

ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่.

Health literacy and factors related to medication among patients with hypertension  
Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai Province

อรุณี หล้าเขียว<sup>1</sup>, ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

<sup>2</sup>คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

**บทคัดย่อ**

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 251 คน ผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความฉลาดทางด้านสุขภาพและการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (ได้แก่ Spearman Rank Correlation Two-Independent Sample test และ K- Independent Sample test)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 (S.D. = 2.499) มีคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 (S.D. = 1.634) พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.227$ ,  $P\text{-value} = < 0.001$ ) และปัจจัยด้านอายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เชื้อชาติ ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ต่อไป

**คำสำคัญ :** ความฉลาดทางด้านสุขภาพ / ความดันโลหิตสูง / การรับประทานยา

## Abstract

The goal of this cross-sectional survey study was to investigate an association between two health related factors (health literacy and health factors) and medication of 251 among patients with hypertension in Ban Piang Luang Subdistrict health promoting hospital, Chiang Mai Province. Personal information, health literacy and medication were obtained by using questionnaires. Data was analyzed with descriptive statistics: frequency, percentage, mean and standard deviation and inferential statistics (Spearman, Two-Independent Sample test and K- Independent Sample test).

The results showed that the mean health literacy was in moderate level with the mean score equals to 46.62 (S.D. = 2.499). A medication score equals was 5.61 (S.D. = 1.634) health literacy were direct correlated with medication at 0.01 significant level, with the correlation coefficient,  $r$  equals to 0.227 (P-value = <0.001). The factors of age, education, occupation, income, race and blood pressure were associated with medication at 0.01 significant level.

**Keywords: Health literacy / hypertension / medication**

## บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่าประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน และ สิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในชาย และ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน (ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้นเพราะไม่ได้รับการรักษา และในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (ชาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2556)

จากสถานการณ์ดังกล่าวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวงนั้นเป็นพื้นที่ชายแดนติดกับพม่า ข้อมูลประชากรปี 2556 ของตำบลเปียงหลวงนั้นมีประชากรอาศัยอยู่จำนวน 13,104 คน (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม จากองค์การบริหารส่วนตำบลเปียงหลวง, 2556) มีประชากรหลากหลายเชื้อชาติชนเผ่า อาทิเช่นเชื้อชาติไทย เชื้อชาติไทยใหญ่หรือพม่า จีนฮ่อ ลีซอหรือลีซู จากการสรุปข้อมูลประจำปีของโรงพยาบาลเวียงแหง พบว่าในพื้นที่ตำบลเปียงหลวงนั้นมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงสุดในจำนวนของผู้ป่วยเรื้อรังของอำเภอเวียงแหง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยการให้ข้อมูลจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลเวียงแหงล่าสุด มีจำนวน 575 คน (โรงพยาบาลเวียงแหง, 2557) และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอีก อันเนื่องมาจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ อย่างเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเรื่องความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ และความฉลาดทางด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นต้น การให้สุศึกษาก็เป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพให้ลดลงได้

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้

ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554) เพื่อหาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มารับการรักษาและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ นำไปสู่การพัฒนางานบริการของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ศึกษาความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่จัดทำขึ้น กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จำนวน 251 คน ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา สัญชาติ สิทธิในการรักษา จำนวนยาที่รับประทาน ความรู้เรื่องโรคและยา ความฉลาดด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล เฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้ยาต่อเนื่อง ณ รพ.สต.บ้านเปียงหลวง ช่วงเดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนตุลาคม 2557

### การทบทวนวรรณกรรม

#### แนวคิดหลักการทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ความฉลาดทางสุขภาพ(Health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 (Mancuso J.M.,2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลายจากการทบทวนนิยาม และความหมายของ Health literacy พบว่า ยังมีพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามการประยุกต์ใช้และบริบทที่เป็นปัญหาของประเทศในภูมิภาคต่างๆ คำนิยามที่มีการใช้และถูกอ้างอิงมากที่สุดเป็นนิยามของดอน นัทบีม (Nutbeam D.) ซึ่งนิยามไว้ดังนี้ “ทักษะทางสังคม และการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริม และรักษาสุขภาพ” (ปี ค.ศ. 2009) สามารถจำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดย Kickbusch (2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า “เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (numeracy skill) อาทิ การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียน และวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย”

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐาน และการมีพหุปัญญา (social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความฉลาดทางสุขภาพระดับวิจรรณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (individual action) และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงของบุคคลกับสังคม และสุขภาพของประชาชนทั่วไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 200 คน ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผลการศึกษา พบว่า ระดับความดันโลหิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กัน

ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมาก และให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมระดับมาก ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ส่วนระยะเวลาที่ได้รับบริการและจำนวนเม็ดยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, อายุและความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, เพศ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนมื้อยาที่รับประทานในแต่ละวัน และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาโดยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

Kalichman, et al. (2008) ทำการศึกษาเรื่อง The Association between Health Literacy and HIV Treatment Adherence รูปแบบการศึกษาคือ survey research ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 145 คน เครื่องมือใช้แบบสัมภาษณ์ ประเมินความฉลาดทางด้านสุขภาพโดยใช้ TOFHLA ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา (adherence) 71% และผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพเพียงพอ

### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 30 ปีขึ้นไป มาเข้ารับการรักษา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 575 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรดังนี้ (Supanvanich and Podhipak, 1994)

$$n = \frac{NZ2\alpha/2}{4Nd2 + Z2\alpha/2}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 231 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและข้อมูลไม่ครบ จึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 เป็นขนาดตัวอย่าง 251 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการในช่วงเดือน สิงหาคม 2557 ถึงตุลาคม 2557 จนครบจำนวนจึงจะหยุดเก็บข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นแบบสอบถามรายบุคคลประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ สิทธิในการรักษา ค่าความดันโลหิต โรคประจำตัว จำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทาน จำนวนรายการยา ค่าความดันโลหิตสูงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) การประเมินความฉลาดด้านสุขภาพ แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) จำนวน 12 ข้อ โดยจะแบ่งระดับของคะแนนความฉลาดทางสุขภาพตาม Bloom, Benjamin S. 1971

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง แบบรายงานผลด้วยตัวเอง (Self-Report) อ้างอิงมาจากการศึกษาของกณิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล (2549) เป็นวิธีที่ยินยอมมาประยุกต์ใช้ในทางคลินิกเนื่องจากทำได้ง่าย สะดวกในการใช้งานกับผู้ป่วยจำนวนมาก

### วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนแรก ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่สอง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ แนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ให้ความกับผู้ป่วยพิจารณา หรือปรึกษาญาติก่อนตัดสินใจ โดยนำไปพหุศาสตร์ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านอย่างละเอียดก่อน เพื่อทำความเข้าใจ ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงอธิบายวัตถุประสงค์ การวิจัย คำตอบของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะนำไปใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกระบวนการรักษา

ขั้นตอนที่สาม ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตัวเอง และตรวจสอบความถูกต้อง ทันทีหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จ

ขั้นตอนที่สี่ ทำการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่จัดทำขึ้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้ Spearman Rank Correlation Two-Independent Sample test และ K- Independent Sample test เนื่องจากตัวแปรของ แต่ละกลุ่มมีการแจกแจงไม่ปกติ

การพหุศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมของ มหาวิทยาลัยพะเยา

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลด้านประชากร

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.3 มีอายุระหว่าง 30 - 90 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.73 ปี (S.D. = 12.053) โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 51 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน หนังสือ คิดเป็นร้อยละ 76.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50.2 ผู้ป่วยมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 0 - 8360 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 911 บาท (S.D. = 1265.751) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นเชื้อชาติไทยใหญ่ร้อยละ 57.4 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ 120-139/80-89 ร้อยละ 56.2 จำนวนรายการ ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นประจำส่วนใหญ่คือ 2 รายการต่อวันคิดเป็นร้อยละ 50.2 จำนวนเม็ดยาลด ความดันโลหิตที่ผู้ป่วยรับประทานส่วนใหญ่คือ 2 เม็ดต่อวัน ร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับบริการ โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพบุคคลต่างด้าว ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	มัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. เพศ				
หญิง	189	75.3		
ชาย	62	24.7		
2. อายุ (ปี)				
30 - 50	54	21.6	60.73	12.053
มากกว่า 50 - 70	147	58.4		
มากกว่า 70 - 90	50	20		
3. สถานภาพ				
สมรส	128	51		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	119	47.4		
โสด	4	1.6		
4. ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	191	76.1		
ประถมศึกษา	57	22.7		
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.4		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	0.8		
ปวส./ ปวช.	-	-		
อนุปริญญา	-	-		
ปริญญาตรี	-	-		
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-		
5. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	126	50.2		
รับจ้าง/ลูกจ้าง	74	29.5		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	39	15.5		
เกษตรกร	9	3.6		
ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	2	0.8		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	มัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. อาชีพ (ต่อ)				
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.4		
เกษียณอายุ	-	-		
นักเรียน/นักศึกษา	-	-		
อื่น ๆ	-	-		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
0 - 1,000	173	68.9	911	1265.751
1,000 - 2,000	39	15.5		
2,000 - 3,000	35	14		
3,000 บาทขึ้นไป	4	1.6		
7. เชื้อชาติ				
ไทยใหญ่	144	57.4		
ไทย	66	26.3		
จีนฮ่อ	37	14.7		
ลีซอ	4	1.6		
8. ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน				
น้อยกว่า 120 / 80 มิลลิเมตรปรอท	78	31.1		
120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท	141	56.2		
140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท	31	12.4		
160/100 ขึ้นไป มิลลิเมตรปรอท	1	0.4		
9. จำนวนรายการยาที่รับประทานเป็นประจำ				
1 รายการต่อวัน	70	27.9	1.97	0.67
2 รายการต่อวัน	126	50.2		
3 รายการต่อวัน	48	19.1		
4 รายการต่อวัน	7	2.8		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	มัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
10. จำนวนเม็ดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ทานรับประทาน				
1 เม็ด/วัน	64	25.5	2.2	0.993
2 เม็ด/วัน	99	39.4		
3 เม็ด/วัน	62	24.7		
4 เม็ด/วัน	22	8.8		
5 เม็ด/วัน	3	1.2		
6 เม็ด/วัน	1	0.4		
12. สิทธิการรักษา				
สิทธิหลักประกันสุขภาพบุคคลต่างด้าว	184	73.3		
สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท	64	24.7		
สิทธิข้าราชการ	3	1.2		
สิทธิประกันสังคม	1	0.4		
ชำระเงินเอง	1	0.4		

2. ความฉลาดทางด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูง ร้อยละ 34.7 มีระดับความฉลาดทางสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 64.5 และมีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ร้อยละ 0.8

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความฉลาดทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อรวมคะแนนทั้ง 12 ข้อ โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 60 คะแนน พบว่า คะแนนความฉลาดทางสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 46.62 คะแนน (S.D.=2.499)

3. การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ มีร้อยละ 45 ระดับคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.4 และมีระดับคะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.6 เมื่อรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 10 คะแนน พบว่า คะแนนการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 คะแนน (S.D.=1.634)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
  - 4.1 ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.989)
  - 4.2 ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.501$ , P-value = < 0.001)
  - 4.3 ปัจจัยด้านสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = < 0.000)
  - 4.4 ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = < 0.000)
  - 4.5 ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = < 0.000)
  - 4.6 ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.477$ , P-value = < 0.000)
  - 4.7 ปัจจัยด้านเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = 0.000)
  - 4.8 ปัจจัยด้านค่าความดันโลหิตปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.015)
  - 4.9 ปัจจัยด้านจำนวนรายการยาที่รับประทานเป็นประจำไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.616)
  - 4.10 ปัจจัยด้านจำนวนเม็ดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.892)
  - 4.11 ปัจจัยด้านสิทธิการรักษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-value = < 0.001)
  - 4.12 ปัจจัยด้านความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.227$ , P-value = < 0.000)

**ตารางที่ 2** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัย	การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	
	r	P - value
เพศ	-0.001	0.989
อายุ	- 0.501	< 0.000***
สถานภาพ	-0.482	< 0.000***
ระดับการศึกษา	0.568	< 0.000***
อาชีพ	-0.412	< 0.000***
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.477	< 0.000***
เชื้อชาติ	-0.243	0.000***
ค่าความดันโลหิตปัจจุบัน/ล่าสุด	-0.166	0.015*
จำนวนรายการยาที่รับประทานเป็นประจำ	-0.023	0.616
จำนวนเม็ดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทาน	-0.009	0.892
สิทธิการรักษา	-0.260	< 0.000***
ความฉลาดทางด้านสุขภาพ	0.227	< 0.000***

\* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

\*\*\* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 1 และสอดคล้องกับงานวิจัยของทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สาเหตุที่มีความสัมพันธ์ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-70 ปี (ร้อยละ 58.4) ซึ่งมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบในการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอเท่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

2. ปัจจัยด้านสถานภาพ พบว่าสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 3 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกมลรัตน์ อินธิศักดิ์ (2551) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา คือ อายุ สถานภาพ การสื่อสาร การให้ข้อมูล ยาพอเพียง ยาหลายชนิด และยากินง่าย สาเหตุที่สัมพันธ์เพราะว่าสถานภาพของแต่ละคนที่แตกต่างกัน เช่นคนที่ สมารถอยู่ด้วยกัน จะมีความรู้การปฏิบัติตัวในการรับประทานยา การดูแลซึ่งกันและกันได้ดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรืออยู่คนเดียว

3. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 4 และสอดคล้องกับงานวิจัยของทินมณี ทิพย์ปัญญา (2547) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สาเหตุเพราะยังมีการศึกษาสูงยังมีการรับรู้เข้าใจในการรับประทานยาได้ถูกวิธี ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีการศึกษาที่ส่งผลต่อการอ่าน การเข้าใจในวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้องถูกวิธี

4. ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 5 และการศึกษานี้ยังแตกต่างกับงานวิจัยของสุภรินทร์ หาญวงศ์ (2548) ที่กล่าวว่าพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีผลในการรับประทานยา

5. ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 6 และสอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล (2549) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ รายได้ และแรงสนับสนุนจากสังคม สาเหตุเพราะกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นส่วนใหญ่จึงส่งผลต่อการรับประทานยา

6. ปัจจัยด้านเชื้อชาติ พบว่าเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 7 อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติไทยใหญ่และไทย ประกอบกับการได้รับการศึกษาจึงทำให้ค่าความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $P\text{-value} = 0.000$ ) สาเหตุเพราะในพื้นที่เป็นพื้นที่ชายแดนมีหลากหลายเชื้อชาติ และเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับประทานยา เนื่องจากการสื่อสารที่ได้รับอาจจะไม่ตรงกับความเข้าใจจึงมีผลต่อการรับประทานยา

7. ปัจจัยด้านค่าความดันโลหิตปัจจุบัน/ล่าสุด พบว่าค่าความดันโลหิตปัจจุบัน/ล่าสุด มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 8 และสอดคล้องกับงานวิจัยของปิยนุช เสาวภาคย์ (2549) ที่กล่าวว่าระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุเพราะกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีการบริโภคอาหาร การปฏิบัติตน จึงส่งผลต่อระดับค่าความดันโลหิตในการรับบริการแต่ละครั้ง

8. ปัจจัยด้านสิทธิการรักษา พบว่าสิทธิการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 11 เนื่องจากว่าพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยกลุ่มคนต่างด้าว เช่น ไทยใหญ่ จีนฮ่อ และลีซอ สิทธิการรักษาพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่ผลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้สิทธิการรักษาคือบัตรประกันสุขภาพต่างด้าวเป็นส่วนมาก

9. ปัจจัยด้านความฉลาดทางด้านสุขภาพ พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ข้อที่ 12 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kalichman (2008) ที่ว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพเพียงพอและสอดคล้องกับการศึกษาของ Kalichman (1999) ที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นตัวแปรสำคัญที่ใช้ทำนาย adherence ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับประทานยาสูตรแยกเม็ด ผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำมักจะกินยาไม่สม่ำเสมอ สาเหตุที่ความฉลาดทางด้านสุขภาพสัมพันธ์ต่อการรับประทานยา ซึ่งเกิดขึ้นจากความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง เมื่อมีความรู้ มีทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น

#### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในเรื่องความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจำนวน 3 ด้าน คือได้แก่ รายได้ และแรงสนับสนุนจากสังคม

1. ด้านนโยบายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหงและโรงพยาบาลเวียงแหงควรร่วมมือกันวางแผนนโยบาย จัดทำแนวทาง (guideline) หรือมาตรการเชิงรุก ในการพัฒนาความฉลาดทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริม สนับสนุน พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

2. เชิงปฏิบัติ พบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาความดันโลหิตสูง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปฏิบัติดังนี้

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาค่าความดันโลหิตสูงในประชากรที่มารับบริการในสถานบริการตั้งแต่แรกเพื่อจะได้ป้องกัน แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยด้านพฤติกรรมต่าง ๆ อันจะมีผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะได้มีปัจจัยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

#### เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ อินธิศักดิ์. (2551). ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ปีที่4(1), 34-41.
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานทิโอเรทิคัล. วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

จิตชนก ถิ่นวิเศษ. (2556). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเชิงทอง ตำบลระแหง อำเภอเมือง จังหวัดตาก. ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ธารินี พงษ์นันท์, นิตยา พันธุ์เวทย์. (2556). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2557, จาก <http://thaincd.com/document/file/download/leaflet>.

ธิดารัตน์ สุจิตธรรม, วิทยา กุลสมบุรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ณ โรงพยาบาลตากสิน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, ปีที่10(1), 29-39.

ทินมณี ทิพย์ปัญญา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส กับความมีวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศศิธร อุดตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

รจนาไฉน สิงห์เรศร์. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ศุภรินทร์ หาญวงศ์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส และความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

Bloom, Benjamin S. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York : McGraw-Hill.

Somchai Supanvanich, Amornrath Podhipak. (1994). **EPIDEMIOLOGY**. Second printing Mahhidol University.

Kalichman, S. C. (1999). **Adherence to Combination Antiretroviral Therapies in HIV Patients of Low Health Literacy**. J GEN INTERN MED, 14, 267-273.

- Kalichman, S. C. and Rompa, D. (2000). **Functional Health Literacy Is associated With Health Status and Health-Related Knowledge in People Living With HIV-AIDS.** Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 25(4), 337-344.
- Kalichman, S. C., Pope, H., White, D., Cherry, C., Amaral, C. M., Swetzes, C., et al. (2008). **The Association between Health Literacy and HIV Treatment Adherence: Further Evidence from Objectively Measured Medication Adherence.** J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic), 7(6), 317-323.
- Morrell, RW; Park, DC; Kidder, DP; Martin, M. (1997). **Adherence to antihypertensive medications across the life span.** The Gerontologist, 37: 609-19.