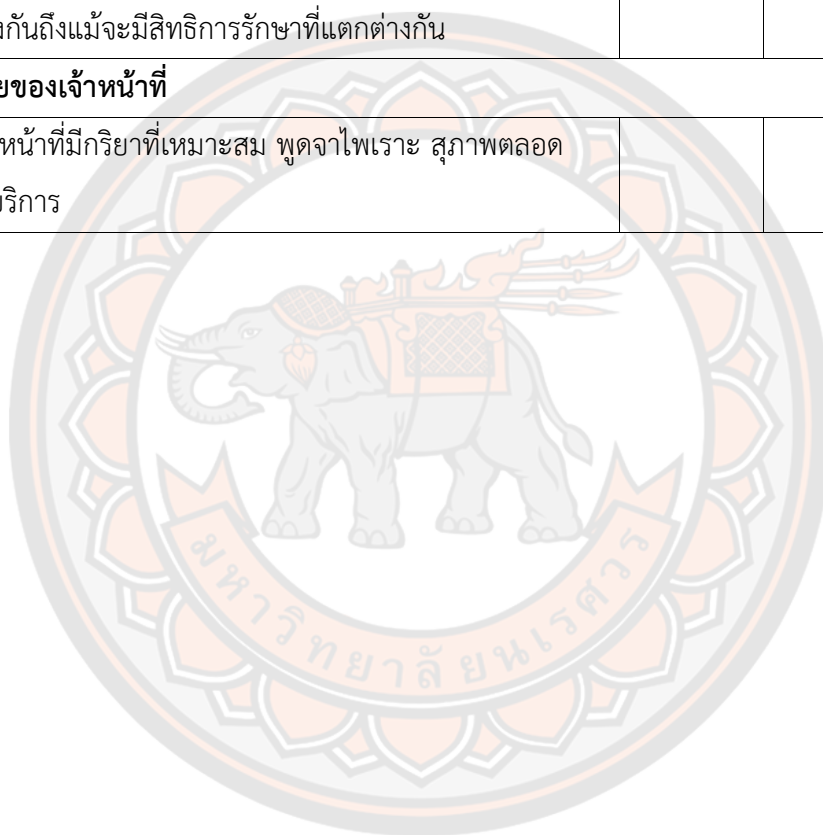
## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ข้อความ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>			
19. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยให้คำแนะนำปรึกษาหรือให้ข้อมูลเรื่องการไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูง			
20. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านเข้ารับบริการโรคความดันโลหิตสูงได้			
21.ญาติ/เพื่อนบ้านของท่านคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปรับบริการโรคความดันโลหิตสูง			
22. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถเป็นที่พึ่งยามที่ท่านมีปัญหาสุขภาพ			
23. สมาชิกในครอบครัวของท่านคอยดูแลท่านเป็นอย่างดีในการดูแลและรักษาโรคความดันโลหิตสูง			
<b>ความมั่นใจในการให้บริการ</b>			
24. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่าน มีความรู้ความชำนาญ ท่านรู้สึกมั่นใจที่มารับบริการ			
25. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่านดูแลเอาใจใส่และกระตือรือร้นพร้อมที่จะให้บริการท่าน			
26. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการท่าน สามารถให้บริการท่านและทุกคนได้อย่างครบถ้วน			
27. ท่านรู้สึกมั่นใจเมื่อเจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์สุจริต ไม่ขอสิ่งตอบแทนจากผู้รับบริการ			
28. ท่านรู้สึกมั่นใจในการมารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากมีความสะอาดและปลอดภัย			
29. สถานที่ที่ท่านมารับบริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกมีป้ายและคำแนะนำบอก			
<b>ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ</b>			
30. ท่านได้รับการบริการตามลำดับคิวก่อนหลัง			



## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน (ต่อ)

ข้อความ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
<b>ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ต่อ)</b>			
31. ผู้ให้บริการ ให้บริการท่านและทุกคนอย่างเสมอต้นเสมอปลายทุกคน			
32. การรับบริการของท่านได้รับการดูแลรักษาเหมือนเดิมไม่แตกต่างกันถึงแม้จะมีสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน			
<b>อริยาคัยของเจ้าหน้าที่</b>			
33. เจ้าหน้าที่ที่มีกริยาที่เหมาะสม พุดจาไพเราะ สุภาพตลอดการให้บริการ			



## ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 063/2022  
IRB No. P2-0411/2564



AF 14/6.0

### คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปีวิจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรดาณี น้อยมา  
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์  
วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

#### เอกสารรับรอง

1. PF 01 Submission for Post Approval Report เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 มีนาคม 2566

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาวลี คาทิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 08 กุมภาพันธ์ 2565

วันหมดอายุ : 08 กุมภาพันธ์ 2566

วันที่รับรองต่อเบื้องต้นครั้งที่ 1 : 16 มีนาคม 2566

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 08 กุมภาพันธ์ 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้จะมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ตำเนินการวิจัยตามทีละบุไไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสั้ภาษาณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะทีมีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวทีให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาทีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อกำเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงทีเกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายใ้ระยะเวลาทีกำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาทีกำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน 1 เดือน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. เอกสารทุกฉบับทีได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยทีได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 063/2022)

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ทีอยู่ในทีประชุมวันทีรับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย (หากร้องขอล่วงหน้า) เอกสารทีรับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก

