

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์*

Factors Affecting Service Receiving among Hypertensive Patients in Phichai District, Uttaradit Province*

รดาณีนี น้อยมา, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Radamanee Noima, M.P.H. (Public Health)¹

รุ่ง วงศ์วัฒน์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Rung Wongwat, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: October 12, 2024

Revised: December 5, 2024

Accepted: December 10, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการรับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 388 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยนำเข้า แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .76-.88 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .71-.90 และแบบสอบถามการรับบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกแบบทวิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rwongwat@yahoo.com

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 78.87 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (AOR = 3.80, 95% CI = 1.56–9.27, $p < .01$) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (AOR = 1.12, 95% CI = 1.51–2.42, $p < .05$) ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62, $p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23, $p < .05$) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07, $p < .01$) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59, $p < .01$) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27, $p < .05$) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98, $p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20, $p < .05$) ความมั่นใจในบริการ (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41, $p < .01$) และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการครบตามเกณฑ์

คำสำคัญ: การรับบริการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional analytic research aimed to investigate service receiving and factors affecting service receiving among hypertensive patients. The samples were 388 hypertensive patients in Phichai District, Uttaradit Province. The research instruments included a predisposing factor questionnaire, a need factor questionnaire with reliabilities in the range of .76–.88, an enabling factor questionnaire with reliabilities in the range of .71–.90, and a service receiving questionnaire. Data were collected from June to August 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

The research results revealed that 78.87% of hypertensive patients had met the index of services. The factors that statistically significantly affected service receiving among hypertensive patients were composed of age (AOR = 3.80, 95% CI = 1.56–9.27, $p < .01$), sick period (AOR = 1.12, 95% CI = 1.51–2.42, $p < .05$), having complications (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62, $p < .01$), perceived violence (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23, $p < .05$), types of health service offices (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07, $p < .01$), receiving information by oneself (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59, $p < .01$), receiving advice from health officials

(AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27, $p < .05$), ability to access the service (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98, $p < .05$), receiving social support (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20, $p < .05$), service confidence (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41, $p < .01$), and equality in access to services (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13, $p < .05$).

This research suggests that healthcare workers should promote perceived violence, provide clear advice, and enhance the ability to access the service, service confidence, and equality in access to services among hypertensive patients. This will help the patients meet the index of services.

Keywords: Service receiving, Hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2013) ส่วนประเทศไทยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,306,070 คน 1,366,495 คน และ 1,478,433 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 12.05, 13.07 และ 13.13 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 2 (ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์) ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่า จังหวัดอุตรดิตถ์มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,292.35, 1,296.35 และ 1,186.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และพบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 ร้อยละ 23.91 และ 24.44 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศไทย ที่ร้อยละ 24.70

ส่วนสถานการณ์ของอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.52 และ 28.22 ตามลำดับ โดยพบว่า อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีค่าสูงกว่าของจังหวัดอุตรดิตถ์และของประเทศไทย (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2563)

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในแง่การค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลและผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป โดยมีการประมาณการว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554–2573 ต้นทุนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท ซึ่ง 1 ใน 4 ของประชากรโลกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการเสียชีวิตก่อนวัย 60 ปี นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังก่อให้เกิดการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ป่วย และการเพิ่มต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) โดยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการติดตามการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จนอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย โรคไตเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม ตาบอด

พิการหรืออาจเสียชีวิตได้ (อาณัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี้ นามจันทร์, 2563) หากมีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

จากรายงานข้อมูลของจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการติดตามการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงครบตามเกณฑ์ (2 ครั้ง ขึ้นไป) ก่อนช่วงต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 67.07, 8.97 และ 23.96 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2563 พบการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 66.70, 9.56 และ 23.74 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า การไม่รับบริการมีอัตราสูงกว่าการรับบริการจำนวน 1 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2563 อำเภอพิชัยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด รับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 73.31, 5.96 และ 20.72 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์, 2564) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการติดตามการรักษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจติดตามและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี ซึ่งพบว่า การรับบริการไม่ครบตามเกณฑ์ยังสูงถึงร้อยละ 26 ส่วนการรับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด คือรับบริการอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ เมื่อเทียบอัตราการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป พบว่า อำเภอพิชัยมีอัตราการรับบริการต่ำกว่าของจังหวัดอุดรดิตถ์ การที่ผู้ป่วยไม่รับบริการติดตามการรักษาส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 อำเภอพิชัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการติดตามการรักษาไม่ครบ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุม

ระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 16.67 และพบว่า ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.17 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 18.53 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา (ทีนุชา ทันทวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์ กิระพงษ์, 2559) เพศ สถานภาพสมรส อายุ (Mwenda, Kirigia, Kamweru, & Gitonga, 2021) และอาชีพ (Choi & Kim, 2016) ปัจจัยจำเริญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, 2562) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ (ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ, 2559) และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ หน่วยบริการประจำ อรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ (สุจิตรา พิทักษ์, 2558) สิทธิการรักษา (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, 2562) ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความมั่นใจในบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ, 2559) ระยะเวลาในการรอคอย (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ, 2561) การได้รับการสนับสนุนจากญาติ และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสรา หนูมคำ, และฉิมชน รักกะเปา, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตัวแปรย่อยตามสภาพบริบทของพื้นที่ ยังไม่พบการนำทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) มาเป็นกรอบในการค้นหาปัจจัยที่เป็นภาพกว้างที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยจำเริญ และปัจจัยสนับสนุน

ทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) กล่าวไว้ว่า การที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัย

ที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ ทัศนคติ และความรู้ 2) ปัจจัยจำเป็น เป็นความจำเป็นที่ผู้รับบริการรับรู้ (perceived need) มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพ ความจำเป็นที่ผู้รับบริการประเมิน (evaluated need) และการตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความต้องการเข้าถึงบริการ และ 3) ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการรับบริการสุขภาพ โดยความต้องการเกิดจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ส่วนทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) กล่าวว่า บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะเข้ารับบริการเมื่อเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ โดยองค์ประกอบที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันและพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค สำหรับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวถึงสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในทางที่ต้องการและบรรลุเป้าหมาย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทจากครอบครัว จากกลุ่มเพื่อน และจากผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การศึกษามีความครบถ้วนในหลายมิติ โดยทฤษฎีพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพช่วยอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพช่วยอธิบายว่าผู้รับบริการเข้าใจในโรคและการรักษาอย่างไร อันมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของเครือข่ายสนับสนุนในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

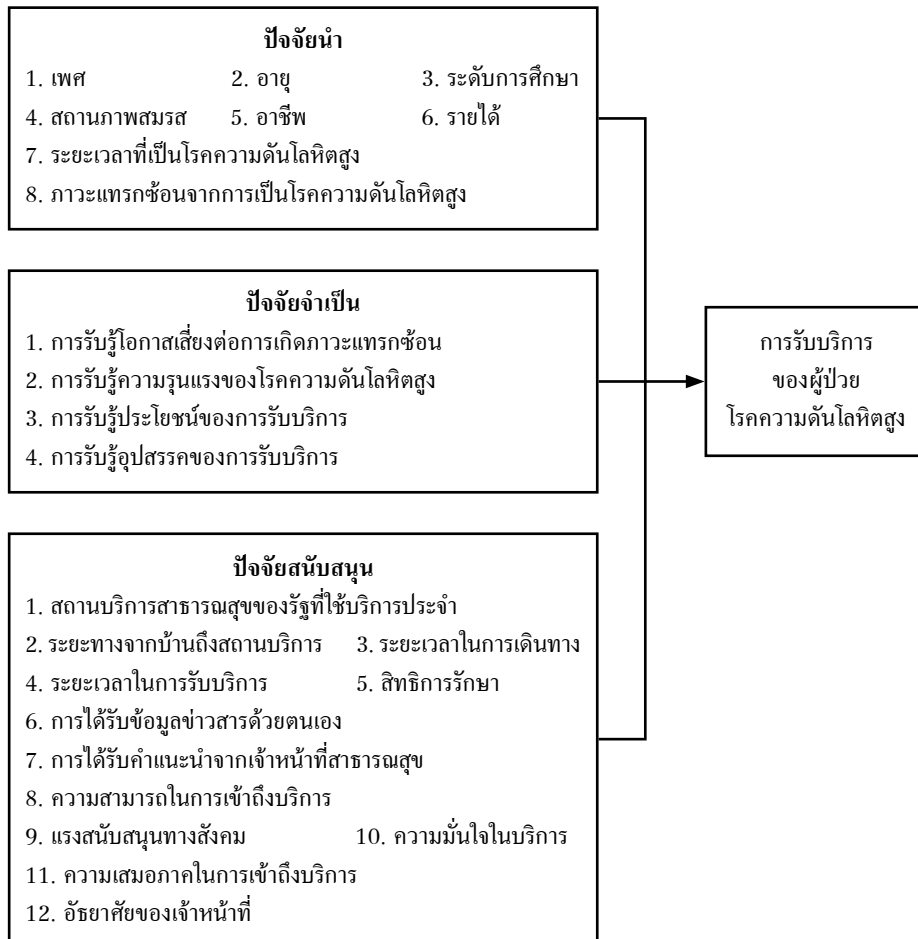
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง) ปัจจัยจำเป็น (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ) และปัจจัยสนับสนุน (สถานบริการ สาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรับบริการ สิทธิการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และอรรถยาศัยของเจ้าหน้าที่) มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) โดยศึกษาตัวแปรตาม คือ การใช้บริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนตัวแปรต้นประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น และปัจจัยสนับสนุน เนื่องจากมีการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามดังกล่าว ได้แก่ หน่วยบริการประจำอัยยาศัยของเจ้าหน้าที่ (สุจิตรา พัทธกิจ, 2558) สิทธิ

การรักษา ระยะทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ (พิลา รัฐ ภูริธรรณรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, 2562) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความมั่นใจในการบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ, 2559) ระยะเวลาในการรอคอย (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ, 2561) การได้รับการสนับสนุนจากญาติ และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (เอกชัย ชัยยาทา และคณะ, 2563) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 12,637 คน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบ มีตัวตนอยู่จริง และมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในอำเภอพิชัย 2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (Daniel & Cross, 2018) แทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ .26 (จากการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ [2559]) ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าเท่ากับ 5% และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับเลขการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยในแต่ละสถานบริการ (ประกอบด้วยโรงพยาบาลพิชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง) จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 33 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 4 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบริการตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น ผู้วิจัย

สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (McLachlan & Whiten, 2000) คือ มีการรับรู้ปัจจัยจำเป็นในระดับต่ำ (ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้) และในระดับสูง (สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยสนับสนุนด้านสถานบริการและสิทธิการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรับบริการ และสิทธิการรักษา จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนด้านอื่นๆ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านความมั่นใจในบริการ จำนวน 6 ข้อ ด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 27 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผล

คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (McLachlan & Whiten, 2000) คือ มีการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนในระดับต่ำ (ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้) และในระดับสูง (สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามที่ให้ผู้ป่วยระบุจำนวนครั้งที่มารับบริการ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ ส่วนการแปลผลอิงตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ หากผู้ป่วยรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป ให้เป็นกลุ่ม 1 (กลุ่มรับบริการครบ) และหากรับบริการจำนวน 1 ครั้งหรือไม่รับบริการ ให้เป็นกลุ่ม 0 (กลุ่มรับบริการไม่ครบ)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยจำเป็น (ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ) และแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน ส่วนที่ 2 (ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเรื้อรัง อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอปากท่อ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .76, .78, .86, .88, .76, .87, .71, .87, .90 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 063/2022 และ IRB No. P2-0411/2564 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอพิชัย ติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อให้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกการใช้แบบสอบถาม และผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรับบริการ จากนั้น อสม. พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20–30 นาที เมื่อได้รับแบบสอบถามครบตามจำนวนในแต่ละพื้นที่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรับบริการโดยเทียบกับข้อมูลในทะเบียนการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยจำเป็น ข้อมูลปัจจัยสนับสนุน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับบริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.95 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 57.54 ปี ($SD = 11.33$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.43 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.16 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.61 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60.56 โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,403.09 บาทต่อเดือน ($SD = 6,605.05$) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.53 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 7.95 ปี ($SD = 5.39$) และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 54.90 โดยเป็นไตวายเรื้อรัง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.76

2. ปัจจัยจำเป็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.93 ($M = 20.37, SD = 2.73$) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.32 ($M = 21.22, SD = 2.67$) มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.53 ($M = 19.18, SD = 1.72$) และมีการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.02 ($M = 15.04, SD = 3.56$)

3. ปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 55.93 ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการอยู่ในช่วง .50–10.00 กิโลเมตร คิดเป็น

ร้อยละ 73.71 โดยมีระยะทางเฉลี่ย 7.41 กิโลเมตร ($SD = 7.23$) ใช้ระยะเวลาในการเดินทางอยู่ในช่วง 0–15 นาที มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.12 โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 18.99 นาที ($SD = 12$) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรับบริการอยู่ในช่วง 1–120 นาที คิดเป็นร้อยละ 81.19 โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 86.10 นาที ($SD = 66.10$) ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือ บัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 85.82 มีการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.44 ($M = 1.90, SD = .49$) มีการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.28 ($M = 1.90, SD = .49$) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.57 ($M = 2.82, SD = .33$) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.03 ($M = 2.81, SD = .33$) ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 65.21 ($M = 2.89, SD = .26$) ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.01 ($M = 2.91, SD = .24$) และรับรู้ว่าอรรถยาของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.89

4. การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับบริการครบตามเกณฑ์จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.87

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.1 ปัจจัยนำ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 18–59 ปี มีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60–89 ปี 3.80 เท่า ($AOR = 3.80, 95\% CI = 1.56–9.27, p < .01$) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคมานานกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี 1.12 เท่า ($AOR = 1.12, 95\% CI = 1.51–2.42, p < .05$) และภาวะแทรกซ้อน

จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสรับบริการครบลดลงร้อยละ 72 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

5.2 ปัจจัยจำเป็น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ 1.87 เท่า (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

5.3 ปัจจัยสนับสนุน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ โดยผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลพิชัยมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2.19 เท่า (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07, $p < .01$) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับต่ำ 3.11 เท่า (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59,

$p < .01$) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำ 3.89 เท่า (AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27, $p < .05$) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ 7.55 เท่า (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98, $p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 3.10 เท่า (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20, $p < .05$) ความมั่นใจในบริการ โดยผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในบริการในระดับต่ำ 3.24 เท่า (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41, $p < .01$) และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ป่วยที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ 3.89 เท่า (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($n = 388$)

ปัจจัย	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
ปัจจัยนำ				
อายุ				
60–89 ปี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
18–59 ปี	1.75 (1.07–2.87)	.025	3.80 (1.56–9.27)	.003
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง				
น้อยกว่า 5 ปี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	2.09 (1.10–3.72)	.029	1.12 (1.51–2.42)	.020

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 388) (ต่อ)

ปัจจัย	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
มี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ไม่มี	1.95 (1.14–3.31)	.014	.28 (1.13–2.62)	.002
ปัจจัยจำเป็น				
การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	1.61 (1.03–2.51)	.035	1.87 (1.83–4.23)	.032
ปัจจัยสนับสนุน				
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
โรงพยาบาลพิชัย	2.18 (1.29–3.68)	.003	2.19 (1.95–5.07)	.006
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	.25 (.15–.43)	< .001	3.11 (1.47–6.59)	.003
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	2.50 (1.29–9.57)	< .001	3.89 (1.34–11.27)	.012
ความสามารถในการเข้าถึงบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.09 (2.47–15.32)	< .001	7.55 (1.46–38.98)	.016
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.94 (2.22–13.23)	< .001	3.10 (1.17–8.20)	.023
ความมั่นใจในบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.47 (2.81–17.73)	< .001	3.24 (2.73–14.41)	.009
ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	9.14 (3.59–23.26)	< .001	3.89 (3.88–17.13)	.030
อรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	1.93 (1.07–15.35)	< .001	1.81 (.30–10.75)	.515

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านร่างกาย อาจมีปัญหาสุขภาพ เช่น ข้อต่อเสื่อม ปวดกล้ามเนื้อ ข้อจำกัดด้านจิตใจและพฤติกรรม มักขาดแรงจูงใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการพบแพทย์ และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการเนื่องจากมีรายได้ค่อนข้างน้อย ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความแข็งแรงสามารถเดินทางมารับบริการที่สถานบริการที่ใช้บริการประจำได้ดีกว่า จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจำเป็นต้องมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ มีความกลัวต่อผลกระทบที่ร้ายแรงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคในระยะเวลาที่สั้นกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Legido-Quigley et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 5 ปี มีความตระหนักเรื่องการรับบริการและวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับบริการมากขึ้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้

เกิดความกลัว ต้องดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของปูลวิษฐ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2557) ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมเข้ารับบริการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมเมื่อประเมินแล้วเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดการพัฒนาด้านความเชื่อ และมีเจตคติที่ดีต่อการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญญา วงศ์พิริโยธา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลพิชัยมีโอกาสรับบริการครบกว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลสูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในด้านอุปกรณ์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และบุคลากรในส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อธิบายได้ว่าการรับรู้ข้อมูลด้วยตนเองจะทำให้มีการจดจำและเกิดความเข้าใจได้ดี ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ที่พบว่า การแสวงหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ ศรีสมโภชน์ (2557) ที่พบว่า การให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการมารับบริการ ในส่วนความสามารถในการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความสะดวกสบายในการเดินทาง อีกทั้งสถานบริการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ทำให้สะดวกในการรับบริการ จึงมีโอกาสรับบริการครบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกมารับบริการ คือ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เรื่องความสะดวกสบายในการเดินทาง และการมีช่องทางด่วนสำหรับการให้บริการ ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม อธิบายตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน คอยให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนให้มารับบริการ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและต้องการเข้ารับบริการ (Fisher et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนให้กำลังใจและการใส่ใจจากญาติมีความสัมพันธ์กับการรับบริการและตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Turan, Aksoy, and Çiftçi (2019) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนความมั่นใจในบริการ อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หากสถานบริการของรัฐให้บริการอย่างมีคุณภาพ บุคลากรมีความรู้ความชำนาญ คอยดูแลเอาใจใส่ และมีความกระตือรือร้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า ผู้รับบริการมีความมั่นใจในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดบริการที่มีคุณภาพ และในส่วนของความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่า ความเสมอภาคในการบริการเป็นการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ โดยสถานบริการสาธารณสุขจะยึดหลักการให้บริการอย่างเสมอภาค ทำให้ส่งผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า การเพิ่มคุณภาพของการบริการด้านความเสมอภาค การไม่เลือกปฏิบัติ มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค ให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการครบตามเกณฑ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับบริการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลจำนวนและอัตราตาย
ด้วยโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น
จาก [https://bps.moph.go.th/new_bps/
KPITemplate_MOPH](https://bps.moph.go.th/new_bps/KPITemplate_MOPH)

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
อุดรดิตถ์. (2563). *สถานการณ์โรคความดัน
โลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์*. สืบค้นจาก [http://
ggg.gg/uu3k](http://ggg.gg/uu3k)

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด
ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).
พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์
กัระพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย
สุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสาร
ความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(31), 26–36.

บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อ
ประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิก
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 33(5), 451–456.

ปลุวิชัย ทองแดง, และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557).
ประสิทธิภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*,
15(3), 288–295.

พิลาวัณ ภูระธีรานรัชต์, และอภิญญา วงศ์พิริโยธา.
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการ
คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์.
*วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์
บุรีรัมย์*, 34(2), 257–272.

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาพยาบาลใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางแก้ว
จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล
และการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(1), 1–14.

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวง
สาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่*.
สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์.
(2564). *จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่
ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุข*. สืบค้น
จาก [https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/
index.php](https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2563). *สถานการณ์
โรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก
[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). ผลของการเข้าถึงระบบบริการ
สุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองหอย อำเภอดอยหล่อ
จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 128–136.

อานัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี้ นามจันทร์.
(2563). การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณ
เตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.
วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท., 2(1),
30–44.

เอกชัย ชัยยาทา, ลักสรดา หนู่มคำ, และณิชนัน รักกะเปา.
(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมมารับประทานยาและการ
มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน. *วารสาร
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 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
- Choi, S. H., & Kim, Y. H. (2016). Factors affecting Korean registered nurses' intention to implement smoking cessation intervention. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(1), 63–70. doi:10.1016/j.phrp.2015.11.008
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (11th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- 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. doi:10.2105/AJPH.2005.066084
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Legido-Quigley, H., Naheed, A., de Silva, H. A., Jehan, I., Haldane, V., Cobb, B., ... Jafar, T. H. (2019). Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study. *PLoS One*, 14(1), e0211100. doi:10.1371/journal.pone.0211100
- McLachlan, J. C., & Whiten, S. C. (2000). Marks, scores and grades: Scaling and aggregating student assessment outcomes. *Medical Education*, 34(10), 788–797. doi:10.1046/j.1365-2923.2000.00664.x
- 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. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20205675
- 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. doi:10.1177/109019818801500203
- 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. doi:10.1016/j.jvn.2018.10.005
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. Retrieved from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/