

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

พณิกา จันทร์ดีแก้วสกุล

นางสาวพณิกา จันทร์ดีแก้วสกุล
ผู้วิจัย

พณิกา งาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทยา วัฒนา,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

พณิกา งาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร.พณิกา อัครปทุมวงศ์

รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์,
Ph.D. (Science)
รักษากรแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รักษนก ดชไกร

รองศาสตราจารย์รักษนก ดชไกร,
ปร.ค. (การพยาบาล)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

.....
พินิตา จันทร์ดีแก้วสกุล

นางสาวพินิตา จันทร์ดีแก้วสกุล
ผู้วิจัย

.....
ผศ. วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทยา วัฒนา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัรดา ไกรนุวัตร,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผศ. วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ดร. วิจัย

รองศาสตราจารย์ วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์,
Ph.D. (Science)
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ดร. วิจัย

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทิชา วัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความรู้ คำปรึกษาต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือส่งเสริมในทุกๆด้านตลอดการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัณดา ไกรนุวัตร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่อนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูล และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช ศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่อำนวยความสะดวกและเอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล รวมถึงเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ พยาบาลทุกๆท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม เป็นผลให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จไปได้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้องทุกๆท่าน รวมถึงเพื่อนๆ ที่น่ารัก รุ่นพี่และพี่นักศึกษาปริญญาโททุกๆท่าน และคนอื่นๆอีกมากมายที่ให้กำลังใจ สนับสนุน และให้การช่วยเหลืออย่างดีเสมอมา

พนิดา จันทรดีแก้วสกุล

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION

พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล 5637957 NSCN / M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒายุ, Ph.D. (NURSING), นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนายนี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นั่นคือ มีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 84 ราย ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความเครียดทางสุขภาพ แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี stepwise

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (52.40 %) อายุเฉลี่ย 54 ปี สำหรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.00$, $SD = 1.09$) “การสนับสนุนทางสังคม” เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด (ขั้นที่ 1) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 15.10 และ “ความเครียดทางสุขภาพ” เป็นตัวทำนายในลำดับต่อไปที่ดีที่สุด หลังจากที “การสนับสนุนทางสังคม” รวมอยู่ในสมการถดถอย (ขั้นที่ 2) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.1 ($R^2 \text{ change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดทางสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$) สำหรับอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($\beta = .368$, $p = .000$) รองลงมา คือ ความเครียดทางสุขภาพ ($\beta = .285$, $p = .005$)

การศึกษานี้ สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งพยาบาลในการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมความเครียดทางสุขภาพที่เพียงพอให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง / ความดันโลหิตสูง / ความเครียดทางสุขภาพ / การสนับสนุนทางสังคม / การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

195 หน้า

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH
UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION

PANIDA JANDEEKAWSAKUL 5637957 NSCN / M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTAYU, Ph.D. (NURSING),
NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This prediction correlational design aimed to study self-management behavior and factors predicting self-management behavior among uncontrolled essential hypertension patients. The study sample comprised of eighty-four patients with blood pressure more than 140/90 mmHg at public health centers, Bangkok Health Department. A purposive sampling was used to recruit the subjects. Data were collected using questionnaires including personal data, Social support, Health literacy, Patient-provider communication, and Self-management behavior questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regressions with stepwise method. Results of the study showed that more than a half (52.40%) of sample was female, with the mean age of 54 years old. For self-management behaviors, it was found that the score of self-management behavior was at a low level ($\bar{X}=2.00$, $SD = 1.09$). "Social support" was the single best predictor (step 1), and 15.10% of the variance was accounted. "Health literacy" was the next best predictor after "social support", and was included in the model (step 2). "Health literacy" accounted for an additional 8.1% (R^2 change = .081) of the variability. Altogether, they could explain 23.20% of variability in self-management ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$). Age, gender, education level and patient-provider communication could not predict self-management behavior among patient uncontrolled essential hypertension. Social support was the most important predictor of self-management behavior among hypertensive patients ($\beta = .368$, $p = .000$), followed by Health literacy ($\beta = .285$, $p = .005$). The study finding could be used as a guideline for healthcare providers, including nurses to develop a self-management behavioral program for hypertensive patients by enhancing social support and promoting health literacy to practice self-management behavior effectively.

KEY WORDS: SELF-MANAGEMENT/HYPERTENSION/HEALTH LITERACY/ SOCIAL SUPPORT

PATIENT-PROVIDER COMMUNICATION

195 pages

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	10
วัตถุประสงค์การวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตการวิจัย	10
กรอบแนวคิดการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย	14
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	15
ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	15
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	25
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตัวแปรที่ศึกษา	32
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	59
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
สถานที่เก็บข้อมูล	61
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	61
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	66
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	69
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย	71
บทที่ 5 อภิปรายผล	87
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	103
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	109
แบบสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	128
บรรณานุกรม	146
ภาคผนวก	159
ประวัติผู้วิจัย	195

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา	72
4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ระดับความดันโลหิต	73
4.3 จำนวน ร้อยละ พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกฉานทางสุขภาพ ด้านการอ่าน	75
4.4 จำนวน ร้อยละ พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกฉานทางสุขภาพ ด้านความเข้าใจในการอ่าน	76
4.5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุน ทางสังคม	77
4.6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ	78
4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุม ระดับความดันโลหิตไม่ได้	80
4.8 จำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงสุด 5 อันดับ ที่ปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และ ไม่เคยปฏิบัติ	81
4.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	83
4.10 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้	85

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

1.1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

12



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลก(World Health Organization : WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึง 1,000 ล้านคน ซึ่ง 2 ใน 3 ของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและได้คาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1,560 ล้านคน ทั้งนี้ในประเทศไทยพบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราป่วย 1,025.44 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาปี พ.ศ. 2558 อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเป็น 1,894.46 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2558 จากอัตราตาย 3.64 ต่อประชากรแสนคน เป็น 12.1 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559)

ผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.9 (เพศหญิงร้อยละ 68.9 เพศชายร้อยละ 58.7) รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 56.8 (เพศหญิงร้อยละ 60.1 เพศชายร้อยละ 52.6) กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 44.0 (เพศหญิงร้อยละ 49.6 เพศชายร้อยละ 47.2) และกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 32.7 (เพศหญิงร้อยละ 32.1 เพศชายร้อยละ 33.4) เมื่อพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 6.3) ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 1.2) ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 0.5) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ภาครัฐมีความจำเป็นต้องจ่าย ซึ่งภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 14,328 รายต่อแสนประชากร คิดเป็นค่ารักษาเฉลี่ย 831 บาทต่อรายในผู้ป่วยนอก และเฉลี่ย 4,586 บาทต่อรายในผู้ป่วยใน รวมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 2,465 ล้านบาทต่อปี และหากประมาณการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน จะต้องเสียค่ารักษาประมาณ 79,263 ล้านบาทต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553)

ทั้งนี้ผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในภาพรวมของประเทศ พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองมากกว่าชนบททั้งในชายและหญิง ซึ่งหากจำแนกความชุกของโรคความดันโลหิตสูงกระจายตามภูมิภาคพบว่ากรุงเทพมหานคร มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่สุด (ร้อยละ 29.8) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 24.5) และภาคเหนือ (ร้อยละ 23.5) มีความชุกใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ (ร้อยละ 21.6) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 15.2) จากข้อมูลสรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2554-2557 ของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร 68 แห่ง พบว่า จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2554 ทั้งหมด 387,271 รายต่อมาในปี พ.ศ. 2555 – 2557 พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนลดลงและเพิ่มขึ้นแบบปีเว้นปี ล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 409,927 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ถือว่ามีจำนวนมากและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันสิ่งที่กำลังเป็นปัญหาและน่าวิตก คือ ในจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.2 ในเพศชาย และร้อยละ 35.2 ในเพศหญิง ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์มากกว่าเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาก่อน เนื่องจากไม่เคยตรวจสุขภาพ และยังคงพบว่าร้อยละ 6.1 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา และในกลุ่มที่ได้รับการรักษาประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วย หรือร้อยละ 19.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2559) สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคล จึงส่งผลให้อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดการตนเองเป็นการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตน โดยที่บุคคลนั้นเป็นผู้ประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังการติดตามอาการ และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น (พัชรียา สีสัจกร, 2556) ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือ การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยมีการจัดการตนเอง (self-management) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจน

ควบคุมอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงปัญหาที่สำคัญนี้ จึงได้มีนโยบายที่จัดการกับปัญหาโรควิถีชีวิตที่สำคัญตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้นเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญในรูปแบบของการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ของผู้ป่วย เนื่องจากพบสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 5 โรค ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงจัดว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มาจากการดำเนินวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้อง การสนับสนุนการจัดการตนเองจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการดูแลความเจ็บป่วย ทราบถึงวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จในการดูแลตนเองเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอได้ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2553 พบพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (การทานผักและผลไม้ไม่บ่อย การทานอาหารรสชาติเค็มมากเกินไป) การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ และมีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าความชุกโดยรวมของพฤติกรรมสุขภาพในประชากรอายุ 15-74 ปี ในปี พ.ศ. 2547 จาก ร้อยละ 3.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.3 ในปีพ.ศ. 2553 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีจะสามารถช่วยแก้ปัญหาการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้

พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management behavior) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง (Udlis, 2011; Bosworth et al., 2010; Perez, 2011; Clark et al., 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้คำจำกัดความของพฤติกรรมจัดการตนเองค่อนข้างหลากหลาย บางการศึกษามีการให้ความหมายคล้ายคลึงกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการจัดการตนเอง ทั้งนี้การดูแลตนเองถูกมองว่าเป็น โครงสร้างที่กว้าง (Bengtsson, 2015) และการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองที่รวมไปถึงกระบวนการของการรักษาสุขภาพที่ดีและการจัดการกับความเจ็บป่วยในโรคต่างๆ (Riegle & Carlson, 2002) เป็นกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพผ่านการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันที่ดี (Akhter, 2010) หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหาทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆของตน เพื่อควบคุม

ระดับความดันโลหิตและสภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ (สุมาพร สุจันงค์, 2555; พัชรียา สีห์จักร์, 2555; Lee et al., 2010; Chang & Lee, 2014; Gu et al., 2014) การจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Flynn et al., 2013; Gu et al., 2014) ความเข้าใจต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย การสร้างเสริมพลังอำนาจ ทักษะทางการรู้คิดต่อการจัดการตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ (Bengtsson, 2015)

Akhter (2010) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบังกลาเทศ ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะผสมผสานการดูแลสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน (Self-integration) การควบคุมพฤติกรรมของตนเองและการติดตามอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง (Self-regulation) การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า การดูแลสุขภาพที่ดีเกี่ยวข้องกับการร่วมมือกันของทั้ง 2 ฝ่าย (Interaction with health professional and significant others) การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อปรับกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Self-monitoring) และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Adherence to recommended regimens) จากการศึกษาพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบังกลาเทศอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อคิดคะแนนแยกแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ด้านการติดตามด้วยตนเอง (Self-monitoring) มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงสุด และในด้านการบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำสุด นอกจากนี้การศึกษาของ Lee และคณะ (2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มของ Korean American พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ Yang และคณะ (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้หญิงสูงอายุรายได้น้อยในเกาหลีใต้ พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ ตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด ตรงเวลา มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเองนั้นมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล หรือปัจจัยอื่นๆ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นในปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ความแตกฉานทางสุขภาพ (Chang & Lee, 2014; Yang et al., 2013; Lee et al., 2010; Morris et al., 2006; McNaughton et al., 2013; Persell et al., 2007; Kim, 2009; เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2554; พัชรีย์ สีห์จักร, 2555; อุมพร ปุญญโสพรรณ และคณะ, 2554) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (บุญเรียง พิสมัย และคณะ, 2555; ปญญาภรณ์ ลาอุณ และคณะ, 2554; ภัทราวลัย ศิติดสาร และคณะ, 2556; Hu et al., 2015; Lee et al., 2010; Matthew et al., 2012; Schoenthaler et al., 2009; Schoenthaler et al., 2012) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความตระหนักความเชื่อทัศนคติด้านสุขภาพ (วันวิสา รอดกล่อม, 2555; Gu et al., 2014; Zhang et al., 2009; Hekler et al., 2008) ฯลฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ โดยอายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆ ในการจัดการตนเอง ซึ่งยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการของบุคคล (Orem, 1991) ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการจัดการตนเอง ที่แตกต่างกัน การศึกษาของ กิตติยา จุลวัฒตะกะ (2551) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ แต่กลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีแสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรียา สีห์จักร (2555) พบว่า อายุที่มากขึ้นมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่าเนื่องจากช่วงวัยทำงานต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัว ใช้ชีวิตเร่งรีบ ไม่มีเวลาในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอกจากนี้การศึกษานี้ของสุมาพร สุจันงค์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะเคยมีประสบการณ์และผ่านเรื่องต่างๆ ในชีวิตมามากกว่าทำให้ปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของโรคความดันโลหิตสูงได้ รวมทั้งพบว่าอายุมากขึ้นมีแนวโน้มในการดูแลตนเอง และสนใจในการจัดการสุขภาพของตนเองดีกว่าผู้ที่อายุน้อย (ศิริมา มิตระเกษม, 2548; Lee et al., 2010; Trivedi et al., 2008) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Yang และคณะ

(2013) พบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยมีแนวโน้มที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง เนื่องจากผู้ที่อายุมากอาจมีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติจึงมีความสามารถทางด้านกายภาพสำหรับการดูแลตนเองที่ลดลงได้

สำหรับเพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างหลายด้าน เช่น ความต้องการในสิ่งต่างๆหรือการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ รวมทั้งกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเพศที่แตกต่างกันมีผลต่อการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน (เนาวรัตน์ จันทานนท์และคณะ, 2554) จากการศึกษาของ Lee และคณะ (2010) พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเพศหญิงจะได้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต เช่น การปรุงอาหาร การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย ได้มากกว่าเพศชาย (วันวิสา รอดกล่อมและคณะ, 2555) อีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน รักสวยรักงาม จึงมีความสนใจเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (พัชรียา สีห์จักร์, 2555) และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงปัญหาทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าเพศชาย (อุมาพร ปุญญโสพรรณ และคณะ, 2554) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุมาพร สุจ้านงค์, 2555; ศิริมา มิตรเกษม, 2548) อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมเดียวกัน ทำให้การเข้าถึงบริการและการได้รับข้อมูลสุขภาพไม่ต่างกัน อีกทั้งอาการเริ่มแรกของความดันโลหิตสูงไม่ปรากฏอาการ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน

สำหรับระดับการศึกษา ซึ่งแสดงถึงระดับความรู้ กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ ดังนั้นระดับการศึกษาที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลถึงการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ จากการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน (ภัสราวลัย ศิติดิสาร และคณะ, 2556) รวมทั้งระดับการศึกษายังมีอิทธิพลทางบวกต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (พิมพ์พร คงชุม, 2553) นอกจากนี้ การศึกษาของ Chang & Lee (2014) พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีดีกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมหรือต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร สุจ้านงค์ (2555) พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ เนื่องจากผู้มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แหล่งประโยชน์เพื่อหาความรู้หลักในการดูแลตนเองได้ดีกว่า มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงข้าม มีการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันแต่พฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำที่สุด แม้ว่าการศึกษาจะบ่งบอกถึงความรู้และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล แต่ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการ

จัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2554) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ยังไม่มีความชัดเจนว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมจะช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองในปัจจัยดังกล่าวได้

นอกจากนี้ยังเชื่อว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจว่ามีความสำคัญและส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยความแตกฉานทางสุขภาพไม่ได้หมายถึง การอ่านออกเขียนได้หรือระดับการรู้หนังสือเท่านั้น แต่หมายรวมถึงความสามารถและทักษะเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีแรงจูงใจใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หากมีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอส่งผลต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้อาจมีปัญหาในการทำความเข้าใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล เช่น การอ่านฉลากยา การอ่านใบนัดไม่เข้าใจ การปฏิบัติไม่ถูกต้องตามคำที่แพทย์สั่ง (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2554) ปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยได้ จะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่กลับพบว่าไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา เช่นในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลไม่ได้ ทั้งๆที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้การรักษาอย่างเต็มที่ หรือแม้กระทั่งบางครั้งผู้ที่มีทักษะที่ดีในการรับรู้นักเรียน อาจพบข้อมูลที่ไม่เข้าใจ การตีความของข้อความ และนำไปใช้ยาก เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับนั้นมีการใช้คำศัพท์ยาก การนำเสนอไม่ดี และข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ไม่ชัดเจน ซึ่งอาจมีผลเสียต่อสุขภาพและความปลอดภัย (บังอรศรี จินดาวงศ์ และคณะ, 2557) จากการศึกษาของ McNaughton และคณะ (2013) พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Persell และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำไม่สามารถบอกชื่อยาความดันโลหิตสูงของตนเองได้เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่สูง จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อควบคุมความดันโลหิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความแตกฉานทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และยังพบว่าการมีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด นอกจากจะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ยังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ลดลงอีกด้วย (Kim, 2009)

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง และการสนับสนุนทาง

สังคมยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้เกิดการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยในด้านของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีการวางแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การดูแลตนเองและจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม (Hayden et al., 2010) นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารที่ราบรื่น มีความเป็นมิตร ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเอง ซึ่งเหตุผลเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และตั้งใจที่จะจัดการโรคด้วยตนเอง ส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จ (Ong et al., 1995) จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคุณภาพของการสื่อสารจะเป็นองค์ประกอบที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Schoenthaler et al., 2009) เช่นเดียวกันพบว่าการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่มีการสื่อสารน้อยระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Schoenthaler et al., 2012) ดังนั้นการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยที่มีผลในการจัดการโรคด้วยตนเอง (Matthews et al., 2009) จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคด้านต่างๆด้วยตนเองได้ดี

นอกจากนี้ยังเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในที่นี้หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ 3 แหล่ง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ บุคคลที่รู้จัก หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Zimet et al., 1988) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อบทบาทในการจัดการตนเองของผู้ป่วยทั้งในส่วนของการเตรียมและการเลือกรับประทานอาหาร และยังมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย (Flynn et al., 2013) นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนยังช่วยให้ผู้ป่วยยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด โดยการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ (Osamors, 2011) รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ที่สนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยตรง มีหลายงานวิจัยรายงานว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมดูแลตนเอง (สุมาพร สุจ้านงค์, 2555; พัชริยา สีห์จักร์, 2555) การที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและอาจทำให้เกิดผลดีในการเผชิญความเครียดเนื่องด้วยโรคเรื้อรัง (Chang & Lee, 2014) ซึ่งจะช่วยในการควบคุมความดันโลหิตและลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ (2013) กล่าวว่าไว้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีศักยภาพและมีอิทธิพลต่อบุคคลโดยตรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เข้ากับโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hu และคณะ (2015) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามี ความขัดแย้งกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มของ Korean Americans ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง (Lee et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการจัดการดูแลตนเองในระยะยาวและควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาในอนาคต (Perez, 2011) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นหลักสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Bodenheimer et al., 2014) เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่าปัญหาของการควบคุมความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมของตัวผู้ป่วยเอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2556) อย่างไรก็ตาม พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการจัดการตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แต่ยังพบว่าปัจจัยต่างๆที่ได้กล่าวมา มีการศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมจัดการตนเองมีอยู่น้อย และบางปัจจัยผลการศึกษายังมีความไม่ชัดเจนทำให้ไม่ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ส่งผลให้ทีมสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ รวมทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้เป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่ อย่างไร
3. อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation design) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรค

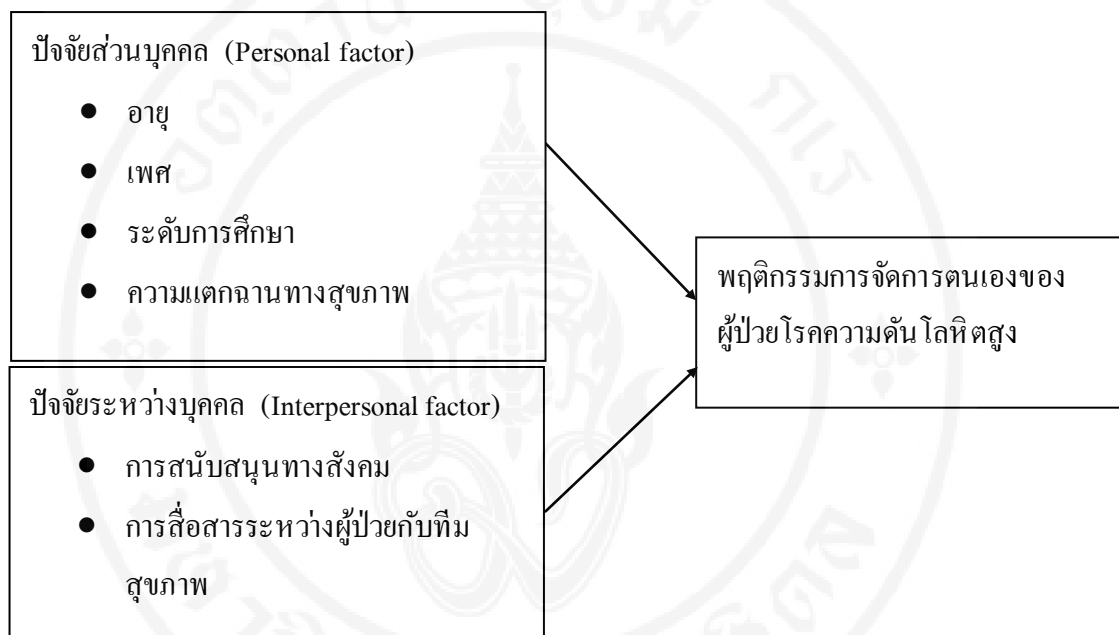
ความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีนั้น มีปัจจัยต่างๆมาเกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ซึ่งแสดงถึงวุฒิภาวะความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของแต่ละบุคคลที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ แต่การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีนั้น ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่เสมือนเป็นกุญแจสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญ หรือเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพทั้งในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคมามากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากพ่อแม่ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางจัดการตนเองที่ดีขึ้น

สำหรับแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้นำแนวคิดจากการศึกษาของ Akhter (2010) นิยามคำว่าพฤติกรรมจัดการตนเองไว้ว่า เป็นความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีเป้าหมายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. การบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) เป็นความสามารถของผู้ป่วยที่จะผสมผสานการดูแลสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน 2. การควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นการควบคุมพฤติกรรมของตนเองและการติดตามอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง 3. การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Interaction with health professional and significant others) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ ตั้งอยู่บนแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพที่ดีเกี่ยวข้องกับการร่วมมือระหว่างบุคคล 4. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การติดตามความดัน

โลหิตด้วยตนเอง เพื่อปรับกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 5. การปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภัยเจ็บจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดการดำเนินโรคไปในทางที่รุนแรงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปกรอบแนวคิดวิจัยดังนี้



แผนภูมิ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

นิยามตัวแปร

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นับตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล

1.2 เพศ หมายถึง เพศหญิงและเพศชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่ศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ความแตกฉานทางสุขภาพ หมายถึง ทักษะ และความรู้ ความสามารถของบุคคล การเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสาร การประเมิน วิเคราะห์ตีความ ด้านสุขภาพ นำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีคิด ทักษะและแรงเสริมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ซึ่งการทดสอบพื้นฐานของความแตกฉานทางสุขภาพ คือ ความสามารถในการใช้ทักษะการอ่าน การเขียน ทักษะในการคำนวณในระดับที่เพียงพอที่จะใช้ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การอ่านฉลากยา ใบสั่งยา ใบนัด และทิศทางการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทักษะพื้นฐานนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพ โดยใช้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อประเมินการอ่าน (SREALM) และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ในระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (STOFHLA) ซึ่งจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยมีการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย นำมาใช้โดย บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ (2557) ประกอบด้วยแบบประเมินการอ่านทั้งหมด 66 คำ และแบบประเมินเพื่อวัดความเข้าใจทั้งหมด 36 ข้อ

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคคลอื่นในสังคมหรือบุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนและครอบครัว ได้แก่ บุคคลที่รู้จัก บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ ในการสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ตามแนวคิดของ Zimet, Dahlem, Zimet & Farley (1988) ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย Wongpagaran (2012) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ

4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หมายถึง การได้รับรู้ข้อมูลการดูแลรักษาต่างๆระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์ ในด้านการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล การตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลวัดได้จากแบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ที่แปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย ตามแนวคิด Stewart และคณะ (2007) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ

5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะผสมผสานการดูแลสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน (Self-integration) เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเป็นต้น การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และการติดตามอาการและอาการแสดงของโรค

ความดันโลหิตสูง (Self-regulation) การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า การดูแลสุขภาพที่ดีเกี่ยวข้องกับการร่วมมือระหว่างบุคคล (Interaction with health professional and significant others) การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อปรับกิจกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Self-monitoring) และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Adherence to recommended regimens) โดยใช้แบบสอบถามที่แปลและแปลย้อนกลับเครื่องมือของ Akhter (2010) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 40 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อยอดจากผลการศึกษาในครั้งนี้ สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ทุกภาคของประเทศไทย เป็นภาวะผิดปกติของบุคคลที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าระดับปกติ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่ต้องควบคุมให้คงที่ เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินโรคและเกิดความเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด จนนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) กำหนดไว้ว่า บุคคลใดที่มีค่าความดันโลหิต โดยระดับความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท นั้นจำเป็นต้องตรวจวัดระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 3 ครั้งในขณะพัก และห่างกันอย่างน้อย 20 นาที (ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์และคณะ, 2555)

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้ให้คำนิยามโรคความดันโลหิตสูงไว้ ดังนี้

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึง ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าไม่สูง คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

Masked hypertension หมายถึง ความดันโลหิตที่วัดในคลินิก โรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าปกติ คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าสูง คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

การจำแนกและชนิดของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ ของ JNC VII

1.ความดันโลหิตปกติ คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2.ความดันโลหิตเริ่มสูง (prehypertension) มีระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

3.1 ระดับที่ 1 มีระดับความดันโลหิตตัวบน ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

3.2 ระดับที่ 2 มีระดับความดันโลหิตตัวบน มากกว่าเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

ทั้งนี้สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้จำแนกโรคความดันโลหิตสูง ตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ดังนี้

1. ความดันโลหิตที่เหมาะสม (Optimal) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ความดันโลหิตปกติ (Normal) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 80-84 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (High normal) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 85-89 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

4.1 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (Grade 1 hypertension: mild) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

4.2 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 (Grade 2 hypertension: moderate) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

4.3 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3 (Grade 3 hypertension: severe) คือ มีระดับความดันโลหิตตัวบนมากกว่าเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ มีระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่าเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งได้รับการลงรหัสโรค ICD-10 เป็นรหัส I10 ซึ่งเป็นรหัสแทนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (กนธีร์ สังขาสี และคณะ, 2555) และเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558 กล่าวคือ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

นอกจากนี้ยังมีการจำแนกชนิดตามสาเหตุ ซึ่งแบ่งได้เป็น (ลิวรรณ อนุนาภิรักษ์ และคณะ, 2555; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2546; McCance, K.L., & Huether, S.E., 2010; Gould, B.E., & Dyer, R., 2011; Story, L., 2012)

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) ซึ่งพบได้ประมาณ 90-95 % สาเหตุของอาการความดันโลหิตสูงยังไม่ทราบชัดเจน แต่เชื่อว่ามาจากปัจจัยส่งเสริมต่างๆ ดังนี้

1.1 พันธุกรรม โดยเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัว เช่น ยีน แองจิโอเทนซิน II รีเซปเตอร์ (angiotensin II receptor genes) ยีน แองจิโอเทนซิโนเจน (angiotensinogen) ยีน เรนนิน (rennin genes) และยีน เอนโดทีเลียม ไนตริก ออกไซด์ ซินเทส (endothelial nitric oxide synthetase genes) เป็นต้น ดังนั้นเมื่อยีนเหล่านี้ทำงานผิดปกติก็จะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตได้

1.2 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 55 ปี มีความดันโลหิตสูง เด็กที่มีความดันโลหิตสูง พยากรณ์ได้ว่าเกิดความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นผู้ใหญ่โดยเฉพาะเมื่อมีความอ้วนร่วมด้วย

1.3 เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 55 ปี แต่ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

1.4 เชื้อชาติ คนแอฟริกา-อเมริกา มีอุบัติการณ์เกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอเมริกันผิวขาว และมีวัยจะเข้าหมายถูกทำลายรุนแรงกว่าคนอเมริกันเชื้อสายยุโรป เชื้อสายสเปนและอเมริกันพื้นเมือง

1.5 ความอ้วน การมีน้ำหนักตัวมากมักสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ในคนที่อายุ 20-39 ปี ที่มีน้ำหนักเกินกว่าปกติจะเกิดความดันโลหิตสูงมากเป็น 2 เท่าของคนที่มีน้ำหนักปกติ

1.6 การออกกำลังกาย พบว่า การขาดการออกกำลังกาย ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลงและระดับไขมันดี (HDL) ต่ำลงด้วย ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตให้สูงขึ้น

1.7 การสูบบุหรี่ บุหรี่มีสารประกอบที่เป็นอันตรายหลายชนิด ที่สำคัญได้แก่ทาร์ (tar) ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง ส่วนคาร์บอน โมโนออกไซด์ (Carbon monoxide) จะละลายในเลือดได้ดีกว่าออกซิเจน (Oxygen) เป็นผลให้เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับออกซิเจนลดลง ส่วนนิโคติน (nicotine) จะไปเร่งการหลั่งอิพิเนฟริน (epinephrine) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ทำให้หลอดเลือดโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) ตีบตัว และหัวใจเต้นเร็วขึ้นและแรงขึ้นเป็นการเพิ่มงานให้กับหัวใจโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการจับตัวของเกร็ดเลือดและสารไขมันในเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแข็งมากขึ้น

1.8 การรับประทานอาหารเค็มเชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาณของเหลวในร่างกายและทำให้กลไกการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือกลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) เพิ่มขึ้น รวมทั้งกลไกของระบบเรนนิน แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน (renin angiotensin aldosterone system) ด้วย

1.9 การขาดโพแทสเซียม (potassium) แคลเซียม (calcium) และแมกนีเซียม (magnesium) ส่งผลกระทบ เพราะการขาดสารเหล่านี้จะทำให้เกิดการตกค้างของโซเดียม ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงได้

1.10 การดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ จะมีผลทำให้หัวใจบีบตัวแรงมากขึ้น คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉง ชีพจรเร็วขึ้น แต่ถ้าดื่มมาก จะทำให้มีอาการกระสับกระส่าย ตื่นเต้น นอนไม่หลับ หน้าแดง ปัสสาวะมาก กล้ามเนื้อกระตุก มีอาการสั่น หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นไม่เป็นจังหวะ

1.11 ความเครียด (stress) ความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตให้สูงขึ้นชั่วคราว

2. ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (secondary hypertension) พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 สาเหตุมาจากมีโรคอื่นๆชุกนามาก่อน ที่พบบ่อย ได้แก่

2.1 โรคไต (renal hypertension) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยมากที่สุด จากการตีบของเส้นเลือดที่ไตซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงการตีบของหลอดเลือดที่ไตนี้จะลดความดันเลือดที่จะมาเลี้ยงไตซึ่งนำไปสู่การปลดปล่อยเรนิน (renin) และการสร้างแองจิโอเทนซิน II angiotensin II ซึ่งเพิ่มค่าความต้านทานของหลอดเลือดในร่างกายทั้งหมด (total peripheral resistance) ให้สูงขึ้นได้โดยตรงและเพิ่มปริมาณแอลโดสเตอโรน (aldosterone) พร้อมทั้งดูดโซเดียม (sodium) กลับมาโดยทางอ้อม ผู้ป่วยโรคไตมักมีการสร้างน้ำปัสสาวะลดลง มีการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ กรวยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic pyelonephritis), ไตอักเสบ (glomerulonephritis), ไตวาย (renal failure), โรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease), การอุดตันของหลอดเลือดไต (renal artery stenosis) เป็นต้น

2.2 โรคของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine hypertension) ที่พบบ่อย ได้แก่

- ความผิดปกติของฮอร์โมนกลุ่มอะดรีโนคอร์ติโคสเตียรอยด์ โรคที่พบบ่อยได้แก่ คุชชิงซินโดรม (Cushing's syndrome) ผู้ป่วยจะมีระดับของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoid) สูง ส่วนโรคเนื้องอกต่อมหมวกไต หรือภาวะคอนซินโดรม

(Conn's syndrome) จะมีระดับของฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (aldosterone) สูง ฮอร์โมนเหล่านี้ออกฤทธิ์ส่งเสริมการดูดกลับของเกลือและน้ำที่ไตทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา

- พีโอโครโมไซโตมา (Pheochromocytoma) เป็นโรคของเนื้องอกของเซลล์โครมาฟิน (Chromaffin cell) ของต่อมหมวกไตชั้นใน ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน (epinephrine) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) มากขึ้นซึ่งจะหลั่งมาเป็นระยะๆ ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงเป็นช่วงๆ และจะมีการปวดศีรษะรุนแรง ใจสั่น เหงื่อออกมากเป็นระยะๆ ตามด้วย

2.3 การตีบของหลอดเลือดเอออร์ตา (coarctation of aorta) มักพบที่ส่วนปลายของหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (Aorta) จนถึงส่วนเริ่มต้นของหลอดเลือดแดงใต้ไหปลาร้า (subclavian) ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ใต้ปรับตัวชดเชยโดยกระตุ้นการทำงานของระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรน (renin angiotensin aldosterone system) ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

2.4 โรคบางชนิด เช่น ลิ้นหัวใจเอออร์ติครัว (Aortic valve regurgitation) ไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ภาวะซีด (Anemia) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Toxemia of pregnancy) เกิดจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยจะเกิดขึ้นหลังจาก 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ และกลับเป็นปกติที่ 12 สัปดาห์หลังคลอด แต่ถ้าหากยังคงสูงอยู่หลังจาก 12 สัปดาห์หรือความดันโลหิตสูงก่อน 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ สามารถจัดเป็นอีกประเภทหนึ่งที่เรียกว่า ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง

2.5 ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง (drug induced hypertension) เช่น ยาคุมกำเนิด ยากลุ่มสเตียรอยด์ ฮอร์โมนบางชนิด เช่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen hormone) ฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ เมื่อแก้ไขสาเหตุได้ ความดันโลหิตสูงจะกลับมามีปกติ

3. ความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา (resistant hypertension) เป็นความดันสูงที่มีความก้าวหน้าของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วเกี่ยวข้องกับยีนที่ส่งผลให้เกิดการเสื่อมสภาพของเรนิน (renin) และแองจิโอเทนซิน (angiotensin) ซึ่งทำให้เกิดโรคทางสมอง เช่น โรคสมองบวม น้ำเนื่องจากความดันในเส้นเลือดฝอยที่มาเลี้ยงสมองสูงเกินไป หากความดันของเลือดไม่ลดลง สมองจะบวมมากขึ้นและการเสื่อมสภาพของสมองก็จะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ยังเป็นสาเหตุของห้วประสาทตาบวม (papilledema) หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ภาวะของเสียคั่ง (uremia) จอตาเสื่อม (retinopathy) และ หลอดเลือดในสมองแตก (hemorrhagic stroke) เราอาจเรียกได้ว่าเป็น “ภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน” การรักษาอาจใช้ไนเตรด (nitrates) หรือเบต้า-

บล็อกเกอร์ (beta-blocker) เพื่อลดความดันเลือดลง 10-25 เปอร์เซ็นต์ในเวลาสองชั่วโมง (McCance, K.L., & Huether, S.E., 2010)

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงมักจะไม่มีอาการหรืออาการแสดงในระยะแรก แม้ว่าความดันโลหิตสูงขึ้นก็ตาม ดังนั้น ความดันโลหิตสูงจึงถูกเรียกว่า ฆาตกรเงียบ (silent killer) เพราะไม่สามารถตรวจพบได้ ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง บางคนมีอาการเจ็บป่วยเนื่องจากความดันโลหิตสูงในอดีต แม้ว่าปัจจุบันจะมีความดันโลหิตเป็นปกติแล้วก็ตาม อายุคือปัจจัยหลักๆ ในการเพิ่มโอกาสที่จะมีภาวะความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นทุกปีในเด็ก หากตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูงแล้วไม่ได้รับการรักษา อาการต่างๆ จะแสดงออกในช่วงอายุ 40-70 ปีได้ เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วความดันโลหิตก็จะสูงเพิ่มขึ้นต่อไปเรื่อยๆ ส่วนอาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปวดศีรษะ มักเป็นอาการเริ่มแรกที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอนและเป็นบริเวณท้ายทอย
2. เลือดกำเดาออกมักเป็นอาการที่พบบ่อย แต่สามารถพบได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาการเลือดกำเดาออกอาจจะหายไป
3. อาการอื่นๆ เช่น มีอาการสับสน ได้ยินเสียงรบกวนในหู ความเหนื่อยล้า ใจสั่น หน้าแดงร้อนวูบวาบ คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนซึ่งควรจะได้ได้รับการรักษาถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน อาจมองเห็นภาพซ้อน มีอาการชักเป็นอัมพาตได้ ซึ่งอาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ หากไม่สามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด มักไม่ปรากฏอาการในระยะแรก ซึ่งหากผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงนานๆ จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพภายในร่างกาย เกิดการทำลายต่ออวัยวะเป้าหมาย ส่งผลต่อชีวิต ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่

1. ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว เร่งให้มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น มีผลทำให้เกิด หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจตายและมีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจล้มเหลว เกิดภาวะโป่งพองของหลอดเลือด
2. ผลต่อสมอง ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงที่สมองแข็งและหนาตัว ซึ่งต่อมาจะเกิด
 - การโป่งพองของหลอดเลือดทั่วๆ ไปในสมอง (Multiple micro aneurysms) ทำให้มีการแตกของหลอดเลือดในสมองได้
 - โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Ischemic attacks or Cerebral Infarction) ซึ่งมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการพูด การมองเห็น มึนงง อ่อนแรง ซึมลงทันที หรือมีอาการอัมพาตของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง (Hemiplegia)
 - ภาวะการทำงานของสมองผิดปกติที่เกิดจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive Encephalopathy)
3. ผลต่อไตเกิดภาวะไตวายซึ่งเป็นผลมาจากมีการแข็งตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต และหลอดเลือดแดงฝอยที่ไปเลี้ยงไตมีการตายเฉพาะที่
4. ผลต่อตา มีการเปลี่ยนแปลงของประสาทจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินา (retina) จะมีการตีบตัวลง ถ้าเป็นมากๆ พบว่าหลอดเลือดจะหดตัวเกร็ง มีการบวมและเลือดออก ถ้ารุนแรงที่สุดก็จะมีอาการบวมบริเวณขั้วประสาทตา (optic disk) ทำให้การมองเห็นเสียไป

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การมีระดับความดันโลหิตที่อยู่ในระดับปกติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง มี 2 วิธีดังนี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; ปราณี ภูไพบระ, 2552)

1. การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา

1.1 การควบคุมน้ำหนัก ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินพบว่าถ้าลดน้ำหนักลงจะสามารถลดความดันโลหิตลงได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักลงได้ การใช้ยาที่จะลดลงด้วยตามระดับของโรคความดันโลหิตว่าสูงอยู่ที่ระดับใด น้ำหนักที่ลดลง 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะลดลงประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม ให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index) เท่ากับ 18.5-23 กิโลกรัม/ตารางเมตร

1.2 การรับประทานอาหาร พลังงานที่ได้รับจากอาหารควรให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ใช้เพื่อให้ น้ำหนักตัวเหมาะสม ควรเพิ่มอาหารประเภทเส้นใย รับประทานผลไม้เพื่อ

เพิ่มปริมาณโพแทสเซียม การรับประทานผัก ผลไม้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ซึ่งสามารถลดความดันโลหิตได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท ลดอาหารเค็ม อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ควบคุมปริมาณเกลือและไขมันในอาหารให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 6 กรัมของ โซเดียมคลอไรด์ต่อวัน ความดันโลหิตจะลดลงประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

1.3 การจำกัดแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เพียงเล็กน้อยอาจไม่มีอันตรายต่อร่างกายแต่ต้องไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้ชาย (1 ดื่มมาตรฐาน คือ เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ ประมาณ 10 กรัม หรือประมาณ 12.5 มิลลิลิตร) และไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวันในผู้หญิงและบุคคลที่น้ำหนักน้อยความดันโลหิตจะลดลงประมาณ 2-4 มิลลิเมตรปรอท และควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ เพราะคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้

1.4 การออกกำลังกาย ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดที่ต้องออกแรงเบ่งหรือมีการเกร็ง (Isometric exercise) เพราะจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้หัวใจได้บริหาร (aerobic exercise) จะทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ ควรทำประมาณครั้งละ 30-60 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท

1.5 การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ต้องงดการสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่ เพราะเนื่องจากสารนิโคตินจะเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบตัวมากขึ้น และบุหรี่ยังกระตุ้นการจับตัวของการเกร็ดเลือดและสารไขมันในเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบมากขึ้นมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงรุนแรง

1.6 การพักผ่อนและลดความเครียด การคลายเครียดและการพักผ่อนโดยใช้เทคนิคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำสมาธิ การเล่น โยคะ หรือการบำบัดทางจิตสามารถลดความดันโลหิตได้ชั่วขณะหนึ่ง พบว่าวิธีผ่อนคลายที่ดีที่สุดคือการนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลให้ระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงได้ประมาณ 10-20 มิลลิเมตรปรอท

พยาบาลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตดังกล่าวข้างต้น โดยการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมมือที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือถูกบังคับ แต่ต้องเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าใจถึงอาหารที่มีเกลือ ไขมัน และพลังงานสูง ต้องบอกให้รู้ว่าอาหารประเภทใดรับประทานได้ปกติ อาหารใดต้องจำกัด อาหารใดต้องงด และแนะนำวิธีการปฏิบัติในผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาหารเอง หลีกเลี่ยงการซื้ออาหารที่มีเกลือและไขมันสูง

นอกจากนี้พยาบาลต้องให้การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายเพื่อผลลัพธ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย

2. การควบคุมความดันโลหิตโดยใช้ยา

การรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต จะต้องพิจารณาจากปัจจัยอื่นของผู้ป่วยร่วมด้วย นอกเหนือจากระดับของความดันโลหิต ซึ่งได้แก่ การมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular risk factor) และมีภาวะสำคัญทำงานเสื่อมลงได้แก่ โรคหัวใจ (Heart disease) โรคหลอดเลือดสมองหรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (stroke or Transient Ischemic attacks) โรคไตอักเสบ (Nephropathy) โรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral arterial disease) และโรคจอตาเสื่อม (Retinopathy)

ดังนั้น ผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับความดันโลหิตเริ่มสูง ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีภาวะสำคัญทำงานเสื่อมลง ในระยะแรกควรจะพยายามลดความดันเลือดโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือยังไม่มีการให้ยา ให้เริ่มให้ยาเมื่อควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ หลังจากนั้นหากความดันโลหิตยังคงสูงอยู่จึงควรพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต แต่ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องให้ยาลดความดันโลหิตเร็วขึ้น เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วมด้วย หรือมีภาวะสำคัญทำงานเสื่อมลงแล้ว ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตจะอยู่ในระดับความดันโลหิตเริ่มสูงเท่านั้น ก็ควรให้การรักษาโดยการให้ยาลดความดันโลหิต เพื่อควบคุมระดับของความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังจะต้องให้ความร่วมมือปฏิบัติตามวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาด่วนนอกเหนือจากการรับประทานยาสม่ำเสมอ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันเลือดสูงมาก เช่น ความดันโลหิตสูงวิกฤต (hypertensive crisis) ก็จำเป็นต้องได้รับยาลดความดันโลหิตโดยทันที

ยา 4 กลุ่มต่อไปนี้ เป็นยาที่นิยมใช้กันทั่วโลก และมีหลักฐานสนับสนุนถึงผลดีในระยะยาว ได้แก่

1. กลุ่มยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (hydrochlorothiazide: HCTZ), ฟูโรซีไมด์ (Furosemide), อะมิโลโลไรด์ (amiloride), สไปโรโนแลคโตน (spironolactone), ไตรแอมเตอรีน (triamterene) เป็นกลุ่มยาแรกที่ใช้รักษาความดันโลหิตที่ต้องใช้ยาเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตอย่างเดียวไม่ได้ผล ยาในกลุ่มนี้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีและใช้ได้กับผู้ป่วยความดันโลหิตทั่วไป

2. กลุ่มแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง เอนไซม์ อินฮิบิเตอร์ (Angiotensin converting enzyme inhibitors: ACEIs) ได้แก่ แคปโตพริล (captopril), อินาพริล (enalapril), รามิพริล (ramipril), เบนาซีพริล (benazepril), ลิซิโนพริล (lisinopril), ควินาพริล (quinapril) และแองจิโอเทน

ซิง II รีเซพเตอร์ บล็อกเกอร์ (Angiotensin II receptor blockers: ARBs) ได้แก่ ลอซาร์แทน (losartan) อีโพรซาร์แทน (eprosartan) แคนดิซาร์แทน (candesartan) เออร์บีซาร์แทน (irbesartan) เทลมิซาร์แทน (telmisartan) และวาลซาร์แทน (valsartan) ยากลุ่มนี้ถูกเลือกใช้เป็นยากลุ่มแรกในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากมีคุณสมบัติในการขับปัสสาวะและรักษาหน้าที่การทำงานของไตในผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยานี้ยังใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute coronary syndrome) หัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาดีเมื่อให้ยาร่วมกับ Beta-blocker

3. กลุ่มเบต้า-บล็อกเกอร์ (beta-blocker) ได้แก่ โพรปราโนลอล (propranolol), อะทีโนลอล (atenolol), เมโทโพรลอล (metoprolol) ยากลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการลดความดันเลือดที่ใกล้เคียงกันแต่จะมีคุณสมบัติบางอย่างที่แตกต่างกัน ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเกิดจากกลไกเหล่านี้คือ ลดปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจ (cardiac output) โดยฤทธิ์ลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ และฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การยับยั้งเบต้า-บล็อกเกอร์ในสมอง ทำให้ลดระบบประสาทที่ทำให้หัวใจทำงานหนัก (sympathetic outflow) การยับยั้งการหลั่งเรนิน (rennin) ที่ไต การยับยั้งการหลั่งของแคทีโคลามีน (catecholamine) จากบริเวณส่วนปลายแอกซอน ซึ่งมีถุงซิแนปส์ที่มีสารสื่อประสาทอยู่ภายใน (presynaptic neuron)

4. กลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium channel blockers: CCBs) ได้แก่ นีเฟดิปีน (nifedipine), แอมโลดิปีน (amlodipine) ยานี้จะป้องกันแคลเซียมเข้าสู่เซลล์ มีผลทำให้ลดความดันเลือดแดง หรือภาวะที่กระทำต่อหัวใจห้องล่างหลังจากหัวใจหดตัว (Afterload) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง จึงมีข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีการนำกระแสไฟฟ้าผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการชัดเจน

สำหรับยาแอลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha-blocker) ไม่แนะนำให้ใช้เป็นยาขนานแรก ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต แต่สามารถใช้ แอลฟา-บล็อกเกอร์ (Alpha-blocker) ร่วมกับยาลดความดันโลหิตกลุ่มหลักได้ เบต้า-บล็อกเกอร์ (Beta-blocker) ก็เช่นเดียวกัน จะใช้เป็นยาขนานแรกก็ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้เท่านั้น เช่น หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หรือผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachyarrhythmia) เป็นต้น

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการ

รักษาอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติที่เหมาะสม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การให้คำจำกัดความของการจัดการตนเองนั้น มีการใช้อย่างกว้างขวางสลับกับการดูแลตนเอง (Akhter, 2010) ผู้เขียนบางกลุ่มได้ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเอง เมื่อกล่าวถึงกระบวนการที่ต้องปฏิบัติต่อโรคเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนจำนวนหนึ่งแยกคำว่า การดูแลตนเอง ออกจาก การจัดการตนเอง และมักให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลผู้มีสุขภาพดีปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่บ้านเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย ส่วนการจัดการตนเองให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่กระทำวันต่อวันที่แต่ละบุคคลนำไปปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งการจัดการตนเองที่บ้านและกลยุทธ์ต่างๆจะถูกนำไปใช้ควบคู่กับความร่วมมือและการชี้แนะโดยแพทย์ พยาบาล อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเอง ก็ต้องการความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหาทางกายภาพที่เกิดจากโรคเรื้อรัง (Clark et al., 1991) ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้

Barlow (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการตรวจสอบ และจัดการกับอาการ การรักษา ผลกระทบทางกายภาพ จิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง

Wilde & Gravin (2007) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการตรวจสอบประเมินอาการของตนและเป็นการรักษา

Mc Donald & Gibson (2006) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลนั้นๆต่อการจัดการอาการ การรักษา ปัญหาทางกายและจิตใจ พร้อมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เข้ากับการดำรงชีวิตด้วยโรคเรื้อรัง

Coleman & Newton (2005) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคเรื้อรัง ได้แก่อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับ ปัญหาทางกายและสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตน ผู้ป่วยสามารถที่จะติดตามภาวะสุขภาพของเขา และเกิดความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมและอารมณ์ ที่มีความจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

DeMonaco & Hipple (2007) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ การติดตามและจัดการอาการ อาการแสดงต่อการเจ็บป่วยของตนเอง การจัดการต่อผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ

Akhter (2010) กล่าวว่า การจัดการตนเองความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีเป้าหมายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ

Lin (2006) กล่าวว่า การจัดการโรคเรื้อรัง เป็นการติดตามด้วยตนเอง และ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

Nakagawa - Kogan (1988) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการรักษาที่ผสมผสานเทคนิคทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ที่มีเป้าหมายในการทำงานสูงสุดของกระบวนการดูแล

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ ต่อโรคเรื้อรัง ได้แก่ การจัดการกับอาการและอาการแสดง อารมณ์ ความเครียด ปัญหาทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างบุคคล รวมถึงการมารับการรักษาตามนัดสม่ำเสมอ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆของตนเองให้อยู่กับโรคเรื้อรังของตนได้อย่างมีความสุข คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

ทั้งนี้จากการศึกษาของ Akhter (2010) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) คือ ความสามารถของผู้ป่วยที่จะผสมผสานการดูแลสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยเลือกอาหารที่จะควบคุมระดับความดันโลหิต เช่น ลดการรับประทานเกลือที่มีในอาหารให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 กรัมต่อวัน รับประทานผัก ผลไม้ เมล็ดพืช ถั่วเพิ่มขึ้น และลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รวมทั้งหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลด/เลิกการสูบบุหรี่ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งควบคุมความเครียดโดยการฟังเพลง นอนหลับพักผ่อน และพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

2. การควบคุมตนเอง (Self-regulation) คือ การควบคุมพฤติกรรมของตนเองและการติดตามอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง โดยเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง และสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ให้ความสนใจสถานการณ์ที่อาจเป็นผลจากระดับความดันโลหิต ซึ่งสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดอาการ มีประสบการณ์ในการตัดสินใจและรู้วิธีการรักษาอาการที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

3. การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Interaction with health professional and significant others) คือ การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ ตั้งอยู่บนแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพที่ดีเกี่ยวข้องกับการร่วมมือกันของทั้ง 2 ฝ่าย ซึ่งพฤติกรรมนั้นๆ สะท้อนให้เห็นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคคลอื่นที่สำคัญ โดยสามารถสอบถามคำถามกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพถึงแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง การปรับตัวให้เข้ากับแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล เทคนิคต่างๆ ในการควบคุมความดันโลหิตสูง รวมทั้งการขอความช่วยเหลือผู้อื่นเกี่ยวกับการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง

4. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยสามารถตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองสม่ำเสมอ หรือเมื่อรู้สึกว่ามีอาการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อปรับกิจกรรมการจัดการตนเองและช่วยในการตัดสินใจในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. การปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำนี้รวมถึงการใช้จ่ายตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งจะต้องมาพบแพทย์ทุก 1-3 เดือน

แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง

มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองใน โรคความดันโลหิตและโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้สร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินการจัดการตนเองและนำไปใช้หลากหลาย ดังนี้

1. Gu และคณะ (2014) ใช้แบบสอบถาม Hypertension self-management behaviors ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เครื่องมือนี้สอบถามเกี่ยวกับ การติดตามระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง การควบคุมการรับประทาน โซเดียม การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการติดตามการรักษา มาพบแพทย์ตามนัด มีจำนวน 8 ข้อคำถาม เป็นแบบใช่-ไม่ใช่ (dichotomous) เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐาน แนวทางป้องกันและรักษา โรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีน มีการทดสอบค่า content validity index (CVI) เท่ากับ 0.95

2. The partners in health scale of self-management in chronic illness (PIH) ใช้ในกระบวนการคัดกรองและประเมินทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ/หรือมะเร็ง เครื่องมือนี้พัฒนาโดย Flinders University เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในศูนย์บริการสุขภาพ สร้างขึ้นบนพื้นฐานจากหลักการบริหารจัดการ

ตนเองที่มีประสิทธิภาพ 6 ประการของ Lawn และคณะ (2009) ได้แก่ 1. ทราบเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง 2. ปฏิบัติตามแผนการดูแลกับการดูแลสุขภาพของตนเอง 3. มีการตัดสินใจในการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการ ทราบถึงวิธีการดูแลตนเอง มีการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง 4. ตรวจสอบและจัดการกับอาการและอาการแสดงของโรคต่อสภาวะการเจ็บป่วย มีการติดตามผลได้อย่างต่อเนื่อง 5. จัดการกับอิทธิพลต่อสภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางกาย อารมณ์ และสังคม 6. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยเครื่องมือนี้มีจำนวน 12 ข้อคำถาม เป็นแบบประมาณค่า 8 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.878

3. The Hypertension Self-management behavior Questionnaire (HSMBQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย Akhter (2010) ได้ดัดแปลงมาจาก The Diabetes Self-management Instrument ในการวิจัยของ Lin และคณะ (2008) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Interaction with health professional and significant others) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) และการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) จำนวน 40 ข้อคำถาม เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

จากแนวคิดการจัดการตนเอง เห็นได้ว่าเป็นการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่บุคคลต้องมีการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นโดย Akhter (2010) ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และได้นำมาศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบังกลาเทศ ที่มารับการรักษาที่ Rangpur Medical College Hospital จำนวน 110 ราย พบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2.55 (S.D. = .047) เมื่อคิดคะแนนแยกแต่ละองค์ประกอบของพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการติดตามด้วยตนเอง (Self-monitoring) มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงสุด (2.99, S.D. = 0.67) ตามด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเท่ากับ 2.79, S.D. = 0.59 และการบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) มีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองต่ำสุด (2.3, S.D. = 0.55) โดยคะแนน

รวมเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองและแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 องค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติ คือมีการพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับแผนการของรักษาของตนเอง ร้อยละ 40 ทราบถึงอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.5 ทราบได้ว่าเหตุใดความดันโลหิตของฉันทันทีเปลี่ยนแปลง, เลือกที่จะพิจารณาสัดส่วนและเลือกอาหารที่รับประทานเมื่อทานอาหารนอกบ้าน และ นึกถึงระดับความดันโลหิตของฉันทันทีกำลังเลือกอาหารรับประทาน ร้อยละ 34.5 นอกจากนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 5 องค์ประกอบที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ คือดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 99.1 ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ ร้อยละ 87.3 ออกกำลังกาย ร้อยละ 77 สูบบุหรี่ ร้อยละ 69.1 และควบคุมความเครียด ร้อยละ 38.2

เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้หากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอายุระหว่าง 61-70 ปี ได้ผ่านช่วงวัยทำงานมาแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งลูกหลานจะให้ความสนใจ ใส่ใจดูแล ให้ความช่วยเหลือทางด้านปัจจัยต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น

Yang และคณะ (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หญิงสูงอายุรายได้น้อยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเกาหลีใต้ที่มีอายุ 60-93 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 234 ราย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.2 (S.D. = 0.5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงสุด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 (S.D. = 0.6) รับประทานยาตรงตามขนาดที่แพทย์กำหนด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8 (S.D. = 0.5) รับประทานยาตรงเวลา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.7 (S.D. = 0.6) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.0 (S.D. = 1.0) การควบคุมน้ำหนัก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.3 (S.D. = 1.0) การผ่อนคลายความเครียด มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.7 (S.D. = 1.0) การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 (S.D. = 0.9)

กิตติยา จุลวิฑูระกะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จังหวัดสกลนคร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 391 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.9 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมาคือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.3 และควรปรับปรุง ร้อยละ 1.8

Gu และคณะ (2014) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความตระหนัก พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในชุมชนซุฮุย (Xuhui) เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 3,328 ราย พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยสำหรับความสม่ำเสมอของการวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.8 วัดความดันโลหิตมากกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ แต่ร้อยละ 17.5 วัดความดันโลหิตเฉพาะตอนที่มาตรวจพบแพทย์และไม่ได้วัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ร้อยละ 89 ควบคุมปริมาณโซเดียมหรือเกลือที่รับประทาน ร้อยละ 70 ออกกำลังกายทุกอาทิตย์ (เฉลี่ย 4 ครั้งต่อสัปดาห์) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 90.9 มาสถานพยาบาลเพื่อรับยา ร้อยละ 46.2 มาสถานพยาบาลเพื่อติดตามการตรวจตามนัดเป็นประจำ ร้อยละ 33.3 มาสถานพยาบาลเนื่องจากรู้สึกไม่สบาย และร้อยละ 8.9 มาสถานพยาบาลเนื่องจากกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค การศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมปริมาณโซเดียมหรือเกลือที่รับประทานมีการควบคุมความดันโลหิตได้ดี นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มาสถานพยาบาลเนื่องจากรู้สึกไม่สบายมีความเป็นไปได้มากที่จะควบคุมความดันโลหิตสูงได้ไม่ดีเมื่อเทียบกับการมาสถานพยาบาลเพื่อติดตามการตรวจตามนัดเป็นประจำ การมาสถานพยาบาลเพื่อมารับยา และการมาสถานพยาบาลเนื่องจากกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อธิบายได้ว่า การจัดการตนเองนั้นเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น ด้านการรับประทาน อาหาร ออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ทำให้มีทักษะในการดูแลตนเอง ในขณะที่เจ็บป่วย สามารถบูรณาการกลยุทธ์ของการจัดการตนเองเข้าด้วยกัน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้อง และส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ รวมถึงช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดทางสมอง โรคหัวใจ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ และการเสียชีวิตของทุกสาเหตุในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยต้องปรับปรุงแก้ไข ฉะนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลและจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั้นย่อมเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ต่อการกำหนดแนวทางในการจัดการกับพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงดังกล่าวร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาต่อไป

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และความแตกต่างทางสุขภาพ ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการจัดการของบุคคล (Orem, 1991) จึงส่งผลให้บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีระดับการรู้คิด การรับรู้ทางสุขภาพ การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน การศึกษาของ พัทธรียา สิริจักร (2555) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จำนวน 220 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยอายุที่เพิ่มขึ้นมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหารดีกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า เนื่องจาก กลุ่มที่มีอายุน้อยอยู่ในช่วงวัยทำงาน ต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัว ใช้ชีวิตบนความเร่งรีบ ไม่มีเวลาในการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ และการศึกษาของ Morris และคณะ (2006) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาสม่ำเสมอและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 492 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง และส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รวมทั้งการศึกษาของพรพิมล ว่องไว (2554) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 ราย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Criswell และคณะ (2010) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการยึดมั่นต่อยาโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 548 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อายุระหว่าง 21-85 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีการการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้ที่อายุมากจะมีความใส่ใจในความเจ็บป่วยของตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น และผู้ป่วยมีพัฒนาการในทางที่ดี

ขึ้นต่อการรับประทานยาของตนเองในแต่ละวัน รวมทั้งผู้ที่อายุมากขึ้นเคยมีประสบการณ์และผ่านเรื่องราวต่างๆในชีวิตมานานกว่า จึงทำให้ปรับตัวให้เข้ากับสภาวะของโรคควบคู่ไปกับการใช้ชีวิตประจำวันได้ (สุมาพร สุจันทร์, 2555) อย่างไรก็ตามความสามารถในการตระหนักรู้อาจลดลงตามช่วงอายุที่สูงขึ้นของผู้ป่วยและอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองและความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นได้ (Akhter, 2010) รวมทั้งการเสื่อมถอยตามธรรมชาติมีส่วนทำให้ความสามารถด้านกายภาพสำหรับการดูแลตนเองได้ลดลง (Yang et al., 2013)

ดังนั้นอธิบายได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการจัดการตนเองในผู้ป่วย ซึ่งอายุที่มากขึ้นอาจจะมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์ต่างๆเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นเพิ่มขึ้น สามารถจัดการกับโรคที่เป็นได้ดี หรืออาจจะแย่ลงได้เนื่องด้วยความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายเนื่องจากผลการศึกษายังไม่มีความชัดเจน ซึ่งหากมีการศึกษาปัจจัยด้านอายุ ผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจผู้ป่วยแต่ละช่วงวัยได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และนำไปสู่การให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เพศ

เพศเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเอง ซึ่งบ่งบอกถึงความแตกต่างทั้งด้านโครงสร้างร่างกาย บุคลิกภาพ บทบาททางสังคม รวมถึงแนวทางในการดำเนินชีวิตที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองของแต่ละบุคคลได้ ซึ่งเพศที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2554; ภัสราวลัย ศีตีสาร และคณะ, 2556) จากการศึกษาของ อุมพร ปุณฺณโสพรรณ และคณะ (2554) ทำการวิจัยเชิงบรรยายโดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปี ในตำบลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 85 ราย พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจาก เพศหญิงมีแรงจูงใจ ใส่ใจในการดูแลตนเอง และมีแบบแผนวิถีการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของตน รวมถึงมีความรับผิดชอบ การปฏิบัติตัวต่อโรคได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล ว่องไว (2554) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 ราย พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ($p=0.008$) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย และจากการศึกษา

ของ Chung และคณะ (2006) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรค และ ประกอบกับเพศหญิงส่วนใหญ่มีหน้าที่จัดเตรียมและประกอบอาหารเป็นประจำ จึงสามารถปรับเปลี่ยนอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือต่ำได้ ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Akhter (2010) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบังกลาเทศ ที่มารับการรักษาที่ Rangpur Medical College Hospital จำนวน 110 รายพบว่าผู้หญิงในบังกลาเทศส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านประกอบอาหารเอง จึงสามารถประกอบอาหารให้เหมาะสมกับโรคได้ ส่งผลให้เพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองสูงกว่าเพศชาย

นอกจากนี้การศึกษาของ Morris และคณะ (2006) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาสม่ำเสมอและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 492 ราย พบว่า เพศหญิงมีการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าเพศชายเช่นกัน แต่จากการศึกษาของ Chang และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเกาหลี จำนวน 325 ราย ผลการศึกษากลับพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของ สุพาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อโรคเบาหวานและอำนาจการทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย โดยศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆร่วมด้วย จำนวน 88 ราย พบว่า เพศไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวานมาไม่นาน จึงไม่รู้สึกถึงความท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค

การศึกษาของ ปญญาภรณ์ ลาอุณ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่า เพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 336 ราย ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญเรียง พิสมัย และคณะ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นข้อเข่าเสื่อมเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ป่วย จำนวน 200 ราย พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย แม้ว่าเพศจะบ่งบอกถึงโครงสร้างด้านร่างกาย บทบาททางสังคมที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ทั้งนี้ทั้งนั้นอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกันได้ ฉะนั้นผลการศึกษายังช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจนในเพศหญิงและชาย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมให้มีการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่แสดงถึงระดับความรู้ความสามารถของผู้ป่วย การรู้คิดและการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ พัชรียา สิริจักร (2555) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรามธิบดี กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ จำนวน 200 ราย พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงในด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งผลการศึกษพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากทราบว่า การออกกำลังกายชนิดใดจะมีประโยชน์ต่อร่างกาย และมีส่วนช่วยในการลดความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร สุจันงค์ (2555) เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิจำนวน 200 ราย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานอาหาร โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่า เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความรู้ความสามารถที่จะค้นคว้าหาความรู้ เข้าหาแหล่งประโยชน์เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุมพร บุญญโสพรรณ และคณะ (2554) ทำการวิจัยเชิงบรรยาย โดยวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองที่มีอายุ 40-59 ปีในตำบลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 85 ราย พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคดีกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ศักยภาพ ดังนั้นผู้มีการศึกษาสูงย่อมทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ

อย่างไรก็ตามมีหลายงานวิจัยที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกัน จากการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม (2551) เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 336 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีร้อยละ 36.3 และในระดับดีร้อยละ 33.9 เมื่อวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ไคสแคว์ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริม มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 367 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.57 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา และระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี กลับพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาสูง แต่หากขาดความสนใจที่จะศึกษาย่อมทำให้ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเช่นกัน

จากการทบทวน วรรณกรรม เห็นได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างไรก็ตามยังไม่มี ความชัดเจนของระดับการศึกษาสูงที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ดี ดังนั้นผลการศึกษาย่อมทำให้รู้จักวิธีการเข้าหาผู้ป่วยและวิธีการส่งสารให้ผู้ป่วยในแต่ละระดับได้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่แตกต่างกันสามารถเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวทางสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้สุขภาพของบุคคลนั้นๆ ดีขึ้น เป็นปัจจัยชักนำเอื้อหนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติ

คนตามคำแนะนำจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลเหล่านี้ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว (คู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง) เพื่อน รวมทั้งบุคคลอื่นที่สำคัญ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยหันมาสนใจดูแลตนเองมากขึ้น สามารถนำมาใช้ในการจัดการพฤติกรรม การจัดการโรค ความดันโลหิตสูงด้วยตนเองได้ ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารจากอีกบุคคลหนึ่งและเชื่อในสิ่งที่พวกเขาได้รับมา หรือเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ มองเห็นคุณค่าในตัวเขา และรู้ดีกว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kaplan (1977) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า ระดับความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคลสำหรับการได้รับความเป็นมิตร ได้รับการยอมรับนับถือ การเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต และได้รับความไว้วางใจ ปลอดภัยจากบุคคลอื่นที่สำคัญ

Kahn (1979) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกดี ผูกพันซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือต่อพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และมีการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน อาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง โดยจะมีความรัก ความชอบ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินตนเอง

ศศิธร แก้วพรัตน์ (2541) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่องว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม

สุมาพร สุจันงค์ (2555) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า สิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร จากบุคคลรอบข้าง ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้สามารถเผชิญปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ การปฏิบัติตน ก่อเกิดเป็นความรัก ความปรารถนาดีเอาใจใส่ เห็นใจซึ่งกันและกัน และทำให้รู้ดีกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้ดีกว่าตนเองมีคุณค่า

ดังจะเห็นได้ว่า บุคคลที่คอยให้การสนับสนุนช่วยเหลือ นั้น คือ แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม สุมาพร สุจ้านงค์ (2555) ได้กล่าวถึง แหล่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ (primary group) เป็นกลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้นตามธรรมชาติ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว (พ่อแม่ พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ภรรยา ลูก หลาน) และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว (เพื่อน เพื่อนบ้าน)

2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary group) เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับตามแบบแผน และมีกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หรือมีความสัมพันธ์ระหว่างกันแบบผิวเผิน โดยมีอิทธิพลกำหนดบรรทัดฐานของคนในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน หรือกลุ่มวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากร ทางด้านการแพทย์อื่นๆ) มีส่วนช่วยในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล รวมถึงกลุ่มสังคมอื่นๆ

กลุ่มของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมานี้ เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญแก่บุคคลในทุกระดับ ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยการจะช่วยเหลือบุคคลหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับว่าบุคคลเหล่านั้นขาดการสนับสนุนทางสังคมจากด้านใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความต้องการและสถานะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การแสดงความรู้สึกยกย่อง เห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ระหว่างบุคคล

2. การสนับสนุนทางด้านการให้การประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลต่างๆแก่ผู้ป่วยที่นำไปใช้ในการประเมินตนเอง เป็นการแสดงความคิดเห็นให้ข้อมูลย้อนกลับ และนำข้อมูลไปเปรียบเทียบกับตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง การส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การชี้แนะแนวทาง สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆได้

4. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ (Instrument Support) หมายถึง เป็นการช่วยเหลือบุคคลต่อความต้องการทางด้านวัตถุสิ่งของ เช่น เงิน แรงงาน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้

ตามแนวคิดของ Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การได้รับการเอาใจใส่ และความรัก เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กันทั้งสองฝ่าย ที่เกิดจากความใกล้ชิดไว้วางใจต่อบุคคลคนหนึ่ง

2. การได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem support) คือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น และเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม (Socially supportive or network) คือ การที่บุคคลคนหนึ่งรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม มีการปรึกษาหารือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านนั้น ล้วนมีความจำเป็นเมื่อบุคคลคนหนึ่งต้องการความช่วยเหลือจากสิ่งสนับสนุนในแต่ละด้านเพื่อสนองความต้องการของตนเองแล้ว และได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถก้าวผ่านอุปสรรคไปได้ และเกิดความมั่นใจในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างแน่นอน

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้มีการสร้างเครื่องมือไว้หลากหลาย ดังนี้

1. The Personal Resource Questionnaires (PQR) 85 เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Weinert และคณะ (1987) ใช้แนวคิดของไวส์ส เป็นเครื่องมือที่ประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ระดับคะแนนเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93

2. The Norbeck Social Support Questionnaires (NSSQ) เป็นแบบประเมินที่สร้างโดย Norbeck (1984) โดยใช้แนวคิดของคานัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการมีส่วนร่วม การยืนยัน และการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายของแหล่งสนับสนุนตามระยะเวลาของความสัมพันธ์ การต่อเนื่องในการติดต่อซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงระบบกระบวนการหรือระบบสนับสนุนเนื่องจากความสูญเสียหรือการขาดการติดต่อซึ่งกันและกัน มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อคำถาม จากการตรวจสอบเครื่องมือพบว่ามีความตรงภายในและความตรงของโครงสร้างอยู่ในระดับสูง การทดสอบความเที่ยงอยู่ในระดับสูง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.85- 0.92

3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) เป็นแบบประเมินที่ได้พัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกาพร้อมกับมุมมองทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดย Zimet และคณะ

(1988) เป็นเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และ บุคคลพิเศษในสังคม มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบคะแนนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เครื่องมือนี้ได้นำมาใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้ทดสอบความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.88

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างแพร่หลาย เกี่ยวข้องกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงกลุ่มบุคคลพิเศษในสังคม กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยแตกต่างกัน อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ พรพิมล ว่องไว (2554) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 ราย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด

เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาอุณ และคณะ (2554) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เนื่องจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ในการควบคุมและจัดการเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งภาวะแวดล้อมก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเองมากขึ้น และมีความมั่นใจในการทำพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น (บุญเรียง พิสมัย และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ (2013) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุนึ่ง รายได้น้อยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเกาหลีใต้จำนวน 234 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทาง

สังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ เนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการ สามารถช่วยลดภาระของผู้ป่วยในการจัดการ โรคเรื้อรัง ควบคุมความดันโลหิต และลดอัตราการตายของโรคได้ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน Korean Americans พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง (Lee et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我จัดการตนเองที่ดี เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม的自我จัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นกระบวนการที่สำคัญนำไปสู่แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นได้

ความแตกฉานทางสุขภาพ

ความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้หากผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำย่อมมีผลต่อการรับรู้ การใช้ข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มักจะมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น การดำเนินของโรคที่แย่ลงกว่าผู้ที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าความแตกฉานทางสุขภาพจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้คำจำกัดความของความแตกฉานทางสุขภาพดังนี้

WHO (2009) กล่าวถึงความแตกฉานทางสุขภาพไว้ว่าเป็นองค์ความรู้และทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะได้รับการเข้าถึง เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลนั้นในรูปแบบที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของแต่ละบุคคล

Ratzen และคณะ (2000) กล่าวถึงความแตกฉานทางด้านสุขภาพไว้ว่าเป็นความสามารถที่จะรับรู้ถึงกระบวนการ การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพขั้นพื้นฐาน และบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม

Ishikawa และคณะ (2008) กล่าวถึงความแตกฉานทางสุขภาพว่า ความสามารถในการวิเคราะห์ ดีความของข้อมูลที่ได้รับของแต่ละบุคคล ที่ใช้ในการตัดสินใจทางด้านสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญของการสื่อสารและความแตกฉานทางสุขภาพ

Nutbeam (2000) กล่าวถึงความแตกฉานทางสุขภาพว่า เป็นการแสดงให้เห็นถึงทักษะการเรียนรู้ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูล ในรูปแบบที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี

Zarcadoolas และคณะ (2005) กล่าวถึงความแตกฉานทางสุขภาพว่า เป็นทักษะที่หลากหลายและความสามารถของบุคคลในการคิดพัฒนามุ่งหาคำตอบ เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และนำแนวคิดที่เลือกมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิต

สรุปได้ว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นทักษะพื้นฐานที่แต่ละบุคคลใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทั้งการวิเคราะห์ ดีความข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพเพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

Nutbeam (2000) ได้จำแนกความแตกฉานทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/functional literacy) เป็นทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive health literacy) เป็นทักษะการรู้คิดขั้นสูงและทักษะการอ่านออกเขียนได้รวมทั้งทักษะทางสังคมที่สามารถนำมาใช้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่จะดึงเอาข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวัน และแยกแยะการรับรู้ความหมายในรูปแบบที่แตกต่างกันของการสื่อสารได้ ประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ๆ ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

3. ความแตกฉานทางสุขภาพขั้นมีวิจารณญาณ (critical literacy) เป็นทักษะการรู้คิดที่สูงขึ้น ซึ่งร่วมกับทักษะทางสังคมที่สามารถนำไปใช้กับวิกฤตการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ต้องเผชิญในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย พอสรุปได้ดังนี้

1. Medical Achievements Reading Test (MART) เป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ โดย Hanson-Drives, 1997 ซึ่งทดสอบ

การอ่านศัพท์ทางการแพทย์ เป็นคำที่พบเห็นในใบสั่งยา หรือแผ่นพับ จำนวนทั้งหมด 42 คำ ใช้เวลาในการอ่าน 3-5 นาที เครื่องมือนี้ได้ตรวจสอบความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.98

2. Shortened version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (S-REALM) เป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์แบบเร็ว ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากแบบทดสอบเดิม คือ Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) โดย David และคณะ (1993) ประกอบด้วยคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ 66 คำ เรียงเป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยากง่าย มีการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบทดสอบการอ่านทั่วไป คือ Wide Range Achievement Test (WART) และ Slosson Oral Reading Test (SORT-R) มีค่าสูงมาก คือ $r = 0.88, 0.96$ ตามลำดับ และมีการทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธี Test-retest reliability ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงมาก เท่ากับ 0.99

3. Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA) เป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐาน สร้างขึ้นโดย Parker และคณะ (1995) เครื่องมือนี้ใช้ทดสอบการอ่านและทำความเข้าใจเพื่อตอบคำถามทั้งหมด 50 ข้อ แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก และการทดสอบด้านตัวเลขทั้งหมด 17 ข้อ ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 22 นาที ได้มีการทดสอบความตรงตามโครงสร้าง โดยนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบทดสอบความแตกฉานทางสุขภาพอื่นๆ คือ Wide Range Achievement Test (WART) และ REALM อยู่ในระดับสูง คือ $r = 0.74, 0.84$ ตามลำดับ และมีการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.98

4. Test of Functional Health Literacy in Adult shortened (S-TOFHLA) เป็นแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานแบบสั้น โดยปรับมาจาก TOFHLA ให้มีข้อคำถามลดลง ซึ่งทดสอบการอ่านและการสร้างความเข้าใจ พัฒนาขึ้นโดย Barker และคณะ (1999) มีข้อคำถามทั้งหมด 36 รายการ ซึ่งมีการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพพื้นฐานด้วยการทดสอบการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ รวมทั้งทดสอบทักษะการอ่านและการสร้างความเข้าใจในการอ่าน เพื่อใช้ในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่มีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มทักษะความสามารถของผู้ป่วยในการปรับตัว เปลี่ยนแปลงซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ Ko และคณะ (2013) ที่ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคและการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสิงคโปร์ การศึกษาครั้งนี้มีจุดประสงค์ เพื่อระบุการขาดแคลนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรู้และการควบคุมระดับความดันโลหิต จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมทั้งหมด 306 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างถูกจัดหมวดหมู่เป็นกลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอและกลุ่มที่มีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ โดยใช้แบบทดสอบ STOFHLA นอกจากนี้ผู้ป่วยจะถูกจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้ (met the target BP) และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (did not meet the target blood pressure) ซึ่งร้อยละ 45.1 ของผู้เข้าร่วมมีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ ร้อยละ 53.9 เป็นกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้ (met the target blood pressure) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ($P < .001$) แต่ความสำเร็จของระดับความดันโลหิตที่ตั้งเป้าหมายไว้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ($P = .71$) และพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนความรู้เฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมความดันโลหิต 2 กลุ่ม ($P = .55$) จากการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอหรือมีระดับการศึกษาการศึกษาสูงกว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่สูงกว่าอีกกลุ่ม ผลการศึกษาแสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงน้อย ซึ่งประมาณร้อยละ 28 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษา รายงานว่า ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่ออ่านเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพ นั่นคือทักษะความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยจะต้องถูกใช้ในการคิดพิจารณาเมื่อบุคลากรทางการแพทย์อบรมให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อปรับปรุงการศึกษาของผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด

จากการศึกษาของ Levinthal และคณะ (2008) ได้ศึกษาการรู้คิดและความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยมีจุดประสงค์เพื่อตรวจสอบบทบาทของการรู้คิดและความสามารถในการรับรู้ประสาทสัมผัสเป็นสื่อกลางของอายุและการศึกษาในการกำหนดความแตกฉานทางสุขภาพพื้นฐาน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 492 ราย ผลการศึกษาพบว่า จากการทดสอบการถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง STOFHLA และตัวแปรด้านประชากรแต่ละตัวแปร สุขภาพ การรู้คิด และการรับรู้ประสาทสัมผัส

พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความแตกฉานทางสุขภาพ ($r = -.28, p < .05$) เช่นเดียวกับการรู้คิดและการรับรู้ประสาทสัมผัส ($r = -.10$ ถึง $-.40, p < .05$) เมื่อนำคะแนน STOFHLA มาวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายในแต่ละตัวแปรอิสระ พบว่า คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยเพศชาย เชื้อชาติแอฟริกัน-อเมริกัน (African-American) ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีโรคร่วม และระดับคะแนนน้อยในทุกๆ ด้านของการรู้คิดและการรับรู้ประสาทสัมผัส สอดคล้องกับการศึกษาของ Morrow และคณะ (2006) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยกลางคนและผู้สูงอายุ จำนวน 314 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความแตกฉานทางสุขภาพ ($r = -.11, p < .05$) เช่นเดียวกับการรู้คิดและการรับรู้ประสาทสัมผัส ($r = -.14$ ถึง $-.34, p < .05$) และพบว่า คะแนนความแตกฉานทางสุขภาพน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีการศึกษาน้อย เชื้อชาติแอฟริกัน-อเมริกัน (African-American) มีโรคร่วม และมีระดับคะแนนของการรู้คิดและการรับรู้ประสาทสัมผัสน้อยเช่นกัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรู้คิด มีความสำคัญมากกว่าการศึกษาสำหรับการอธิบายความแตกต่างของความแตกฉานทางสุขภาพ ซึ่งให้เห็นว่ามีความแตกต่างที่เกี่ยวข้องกับอายุ และความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการรู้คิด การรับรู้ประสาทสัมผัส ความสามารถเหล่านี้จะช่วยอธิบายความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพกับการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น การยึดมั่นต่อยา (การรับประทานยาสม่ำเสมอ) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการศึกษาของ Kim (2009) ได้ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพต่อภาวะโรคเรื้อรังทางการแพทย์และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุเกาหลี ในกลุ่มตัวอย่าง 103 ราย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยทำการสำรวจตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2007 - กันยายน 2007 เมื่อให้ผู้เข้าร่วมทำแบบทดสอบความแตกฉานทางสุขภาพ พบว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพสูง 60 ราย และมีความแตกฉานทางสุขภาพน้อย 43 ราย โดยผู้เข้าร่วมที่มีความแตกฉานทางสุขภาพน้อย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาน้อย และมีรายได้ต่ำ ส่วนเพศและถิ่นที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความแตกฉานทางสุขภาพ เมื่อดูจากความชุกของภาวะเรื้อรัง (Prevalence of chronic condition) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกฉานทางสุขภาพน้อย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคข้ออักเสบ ($p = 0.003$) และโรคความดันโลหิตสูง ($p = 0.018$) หลังจากที่มีการปรับตามอายุ การศึกษารายได้ ผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานทางสุขภาพน้อย มีข้อจำกัดสูงในการทำกิจกรรม และมีสุขภาพร่างกายที่ไม่ดี ส่วนรูปแบบที่มีการปรับตามอายุและรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความแตกฉานทาง

สุขภาพน้อย มีแนวโน้มที่มีโครงสร้างร่างกายและสุขภาพที่ไม่ดี รวมถึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและความเจ็บปวดสูง

หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) ศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและอิทธิพลของความแตกต่างทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.52 (S.D.= 2.25) ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ ($\beta = .309, p < .01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างทางสุขภาพเพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Darvishpour และคณะ (2016) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างทางสุขภาพและการควบคุมการรักษาความดันโลหิตสูงและการมาพบแพทย์ตามนัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 257 ราย โดยใช้เครื่องมือ STOFHLA ในการประเมินความแตกต่างทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 41.60 มีความแตกต่างทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ซึ่งจากการวิเคราะห์สถิติถดถอย (Logistic regression) พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพสามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตรายเดือนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 37 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

Lee และคณะ (2015) ได้ศึกษาผลกระทบของความแตกต่างทางสุขภาพต่อการยึดมั่นต่อยาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 291 ราย โดยใช้เครื่องมือ STOHFLA ประเมินความแตกต่างทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการยึดมั่นต่อยา ($r = 0.25, p < 0.001$) และความรู้เรื่องยา ($r = 0.24, p < 0.001$) ทั้งนี้จากการวิเคราะห์สถิติถดถอย พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพมีอำนาจการทำนายในทางบวกสูงสุดต่อการยึดมั่นต่อยา ($\beta = .190, p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพที่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูง ซึ่งรวมไปถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ และการไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ

โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังพื้นฐานที่สำคัญนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเป็น

สิ่งจำเป็นในการประเมินระดับความแตกฉานทางสุขภาพและการให้ความรู้ด้านสุขภาพบนความสามารถในการเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถ้าการศึกษาที่ให้ความรู้โดยไม่คำนึงถึงระดับความแตกฉานทางสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีทักษะความรู้ความแตกฉานทางสุขภาพน้อย จะมีโอกาสน้อยที่จะเข้าใจและจดจำคำแนะนำทางการพยาบาล และอาจจะนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และเป็นกุญแจที่สำคัญของการดูแลสุขภาพทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสื่อสารนั้นเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลเบื้องต้นที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โดยมีผู้ศึกษาและให้คำจำกัดความของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ดังนี้

Ong และคณะ (1995) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไว้ว่าเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของบุคคลในตำแหน่งหน้าที่ที่ไม่เท่ากันทางสังคมมักจะเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างบุคคล

Stewart (1999) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไว้ว่าเป็นกระบวนการดูแลระหว่างบุคคลของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เช่น การสื่อสาร ความเป็นมิตร และความไวในความรู้สึก

Schoenthaler และคณะ (2009) กล่าวถึงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ไว้ว่าเป็นกลไกที่เฉพาะเจาะจงภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ของผู้ป่วย

ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ รับรู้ถึงข้อมูล การดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่

การสื่อสารที่เปี่ยมไปด้วยความรัก ทำหน้าที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการมีผลสัมพันธ์ต่อการรักษาเชิงบวก โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ความเชื่อ ศรัทธาในการดูแลรักษา ซึ่งจะเป็นการสร้างความผูกพันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือต่อการรักษา (มณีรัตน์ เลย์ตัน, 2554) จากการศึกษาของ Manze และคณะ (2010) ที่ศึกษาความแตกต่างของเชื้ขาดิตต่อความมั่นคงในการรักษาเพื่อการจัดการความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยผิวขาวและผิวดำ อายุ 21 ปีขึ้นไป จำนวน 869 ราย ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้กระบวนการดูแลรักษาทางการ

แพทย์ การรับรู้ของผู้ให้บริการและประสบการณ์ของการเลือกปฏิบัติตนของผู้ป่วย หากมีการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น จะมีประสิทธิภาพในการลดความแตกต่างของเชื้อชาติต่อความมั่นคงในการรักษาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ท้ายที่สุดคือการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

Marks & Shive (2008) ได้กล่าวถึง กลยุทธ์ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย มีดังนี้

1. รู้เกี่ยวกับการความเชื่อ วัฒนธรรม และสถานการณ์ทางสังคม
2. เข้าใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง
3. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยจากการร่วมกันอภิปราย
4. สาธิตความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังและความหวังของผู้ป่วย
5. แสดงความเห็นอกเห็นใจและความรู้สึกที่มีร่วมกัน
6. ประกอบด้วยข้อกำหนดสำหรับเงื่อนไข
7. ประกอบด้วยข้อกำหนดสำหรับวัฒนธรรมการดูแล
8. ประกอบด้วยข้อกำหนดในการดูแลหรือการไม่สนใจในการฟัง
9. การให้ความรู้และใช้ภาษาที่ถูกต้อง รวมทั้งมีสมรรถนะแห่งตน
10. ใช้วิธีการเขียนหรืออื่นๆเพิ่มเติม

เช่นเดียวกับ Boxer & Snyder (2009) ได้กล่าวถึง กลยุทธ์ของการสื่อสารร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่ส่งเสริมการจัดการตนเองในภาวะ โรคเรื้อรัง ทั้งหมด 5 กลยุทธ์ ซึ่ง 3 กลยุทธ์แรกเป็นการกำหนดระยะ (set of stage) และ 2 กลยุทธ์สุดท้าย เป็นการให้ผู้ป่วยเริ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ดังนี้

1. การกำหนดแบบแผนร่วมกัน (set a shared agenda) ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการกำหนดแบบแผนสำหรับการมาพบแพทย์ เนื่องจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มักไม่ได้เปิดเผยข้อมูลที่ชัดเจนในขณะที่กำลังจะเริ่มการสนทนากับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยอาจกังวล ไม่กล้าที่จะสอบถาม ดังนั้นการกำหนดแบบแผน ข้อตกลงร่วมกัน สามารถช่วยในการจัดวางหัวข้อของการสนทนาในประเด็นที่สำคัญ ช่วยให้อุ่นใจได้ว่าปัญหาที่สำคัญในแต่ละเรื่องได้รับการแก้ไขแล้ว ซึ่งการกำหนดแบบแผนร่วมกันเป็นตัวบ่งชี้ความสนใจในความสำเร็จของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น

2. การสอบถาม (Ask-tell-ask) ซึ่งกลยุทธ์นี้ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้ปรับปรุงข้อมูลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย โดยสามารถประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย

เกี่ยวกับสภาวะทางสุขภาพและการรักษาของตนเองได้ รวมทั้งประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อข้อมูลที่เพิ่งได้รับและช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนาเรื่องสุขภาพของตนเองมากขึ้น

3. การประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง (Assess readiness to change) ก่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้ป่วยต้องรู้สึว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยแพทย์จะประเมินคะแนนความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความมั่นใจมากน้อยเพียงใดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จาก 1 ถึง 10 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความมั่นใจที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้สูง ซึ่งการประเมินความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. การตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง (set self-management goals) แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยผู้ป่วยในการระบุการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นไปได้จริง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเริ่มต้นพูดคุยเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไปในการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง เป็นไปตามแนวทางของ SLAM คือ

S (Specific) : มีความเฉพาะเจาะจง เช่น การออกกำลังกาย ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำการออกกำลังกายโดยระบุประเภทที่ผู้ป่วยชอบ ระยะเวลา จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งจะมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้

L (Limit) : เป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรจำกัดไม่เกินสองถึงสามสัปดาห์ และเป้าหมายสามารถต่อระยะเวลาหรือแก้ไขได้ในครั้งต่อไป

A (Achievable) : เป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ เช่น ออกกำลังกาย สามครั้งต่อสัปดาห์ และสามารถนำไปสู่ความมั่นใจและแรงจูงใจที่มากขึ้น เพื่อรับมือเป้าหมายที่ท้าทายมากขึ้น

M (Measurable) : เป้าหมายสามารถวัดได้เพื่อให้ผู้ป่วยและแพทย์สามารถตรวจสอบได้ว่าแบบแผนนี้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป้าหมายควรวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยแทนการวัดที่เป็นผลลัพธ์ เช่น เป้าหมายมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยาเป็นประจำสม่ำเสมอ สามารถทำได้และวัดประเมินผลได้ พร้อมทั้งประเมินคะแนนความมั่นใจอีกครั้ง หากมีคะแนนสูง หมายความว่า มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติให้ผ่านตามเป้าหมาย

5. การสิ้นสุดการสนทนา (Close the loop) ในระหว่างการแพทย์ แพทย์อาจคิดว่าได้อธิบายข้อมูล คำแนะนำต่างๆที่สำคัญอย่างถูกต้องชัดเจนแล้วแต่ผู้ป่วยบางส่วนอาจเกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูล คำแนะนำที่ได้รับเมื่อมาพบแพทย์ การสิ้นสุดการสนทนาจึงเป็นขั้นตอนที่ทำให้

ผู้ป่วยปฏิบัติซ้ำ ทวนซ้ำในประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งคำแนะนำต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องซึ่งกันและกัน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ดังนั้นจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์และกระบวนการใหม่ๆ เข้ามาเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้การประสานการดูแลร่วมกัน (Collaborative care) ซึ่งเน้นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง รวมทั้งเพิ่มทักษะและประสิทธิภาพในการจัดการตนเองต่อโรคเรื้อรัง ภายใต้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเพื่อให้มีการดำเนินของโรคดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

แบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

Boon & Stewart (1998) ได้ทำการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไว้หลากหลายรูปแบบ โดยมีเครื่องมือ ดังนี้

1. Medical Communication Competence Scale (MCCS) เป็นเครื่องมือรายงานด้วยตนเองสำหรับการวัดการรับรู้ของแพทย์และผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสารกับตนเองและผู้ป่วยระหว่างการซักประวัติ แบ่งเป็น 2 ส่วน โดย 37 ข้อเป็นส่วนของผู้ป่วย และ 40 ข้อเป็นส่วนของแพทย์ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83-0.92

2. Bensing's General Consultation Judgement เป็นเครื่องมือประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยใช้วิดีโอเทป มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

3. Communication and decision Making Checklist เป็นเครื่องมือที่บันทึกการกล่าวถึงหัวข้อต่างๆ และใครเป็นผู้เริ่มต้นการอภิปรายในหัวข้อต่างๆ มีความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.70-1.00

4. Patient - centred method เป็นเครื่องมือที่ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ซึ่งมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับโรคและประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วย การเข้าใจในตนเอง การค้นหาภูมิหลังร่วมกัน การร่วมมือในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ และความเป็นจริง (being realistic) เครื่องมือมีความเที่ยงเท่ากับ 0.91

5. Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS) เป็นเครื่องมือที่ทดสอบในรูปแบบวิดีโอเทป/แผ่นฟิล์ม มีความยาว 45 นาทีต่อความสามารถของบุคคลในการถอดรหัสอารมณ์ที่สื่อสารผ่านการแสดงออกทางใบหน้า ท่าทาง และสีหน้า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.69 และความสอดคล้องภายใน เท่ากับ 0.86

6. Waitzkin et al.'s Patient - doctor Communication Instrument เป็นเครื่องมือประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยใช้วิธีบันทึกเสียง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

นอกจากนี้ Stewart และคณะ 2007 ได้ทำการศึกษาพัฒนาเครื่องมือประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์/พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินกระบวนการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal process of care) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดที่ได้จากกระบวนการดูแลบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำและสมาชิกในชนกลุ่มน้อยกับการขาดโอกาสทางสุขภาพ ซึ่งแบบประเมินชุดนี้มีทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล การตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คะแนนเป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ เครื่องมือชุดนี้ไม่ได้ระบุชัดเจนถึงขอบเขตการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ แต่มีการระบุโดยสรุปว่าเครื่องมือมีความตรง ความเที่ยง และปราศจากอคติ โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

Schoenthaler และคณะ (2009) ได้ทำการประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือ Patient rating of provider communication ซึ่งนำมาจากการศึกษา Effect of physician communication style on beliefs and medication taking behaviors of patient with depression เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการรักษาของผู้ป่วย และการประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามการรักษายอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย มีทั้งหมด 13 ข้อ คะแนนสูง หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมากขึ้น เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

นอกจากนี้แล้ว Ciechanowski และคณะ (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยได้นำเครื่องมือ Patient Reaction Assessment (PRA) มาใช้ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ออกแบบโดย Galassi และคณะ (1992) สามารถประเมินคุณภาพการรับรู้ของข้อมูลข่าวสาร (ดัชนีของผู้ป่วย) พฤติกรรมการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย และความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยในการสื่อสารร่วมกันเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เครื่องมือนี้ถูกสร้างขึ้นตามขั้นตอนการวิเคราะห์ปัจจัยในผู้ป่วยมะเร็ง ได้มีการทดสอบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีทั้งการร่วมมือในการตัดสินใจต่อการรักษา การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คุณภาพของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ การสื่อสารในรูปแบบวัจนภาษาและอวัจนภาษาทางสีหน้าท่าทางต่างๆ ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในด้าน การร่วมกันตัดสินใจต่อการรักษา การแลกเปลี่ยนข้อมูล และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ทั้งนี้ Stewart และคณะ (2007) ได้ระบุแนวคิดกระบวนการของการดูแลระหว่างบุคคลเป็นหลายมิติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพทางจิตวิทยาของการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ เช่น การสื่อสาร ความเป็นมิตร และความไวต่อความรู้สึก แบ่งออกเป็น 3 มุมมอง ดังนี้

1. การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล

1.1 การสื่อสารแบบเร่งรีบ คือ การสื่อสารที่ขาดความชัดเจน ถูกนิยามว่าเป็นความสามารถของแพทย์ในการสื่อสาร รวมไปถึงการพูดอย่างซ้ำๆ และใช้ศัพท์ที่ยากเกินที่ผู้ป่วยจะเข้าใจ พูดแบบเร่งรีบ ถูกนิยามว่าเป็นการไม่ใส่ใจผู้ป่วย และแสดงท่าทีรำคาญเมื่อถูกผู้ป่วยซักถามบ่อยๆ

1.2 การแสดงออกถึงความกังวลและการตอบสนอง คือ การที่แพทย์สอบถามถึงความกังวลที่สำคัญ การฟังอย่างตั้งใจ และการจัดการกับความกังวลนั้นอย่างตั้งใจ

1.3 ผลจากการอธิบาย และการรักษาด้วยยา คือ ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการทดลองของผู้ป่วยและผลการตรวจร่างกาย ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับยารวมถึงสิ่งที่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ใช้ยาและผลข้างเคียงที่เป็นไปได้

2. การตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล เป็นการตัดสินใจโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คือ การที่แพทย์ถามผู้ป่วยว่าสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และ/หรือผู้ป่วยจะมีปัญหาใดๆในการรักษาที่แนะนำ ผู้ป่วยและแพทย์วางแผนการรักษาร่วมกัน และถ้ามีทางเลือก แพทย์สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการที่จะช่วยในการตัดสินใจหรือไม่

3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3.1 ความกระตือรือร้น และความเคารพนับถือ คือ แพทย์ให้ความสนใจ เห็นใจ การสนับสนุน ให้กำลังใจ และแสดงความกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยระหว่างการพบกัน แพทย์แสดงความเคารพ และรักษาผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน

3.2 เจ้าหน้าที่ไม่สุภาพ คือ เจ้าหน้าที่พูดจาหยาบคาย ดูถูกผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยมีความขุ่นยากลำบากหรือมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วย

3.3 การเลือกปฏิบัติ คือ แพทย์ไม่เลือกปฏิบัติหรือไม่ให้ความสนใจผู้ป่วย แพทย์ไม่ตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับระดับการศึกษา หรือรายได้ของผู้ป่วย

ดังนั้นจะเห็นว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการนำผู้ป่วยไปสู่การดูแลตนเองที่ดี ส่งผลต่อการดำเนินของโรคไปในทางที่ดีขึ้น โดยการสื่อสารเป็นศาสตร์แห่งศิลปะของการพูด เทคนิคต่างๆในการโน้มน้าวใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ตลอดจนสามารถตัดสินใจในการรักษาร่วมกัน อันดับแรกบุคลากรทางการแพทย์หรือทีมสุขภาพควรแสดงออกให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่า ผู้ป่วยเชื่อใจ มี

ความมั่นใจในการดูแลจากการสื่อสารที่เกิดขึ้น (หทัยกานต์ ห่องกระจก, 2559) หากบุคลากรทางการแพทย์มีเทคนิควิธีการสื่อสารที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ก็จะส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยชัยณ พันธ์เจริญ และจรวงจิตร งามไพบูลย์ (2552) ได้กล่าวถึงกระบวนการสื่อสารและวิธีการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

1. ยึดหลักให้ความสำคัญกับผู้ที่อยู่ตรงหน้า

การสื่อสารโดยยึดหลักผู้ที่อยู่ตรงหน้าเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการสร้างความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน โดยการสื่อสารในลักษณะนี้ต้องอาศัยเจตคติในการสื่อสาร เป็นผู้ฟังที่ดี จับประเด็นต่างๆ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสนทนา เชื่อมโยงประเด็นสำคัญให้ได้ ก่อนจะดำเนินการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

2. เลือกวิธีการสื่อสารให้เหมาะสม

วิธีการสื่อสารที่ดีที่สุดคือ การให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา โดยสามารถทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้ประสบการณ์มากนัก เพื่อหลีกเลี่ยงให้ผู้สนทนาเกิดความรู้สึกต่อต้าน ไม่พอใจ ไม่ปฏิบัติตาม หรืออาจแสดงอาการไม่รู้สึกใดๆ โดยการค่อยๆ เจริญ ควรปรับเปลี่ยนลักษณะการสื่อสารเป็นลักษณะสองทางเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สนทนาลอยตามและปฏิบัติตามได้จริง กระตุ้นให้ผู้สนทนาได้พูด แสดงความคิดเห็น มองเห็นปัญหาของความรู้สึกละเอียดมากขึ้น การสื่อสารในลักษณะนี้จะทำให้ผู้สนทนาเกิดความเข้าใจ พยายามที่จะหาทางแก้ปัญหาของตนด้วยความรู้สึกเต็มใจ ต้องการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรมของตนเอง

3. เก็บคุณลักษณะที่ดีของผู้สื่อสารไว้

ผู้ที่ทำหน้าที่สื่อสารแต่ละคนจะมีจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง ผู้สื่อสารควรจะนำจุดเด่นของตนมาใช้ให้เกิดประโยชน์เสมอ และเก็บจุดด้อยต่างๆ เช่น พูดเร็ว พูดเสียงดัง ไม่รับฟังผู้อื่น ขาดความอดทน และค่อยๆ ปรับเปลี่ยนเท่าที่ทำได้ และที่สำคัญในการสื่อสารทุกครั้งต้องรู้จักกาลเทศะ เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสารที่เพิ่มขึ้น

4. ให้ความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างการสนทนาถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหากมีการเริ่มต้นสนทนา การเริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดีจะส่งเสริมให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพควรมีต่อเนื่องตลอดจนจบกระบวนการสนทนา เริ่มต้นการสนทนาด้วยการทักทาย แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ก่อนเปิดประเด็นสนทนา และใช้ทักษะต่างๆ ในการสื่อสาร ได้แก่ การทวนซ้ำ การสรุปความ การให้กำลังใจ ซึ่งทักษะเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สนทนาสนใจในเรื่องที่กำลัง

พูดคุย มีความเป็นกันเอง มีทัศนคติที่ดี เต็มใจ จริงใจที่จะช่วยเหลือในการแก้ปัญหา แม้กระทั่งกระบวนการสื่อสารนั้นสิ้นสุดลง

5. เปลี่ยนจากการเป็นผู้พูดมาเป็นผู้ฟังที่ดี

การสื่อสารส่วนใหญ่ผู้สนทนามักจะคุ้นเคยกับการทำหน้าที่เป็นฝ่ายพูด เพื่อหวังที่จะให้ผู้ฟังเข้าใจตามสิ่งที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและถูกต้อง หวังว่าจะคล้อยตาม ปฏิบัติตาม ในลักษณะนี้เรียกว่าเข้าข่ายยึดผู้สื่อสารเป็นศูนย์กลางมากกว่าผู้รับสาร เพราะฉะนั้น หากต้องการให้กระบวนการสื่อสารนั้นประสบความสำเร็จ ลองเปลี่ยนจากการเป็นผู้พูดมาเป็นผู้ฟังที่ดี ซึ่งจะต้องอาศัยทักษะความใส่ใจ กระตุ้นให้อีกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้สื่อสารมีความเข้าใจต่อปัญหาและความรู้สึกของอีกฝ่ายได้ดี และลึกซึ้งมากขึ้น ทำให้เป็นช่องทางสำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างถ่องแท้และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง นอกจากการเป็นผู้ฟังที่ดีแล้ว ภาษากายที่เหมาะสมก็เป็นเรื่องที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นสีหน้า แววตา ท่าทาง การสัมผัส ซึ่งมักจะแสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ หากมีความตั้งใจเต็มใจที่จะให้ความช่วยเหลือและเข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่ายได้

6. เลือกใช้ทักษะในการสื่อสารให้เหมาะสม

ผู้สื่อสารควรเลือกใช้ทักษะการสื่อสารให้เหมาะสมตามคุณลักษณะ หรือแล้วแต่สถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ณ ขณะนั้น หากคู่สนทนามีอารมณ์โกรธ โมโห ไม่พอใจ ผู้พูดต้องอาศัยความอดทนในการหยุดฟังเรื่องราว และทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของอารมณ์ที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ทักษะในการสื่อสารที่สำคัญและควรเลือกใช้ คือ ทักษะรับฟัง สะท้อน และสรุปความ แต่หากคู่สนทนามีอารมณ์เศร้า เสียใจ ร้องไห้ฟูมฟาย ต้องอาศัยความไวในการทำ ความเข้าใจความรู้สึก ไม่แนะนำการปลอบโยนไม่จำเป็น และไม่เปลี่ยนประเด็นในการสื่อสาร ทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะการเจียบ กระตุ้น สะท้อนอารมณ์ หรือเมื่อคู่สนทนามีอารมณ์เฉยๆ ไม่ค่อยพูด ถามคำถาม ผู้พูดต้องอาศัยความใจเย็น พยายามจะลึกลงไปให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาและความกังวลใจ ทักษะที่ใช้ในการสื่อสารนี้เช่นเดียวกับเมื่อคู่สนทนามีอารมณ์เศร้าเสียใจ

การสื่อสารตามสถานการณ์มีทั้งสถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต ซึ่งในสถานการณ์ทั่วไปนั้น สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารได้ตามความเหมาะสม แต่ในสถานการณ์วิกฤตนั้น เช่น การแจ้งข่าวร้าย การรับมือกับความสูญเสีย และการรับมือกับผู้ที่มีความไม่พอใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ควรเลือกใช้ทักษะการสะท้อนอารมณ์ ทักษะการให้กำลังใจ ทักษะการเจียบ

7. ให้ความสำคัญของความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ที่อยู่ตรงหน้า

การให้ความสำคัญในเรื่องของความรู้สึกและอารมณ์ของผู้สนทนาอีกฝ่าย ต้องพยายามใช้ทักษะในการสะท้อนอารมณ์ให้ตรงกับความรู้สึกของเขา ณ ขณะนั้น จะทำให้เราสามารถเข้าใจ

ความรู้สึกของเขาอย่างแท้จริง เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน และอีกฝ่ายพร้อมจะเล่าเรื่องราวต่างๆ อย่างเปิดเผยมากขึ้น อีกทั้งผู้สื่อสารไม่ควรจะให้ความสำคัญของการให้ข้อมูลมากหรือเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ แต่ควรนำมาแจ้งหลังจากที่ได้ทำความเข้าใจกับความรู้สึกของเขาแล้ว ผู้สื่อสารต้องระวังคำพูดที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการจัดการอารมณ์ของผู้ที่มาปรึกษา เช่น ใจเย็นๆ อย่าคิดมาก แต่ควรสะท้อนความรู้สึกออกไปตรงๆ โดยไม่ปรุงแต่งเรื่องราวใดๆ เพิ่มเติม

8. ทำความเข้าใจกับปัญหาและความรู้สึก

ผู้สื่อสารควรทำความเข้าใจกับปัญหาและความรู้สึกของผู้สนทนาที่อยู่ตรงหน้าโดยการฟังอย่างใส่ใจ เก็บรายละเอียดข้อมูลต่างๆ มาเชื่อมโยง สรุปประเด็นให้ถูกต้อง จะนำไปสู่ความเข้าใจในการแก้ปัญหา อย่าเพิ่งเร่งสรุปปัญหาและทางแก้ไข เพราะ คำตอบแรกของผู้สนทนาอีกฝ่ายอาจจะไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง อย่าเพิ่งทึกทักว่านั่นเป็นปัญหาที่แท้จริง ดังนั้นผู้สื่อสารควรใช้ทักษะทวนซ้ำ ทักษะสรุปความ ทักษะสะท้อนอารมณ์ ทักษะเงียบ และไม่ควรเบี่ยงเบนประเด็นในการสื่อสาร

9. สนับสนุนและช่วยเหลือให้เกิดการแก้ไขปัญหา

การสนับสนุนและช่วยเหลือให้เกิดการแก้ไขปัญหาผู้สื่อสาร ไม่ควรทำหน้าที่โดยตรงในการแก้ไขปัญหา นั่นให้กับผู้สนทนาอีกฝ่าย เพราะแม้ว่าเราจะมีข้อมูลเกี่ยวกับเขามากน้อยเพียงใดก็ตาม แต่การตัดสินใจแก้ปัญหาของแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกันตามบริบทของเรื่องนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจให้ผู้อื่นจึงไม่เกิดประโยชน์มากนัก ทางเลือกที่ดีที่สุดคือการเป็นเพื่อนคู่คิด สนับสนุนและช่วยเหลือให้เขาสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ กระตุ้นให้คิดด้วยตนเอง ช่วยเหลือให้ข้อมูลในส่วนที่เขาขาด และเชื่อมโยงให้เกิดแนวทางอื่นในการนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในที่สุด แต่ในกรณีที่ผู้สนทนาไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้เลย แม้ว่าผู้สื่อสารได้พยายามเต็มที่แล้ว เพื่อให้เขาแก้ไขปัญหาได้ ผู้สื่อสารอาจแสดงความคิดหรือแนวคิดอื่นๆ และย้อนถามกลับถึงความคิดเกี่ยวกับแนวทางที่นำเสนอว่าสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้หรือไม่

10. หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่มากเกินไป

ในการสื่อสารนั้นผู้สื่อสารจำนวนไม่น้อยที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ติดอยู่กับความเป็นผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ พร้อมที่จะให้ข้อมูลมากมาย ซึ่งอาจจะล้นเกินไปได้ว่า การให้ข้อมูลที่มากเกินไปนั้น อาจจะทำให้ผู้ฟังเกิดความสับสนกังวลใจเพิ่มมากขึ้น มีความเครียด และอาจให้ความสำคัญกับประเด็นย่อยมากกว่าประเด็นหลัก ส่งผลให้กระบวนการในการแก้ไขปัญหาไม่ราบรื่น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า กระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสามารถเป็นสื่อกลางของผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้าใจสภาวะสุขภาพของตน เกิดความไว้วางใจ และมีความมุ่งมั่นในการรักษา ซึ่งจะสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ (Manze et al., 2015)

ทั้งนี้ Beck และคณะ (2002) ได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยได้กล่าวถึงพฤติกรรมของแพทย์ที่อาจส่งผลดีและผลเสียต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า คุณลักษณะของแพทย์ที่ได้ค้นพบไปในทางบวกกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่แสดงออกตามสถานการณ์ต่างๆของผู้ป่วย ได้แก่ การมีความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนและให้กำลังใจ ยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พุดคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ไม่เครียด จนเกินไป แสดงท่าทีที่เป็นมิตร มีความรู้สึกที่ดีในการคำนึงถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วย หรือแสดงความใส่ใจต่อผู้ป่วย ซึ่งในการสนทนาควรมีการอธิบายแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการมาพบแพทย์ ทั้งนี้ควรเป็นผู้ฟังที่ดี และเป็นผู้ถามโดยที่ผู้ป่วยได้เป็นผู้นำในการเปิดมุมมองของการสนทนาในช่วงท้ายที่สรุปของการมาพบแพทย์ มีการสนทนาด้วยคำถามปลายเปิด โดยมีการสอบถามพุดคุยปรึกษาผู้ป่วย เข้าถึงปัญหาในชีวิตประจำวัน ความรู้สึก ความสัมพันธ์ทางสังคมและอารมณ์ของผู้ป่วย อีกทั้งเปิดกว้างต่อคำถามและการแจ้งเรื่องต่างๆของผู้ป่วย แบ่งปันข้อมูลทางการแพทย์กับผู้ป่วย ร่วมอภิปราย ในเรื่องของการใช้ยา ผลข้างเคียงจากการรักษา ที่สำคัญแพทย์ควรมีความชัดเจนของข้อมูล แสดงออกถึงความเป็นแพทย์อย่างเด่นชัด มีความตั้งใจในการตรวจร่างกายของผู้ป่วย พร้อมกับมีเวลาเพิ่มมากขึ้นในการพุดคุย ชักประวัติ ให้ความรู้ผู้ป่วยทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในแง่ลบโดยเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ขณะสนทนามีการสร้าง ความไม่สบายใจ ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย มีสิ่งสะท้อนกลับที่นอกเหนือจากการมาพบแพทย์ พฤติกรรมแบบต่อต้าน สั่งการ เฉยเมย บังคับ ครอบงำผู้ป่วยมากเกินไป ดึงเครียดตลอดเวลา แม้กระทั่งมีการตั้งคำถามเกี่ยวกับทางการแพทย์มากจนเกินไป ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจ หรือการแสดงความคิดเห็นขณะที่มีการตรวจร่างกาย ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก มีการสื่อสารทางเดียว โดยไม่มีการแสดงความคิดเห็น และไม่มีการสะท้อนกลับของข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า หากแพทย์ที่มีคุณลักษณะที่ดีเป็นไปในทางบวกย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย (Cabo et al., 2014) ซึ่งจากการศึกษาของ Schoenthaler และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสื่อสารของแพทย์ที่มีผลกระทบต่อการใช้ยาลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยแอฟริกัน-อเมริกันที่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 439 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินผลกระทบของการรับรู้ของผู้ให้บริการในการสื่อสารเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยพบว่า การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือกันมากขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอที่ดี ($r = -.15, P = .003$)

ระดับคะแนนอาการซึมเศร้าที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือที่ลดลง ($r = -.12, P = .18$) และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้น พบว่า การสื่อสารของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือกันมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอได้ดีกว่า การสื่อสารของผู้ให้บริการกับผู้ป่วยที่มีความร่วมมือไม่ดี ($\beta = -.11, P = .03$) แสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่ลดลงในผู้ป่วยแอฟริกัน-อเมริกันที่มีโรคความดันโลหิตสูง

เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยต่อการยึดมั่นในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลวิจัยของ Schoenthaler และคณะ (2012) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับในการสื่อสารของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ ในที่นี้หมายถึง แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ช่วยแพทย์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการต่อการยึดมั่นต่อยา โดยคำนึงถึงผลของปัจจัยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้จำนวน 597 ราย มีเป้าหมายเพื่อให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ผู้ป่วยผลวิจัยกับผู้ให้บริการผลวิจัยจำนวน 309 ราย และผู้ป่วยผลวิจัยกับผู้ให้บริการผลวิจัยจำนวน 207 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีผลสำคัญต่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการต่อการยึดมั่นต่อยา ($B = -0.46, p = 0.04$) โดยการสื่อสารของผู้ให้บริการที่มีความร่วมมือมากขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาที่ดีขึ้น แต่ลักษณะของผลวิจัยไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ($p = 0.39$) เมื่อนำมาทดสอบ GLMM (generalized linear mixed models) ความสัมพันธ์ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการและการยึดมั่นต่อยาโดยสัมพันธ์กับลักษณะของผลวิจัย พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการและการยึดมั่นต่อยา โดยที่การสื่อสารของผู้ให้บริการผลวิจัยตั้งแต่มีความร่วมมือที่ดีจนถึงมีความร่วมมือที่ไม่ดีกับผู้ป่วยผลวิจัยมีแนวโน้มที่จะรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบความลาดเอียงอย่างง่าย (simple slope) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการที่มีลักษณะผลวิจัยเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของการสื่อสารและการยึดมั่นต่อยาไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ($p = 0.91$)

การศึกษาในครั้งนี้สามารถระบุได้ว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่มีลักษณะผลวิจัยต่างกันสามารถเพิ่มหรือลดความเสี่ยงการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระดับการยึดมั่นต่อยาของผู้ป่วยผลวิจัยขึ้นกับการรับรู้คุณภาพการสื่อสารของผู้ให้บริการผลวิจัย โดยเฉพาะผลกระทบในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่มีลักษณะ

สิทธิต่างกัน มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้นเมื่อมีการสื่อสารมีความร่วมมือที่ดี การศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว ผู้ป่วยชอบที่ผู้ให้บริการแสดงทักษะในการสื่อสารที่ดีระหว่างการสนทนา ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แสดงความเห็นอกเห็นใจ และกระตือรือร้น ซึ่งทักษะที่สำคัญเหล่านี้ถือว่าการแสดงความเคารพในความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จเมื่อผู้ให้บริการผิวสีชาวอเมริกันเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยต่างสีผิวและประสบการณ์ต่างๆที่ไม่ขัดต่อความเชื่อของผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย และผู้ให้บริการที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ จะมีศักยภาพในการลดระดับของการสื่อสารที่คลุมเครือและความขัดแย้งที่ส่งผลกระทบต่อสื่อสารในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่มีลักษณะสีผิวแตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องที่ต้องใช้ทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นพื้นฐานของความร่วมมือเบื้องต้น การประสานงาน และการเข้าใจมุมมองของแต่ละบุคคล องค์ประกอบของกระบวนการนี้คือ ความสามารถของผู้ให้บริการในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยในลักษณะที่เอาใจใส่และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ทางการแพทย์ วิธีการหลักในการสร้างความไว้วางใจและความเข้าใจในความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันคือการสื่อสารร่วมกัน ผู้ให้บริการส่งเสริมการสื่อสารร่วมกันในความสัมพันธ์ทางการแพทย์ด้วยการฟังอย่างตั้งใจ กระตือรือร้น และสอบถามความกังวลของผู้ป่วย ความคาดหวังในการรักษา เช่นเดียวกับ การให้คำอธิบายที่ชัดเจนกับผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ดีหรือไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง มีโอกาสน้อยที่ผู้ป่วยจะไว้วางใจและเชื่อมั่นในตัวผู้ให้บริการ และส่งผลให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยยุติการรักษาและมีการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองมาแล้วนั้น แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้ป่วยนั้น หากไม่มีการควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ย่อมจะทำให้เกิดผลเสียตามมา ดังนั้น การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วยเอง และเชื่อมโยงกับปัจจัยในส่วนของความแตกต่างทางอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกต่างทางสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อันจะได้ทำการศึกษาในลำดับต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation design) ของตัวแปรอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 - 60 ปีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติและมีลักษณะเฉพาะ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นั่นคือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือผู้ที่ได้รับการลงรหัสโรค ICD-10 ในแฟ้มประวัติเป็นรหัส I10 ซึ่งเป็นรหัสแทนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (กนธีร์ สังขวาที และคณะ, 2555) และเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2558 กล่าวคือ มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) โดยผู้วิจัยจะประเมินจากระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งล่าสุดและระดับความดันโลหิตที่เป็นปัจจุบัน หากมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90

มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ทั้ง 2 ครั้ง ถือว่าเป็นผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา

2. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น
2. มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดขนาดอิทธิพลจากการศึกษาตัวแปรที่ผ่านมา $r = .407$ (Yang et al., 2013) เมื่อ the effect size index เท่ากับ $f^2 = R^2 / (1-R^2)$ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ให้ระดับอำนาจในการทดสอบ (power of test) .80 ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ (u) 6 ตัวแปร จากค่าที่กำหนด เปิดตาราง Cohen (1988: p 452) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ (λ) มาแทนในสูตรเพื่อใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$\begin{aligned}
 \text{เมื่อ} \quad f^2 &= R^2 / (1-R^2) \\
 &= 0.166 / (1-0.166) \\
 F^2 &= 0.19 \\
 \text{จากตารางได้ค่า } \lambda &= 13.6 \\
 \text{แทนค่าในสูตร} \quad N &= (\lambda f^2) + u + 1 \\
 &= (13.6/.19) + 6 + 1 \\
 &= 78.5 \approx 79 \text{ คน}
 \end{aligned}$$

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จึงอาจมีปัญหาเรื่องความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญเรียง พิสมัย และคณะ, 2555) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 87 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาและเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก จำนวน 3 ศูนย์ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไม้ตรีวานิช และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย คำนวณหากลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้ทั้งหมด 3 ศูนย์ หลังจากนั้นสุ่มเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในวันที่เข้ามาใช้บริการที่คลินิก ทั้งนี้ศูนย์บริการสาธารณสุขได้ให้บริการตรวจรักษาทั่วไป ทุกวันทำการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยมีผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 30-50 ราย พยาบาลทำหน้าที่ซักประวัติ คัดกรองภาวะสุขภาพ ตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วย พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อบันทึกระดับความดันโลหิตของตนทุกครั้งที่มารับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้แบบสอบถาม ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet และคณะ (1988) ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย Wongpagaran (2012) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ แบบสอบถามดังกล่าวมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น โดยแบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ใช้ประเมินการสนับสนุนและได้รับความช่วยเหลือทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลอื่นในสังคมหรือบุคคลพิเศษ (Significant other) ซึ่งมีข้อคำถามรวม 12 ข้อ มีรายละเอียดของแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

การได้รับความช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 8 และข้อที่ 11 การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน ได้แก่ ข้อที่ 6, 7, 9 และข้อที่ 12 และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมหรือบุคคลพิเศษ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5 และข้อที่ 10 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12- 84 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนต่ำ หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.92

ลักษณะแบบสอบถามมีการแบ่งการให้คะแนนเป็น 7 ระดับ คือ

1	=	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
2	=	ไม่เห็นด้วย
3	=	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
4	=	เฉยๆ
5	=	ค่อนข้างเห็นด้วย
6	=	เห็นด้วย
7	=	เห็นด้วยอย่างมาก

การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ต่ำ ปานกลาง สูง นำเสนอ ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนนรวม 12-84 คะแนน

คะแนน	12.00-62.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน	63.00-69.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน	70.00-84.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมสูง

แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน คะแนนรวม 4-28 คะแนน

คะแนน	4.00-12.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน	12.01-20.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน	20.01-28.00	หมายถึง	แรงสนับสนุนทางสังคมสูง

3. แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ

แบบประเมินนี้ใช้วัดตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพ โดยใช้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อวัดการอ่าน และแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านรวมอยู่ในฉบับเดียวกัน โดยแบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในคำศัพท์ด้านการแพทย์และสุขภาพ ประกอบด้วย คำศัพท์ทางการแพทย์และสุขภาพจำนวน 3 สดมภ์ สดมภ์ละ 22 คำ รวมทั้งหมด 66 คำ เรียงจากง่าย

ไปหายาก ใช้เวลาอ่าน 3-6 นาที และแบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้าใจในการอ่านซึ่งเป็นข้อความที่เป็นความรู้ด้านการแพทย์และสิทธิของผู้ป่วยที่ทุกๆ ท่าน อาจพบในโรงพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งแบบประเมินนี้ได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่ม รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเป็นแบบประเมินที่ได้รับการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของแบบประเมิน และนำมาใช้โดย บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ (2557) นำแบบประเมินไปทำการทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จากหอผู้ป่วยที่จะเก็บข้อมูลผู้ป่วยหอผู้ป่วยละ 1-2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าแบบประเมินการอ่านมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .977 และแบบประเมินความเข้าใจมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .901

การให้คะแนนในแต่ละสดมภ์ของแบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินการอ่านของกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวผู้วิจัยเอง

ใส่เครื่องหมาย / ถ้าอ่าน, พูดยกต้องให้	1	คะแนน
ใส่เครื่องหมาย – สำหรับคำที่อ่านไม่ได้เลยให้	0	คะแนน
ใส่เครื่องหมาย X ถ้าอ่านไม่ถูกต้องให้	0	คะแนน

แล้วรวบรวมคะแนนของคำที่อ่าน/พูดยกต้อง

คะแนนรวม 66 คะแนน การแปลผลเป็นช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน	0-44	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพระดับต่ำ
คะแนน	45-60	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนน	61-66	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูง

แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านซึ่งจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเข้าใจในการอ่านด้วยตนเอง การให้คะแนนในแต่ละข้อ ตรวจสอบข้อที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน แล้วรวบรวมคะแนนของข้อที่ถูกต้อง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ คะแนนต่ำ หมายถึง ความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	0-16	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพไม่เพียงพอ
คะแนน	17-22	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพพอใช้
คะแนน	23-36	หมายถึง	ความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ

4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดตัวแปรการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ใช้ประเมินประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่ได้มาใช้บริการ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และการให้บริการของทีมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Stewart และคณะ (2007) โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลโดยวิธีการ back translate โดยนำเครื่องมือต้นฉบับมาแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมทางภาษาอีกครั้ง และนำมาแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาต้นฉบับ ซึ่งผู้แปลไม่เคยเห็นเครื่องมือต้นฉบับมาก่อน จากนั้นเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับเพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของแบบสอบถาม (Sperder, 2004) ซึ่งเครื่องมือนี้ได้ทำการแปลย้อนกลับโดยอาจารย์พยาบาล

แบบสอบถาม Interpersonal process of care มีคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ครอบคลุมถึงการสื่อสารทั่วไป เครื่องมือนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นจากการทำสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 19 กลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หลังจากนั้นได้เก็บข้อมูลทดสอบ Multitrait scaling and confirmatory factor analysis จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1,600 ราย ซึ่งผู้ที่พัฒนาเครื่องมือไม่ได้ระบุชัดเจนถึงขบวนการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ แต่มีการระบุโดยสรุปว่า เครื่องมือมีความตรง ความเที่ยง และปราศจากอคติ โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (Stewart, 2007) แบบสอบถามมีทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งเป็น 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ ด้านการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคล จำนวน 12 ข้อ ด้านการตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล 4 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 13 ข้อ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เจ้าหน้าที่ คือ แพทย์และพยาบาล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติออกไป เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนี้ “บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ให้ความสนใจคุณน้อยเพราะเชื้อชาติของคุณ? (How often did doctors pay less attention to you because of your race or ethnicity?)” และ “บ่อยแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติโดยแพทย์เพราะเชื้อชาติของคุณ? (How often did you feel discriminated against by doctors because of your race or ethnicity?)” ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือสามารถตัดข้อคำถามทั้ง 2 ข้อได้ ดังนั้นแบบสอบถามนี้มีข้อ

คำถามทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-135 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสูง คะแนนต่ำ หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพต่ำ เกณฑ์การให้คะแนน

คำถามทางบวก			คำถามทางลบ		
มากที่สุด	=	5 คะแนน	มากที่สุด	=	1 คะแนน
ค่อนข้างมาก	=	4 คะแนน	ค่อนข้างมาก	=	2 คะแนน
ปานกลาง	=	3 คะแนน	ปานกลาง	=	3 คะแนน
เล็กน้อย	=	2 คะแนน	เล็กน้อย	=	4 คะแนน
ไม่เคยเลย	=	1 คะแนน	ไม่เคยเลย	=	5 คะแนน

โดยมีคำถามทางบวก คือ ข้อที่ 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21 และคำถามทางลบ คือ ข้อที่ 1,2,3,4,5,22,23,24,25,26,27

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ได้แบ่งการให้คะแนนตามหลักสถิติโดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นดัชนีในการแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ (ยุทธ ไกยวรรณ, 2555)

ระดับ	คะแนน
ระดับต่ำ	น้อยกว่า $X - 1S.D$
ระดับปานกลาง	ระหว่าง $X \pm 1S.D$
ระดับสูง	มากกว่า $X + 1S.D$

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ Akhter (2010) โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลโดยวิธีการ back translate โดยนำเครื่องมือต้นฉบับมาแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมทางภาษาอีกครั้ง และนำมาแปลย้อนกลับจากภาษาเป้าหมายเป็นภาษาต้นฉบับ ซึ่งผู้แปลไม่เคยเห็นเครื่องมือต้นฉบับมาก่อน จากนั้นเปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับเพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของแบบสอบถาม (Sperder, 2004) ซึ่งเครื่องมือนี้ได้ทำการแปลย้อนกลับโดยอาจารย์พยาบาล แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้ประเมินการควบคุมความดันโลหิตสูงในช่วงเดือนที่ผ่านมาบอกละไหน โดยมีทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.การบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) จำนวน 13 ข้อ 2.การควบคุมตนเอง (Self-regulation) จำนวน 9 ข้อ 3.การมีปฏิสัมพันธ์

กับเจ้าหน้าที่ (Interaction with health professional and significant others) จำนวน 9 ข้อ 4.การติดตามด้วยตนเอง (Self-monitoring) จำนวน 4 ข้อ 5.การปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommend regimens) จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40 – 160 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ ทั้งนี้เจ้าของเครื่องมือได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แต่ไม่มีการรายงานค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index :CVI) และได้มีการนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95

เกณฑ์การให้คะแนน

ทำเป็นประจำ	=	4	คะแนน
ทำเป็นบางครั้ง	=	3	คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	=	2	คะแนน
ไม่ทำเลย	=	1	คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ Akhter (2010) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.00	หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00	หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00	หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการ มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองตรวจสอบความตรง (validity) ของทุกเครื่องมือสามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ สำหรับเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้รับคำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์จากการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแปลย้อนกลับ (Translation-Back translation) ตามกระบวนการแล้วจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ก่อนนำไปใช้ในการศึกษาจริง โดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง เท่ากับ 0.886, 0.918, 0.812, 0.841, 0.903 ตามลำดับ หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัด (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง เท่ากับ 0.915, 0.833, 0.875, 0.847, 0.878 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียม

1. เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

2. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว และขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พร้อมหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานไปยัง ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารักษา ตามนัด และประชาสัมพันธ์แก่ผู้ที่สนใจและมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีจิต และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย เก็บข้อมูลในคลินิกโรค ความดันโลหิตสูงทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่าง รอพบแพทย์ โดยการ พูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัยและญาติ แนะนำตัว และขอความ ร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การ ดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ดูแล หรือญาติ เพื่อเป็นข้อมูลในการ ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้า ร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และเต็มใจ เพื่อให้ความยินดีร่วมมือด้วยความสมัครใจ ในการวิจัยครั้งนี้โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ในช่วงระหว่างรอแพทย์ ตามสถานที่ที่เป็นส่วนตัวจัดไว้ให้บริเวณคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจนผู้เข้าร่วมวิจัยมีความ เข้าใจก่อนลงมือทำ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม สามารถซักถาม ข้อมูลได้เพิ่มเติมจากผู้วิจัย โดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 35 นาที

6. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณแก่ผู้เข้าร่วม วิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบสอบถาม ทั้งหมด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงเรื่องจริยธรรมในการวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนเก็บข้อมูล โครงการวิจัย ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุมัติในการทำวิจัยในคนจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ กระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และหากเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลาหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผล ต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การ นำข้อมูลไปอภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อในใบยินยอม และผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลการวิจัย ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา และข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา
2. สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยมีการทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นของการใช้สถิติศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทาง สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้คือ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) จากกราฟ Partial plot ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการ พยากรณ์ของตัวแปรทำนายทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) จากกราฟ Scatter plot ค่าเฉลี่ย ความคลาดเคลื่อน (residual) = .000 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงหรือเท่ากับศูนย์ มีค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิด จากการพยากรณ์มีการแจกแจงเป็นปกติ จากกราฟ Normal P-P Plot และข้อมูลมีการกระจาย เป็น โค้งปกติ (Normal distribution) พบว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ความคลาดเคลื่อนที่เกิด จากการพยากรณ์มีค่าคงที่ สำหรับความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเอง มีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ ส่วนอายุ

มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงได้ transform ข้อมูลโดยใช้ Log_{10} พบว่าการ transform ข้อมูลไม่ได้ช่วยแก้ไขข้อมูลให้มีการกระจายเป็นโค้งปกติ เมื่อได้พิจารณาตัวแปรแต่ละตัว พบว่า มีข้อมูลที่เป็น outlier มากกว่า 2 S.D. จำนวน 3 ราย จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลทั้งหมดกับข้อมูลที่ตัดไปจำนวน 3 ราย พบว่าผลลัพธ์การศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษานี้พิจารณาตัดข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายที่เป็น outlier

นอกจากนี้ได้มีการแปลงข้อมูลระดับการศึกษาจากระดับการวัดแบบ ordinal scale คือ 1.ไม่ได้รับการศึกษา 2.ประถมศึกษา 3.มัธยมศึกษา 4.อนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไป เป็นตัวแปรหุ่น (dummy code) จำนวน 3 ตัวแปรหุ่น ได้แก่ 1.ประถมศึกษา 2.มัธยมศึกษา 3.อนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไป และเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอย ด้วยวิธี stepwise โดยการใช้วิธีนี้จะมีความน่าเชื่อถือกว่าวิธีอื่นๆ แม้ว่าอำนาจการทำนายอาจจะลดลงเพียงเล็กน้อยก็ตาม และมีข้อตกลงที่ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดย Dubin-Watson ต้องมีค่าระหว่าง 1.5-2.5 จากการวิเคราะห์ได้ค่าเท่ากับ 2.00 และทดสอบตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นตรง (Multicollinearity) จากสถิติ Collinearity ได้ค่า VIF (Variance Inflation Factor) ของอายุ เพศ ระดับการศึกษา (ประถม, มัธยม, อนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไป) ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เท่ากับ 1.186, 1.045, (1.290, 1.077, 1.210), 1.005, 1.005, 1.090 ตามลำดับ และมีค่า Tolerance ของอายุ เพศ ระดับการศึกษา (ประถม, มัธยม, อนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไป) ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เท่ากับ .843, .957, (.775, .928, .826), .995, .995, .918 ตามลำดับ ซึ่งค่า VIF (Variance Inflation Factor) ต้องมีค่าไม่เกิน 5 และค่า Tolerance ต้องมีค่า > 0.2 จึงแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไม้ติรวาณิช และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมเต็วแห่งประเทศไทย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 คน แต่เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามี outlier จำนวน 3 ราย ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออกไป ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบการบรรยายและตาราง ทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
 - ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา
 - ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายกับพฤติกรรมการจัดการ โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้น่าจะมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (52.40 %) โดยร้อยละ 78.60 มีช่วงอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D.=6.1) และดัชนีมวลกาย (41.70 %) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 มีค่าเฉลี่ย 25.51 กก. ต่อ ตรม. (S.D.=4.36) ร้อยละ 63.10 ของกลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่ สำหรับข้อมูลการประกอบอาชีพ และระดับการศึกษา พบว่า ร้อยละ 34.50 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ และมากกว่าครึ่ง (54.76 %) จบชั้นประถมศึกษา รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ คำนวณมวลกาย สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา (n= 84)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	47.60
หญิง	44	52.40
อายุ $\bar{X}$ = 54 ปี S.D. 6.1 (Range 36-60)		
< 40 ปี	5	6.00
41-50 ปี	13	15.50
51-60 ปี	66	78.60
สถานภาพสมรส		
โสด	18	21.40
คู่	53	63.10
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	13	15.50
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	34.50
รับจ้าง	28	33.30
ค้าขาย	21	25.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5	6.00
อื่นๆ	1	1.20
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.38
ประถมศึกษา	46	54.76
มัธยมศึกษา	18	21.43
อนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไป	18	21.43

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ เพศ คำนี้มวลกาย สถานภาพ สมรส อาชีพ ระดับการศึกษา (n= 84) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย $\bar{X}$ = 25.51 S.D. 4.36 (Range 17.14 - 40.81)		
น้อยกว่ามาตรฐาน (< 18.5)	2	2.40
ปกติ (18.5-22.99)	21	25.00
อ้วนระดับ 1 (23-24.99)	17	20.20
อ้วนระดับ 2 (25-29.99)	35	41.70
อ้วนระดับ 3 (≥ 30)	9	10.70

ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ มีระยะการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-15 ปี ซึ่งสองในสาม (66.70 %) ของกลุ่มตัวอย่างป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลา 1-5 ปี และเกือบครึ่งหนึ่ง (48.80 %) มีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 140-159 mmHg (79.80 %) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 90-99 mmHg (88.10 %) ดังแสดงในตาราง 4.2

ตาราง 4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ และระดับความดันโลหิต (n=84)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย $\bar{X}$ = 5 ปี S.D. 3.092 (Range 1-15)		
1-5 ปี	56	66.70
6-10 ปี	26	31.00
11-15 ปี	2	2.40

ตาราง 4.2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ และระดับความดันโลหิต (n=84) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มีโรคประจำตัวอื่น	28	33.30
เบาหวาน	4	4.80
ไขมันในเลือดสูง	41	48.80
เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงร่วมกัน	10	11.90
อื่นๆ	1	1.20
ระดับความดันโลหิต		
SBP $\bar{X}$ = 152.40 S.D. 12.01 (Range 140-213), mmHg		
140-159	67	79.80
160-179	14	16.70
≥ 180	3	3.60
DBP $\bar{X}$ = 95.01 S.D. 4.23 (Range 90-113), mmHg		
90-99	74	88.10
100-109	9	10.70
≥ 110	1	1.20

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษาโดยภาพรวม ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน ประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์และสุขภาพจำนวน 3 สดมภ์ สดมภ์ละ 22 คำ รวมทั้งหมด 66 คำ เรียงจากง่ายไปหายาก คะแนนรวมทั้งหมด 66 คะแนน มี

คะแนนรวมระหว่าง 0 – 66 คะแนน โดยคะแนนมาก ระหว่าง 61-66 คะแนน หมายถึง มีความแตกต่างกันทางสุขภาพด้านการอ่านระดับสูง จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (81 %) ได้คะแนนจากการทดสอบการอ่าน 61-66 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 62.88 คะแนน (S.D.= 3.84) ดังแสดงในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างทางสุขภาพด้านการอ่าน (n= 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความแตกต่างทางสุขภาพด้านการอ่าน $\bar{X}$ 62.88 คะแนน S.D. 3.84 คะแนน (Range 47-66)		
-ระดับต่ำ (0-44)	-	-
-ระดับปานกลาง (45-60)	16	19.00
-ระดับสูง (61-66)	68	81.00

ส่วนที่ 2 ได้แก่ความแตกต่างทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละข้อตรวจสอบข้อที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-36 คะแนน คะแนนมาก ระหว่าง 23 – 36 คะแนน หมายถึง มีความแตกต่างทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่านระดับเพียงพอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (71.40) ได้คะแนนจากการทดสอบความแตกต่างทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่าน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-36 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับเพียงพอ มีค่าเฉลี่ย 26.25 คะแนน (S.D.= 6.51) ดังแสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่างทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่าน (n= 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ความแตกต่างทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่าน $\bar{X}$ 26.25 คะแนน S.D. 6.51 คะแนน (Range 6-36)		
-ระดับไม่เพียงพอ (0-16)	5	6.00
-ระดับพอใช้ (17-22)	19	22.60
-ระดับเพียงพอ (23-36)	60	71.40

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัวเพื่อน และบุคคลพิเศษที่สำคัญ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 – 84 คะแนน คะแนนมากระหว่าง 70-84 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (60.70 %) มีค่าเฉลี่ย 56.50 (S.D.= 16.9) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทางครอบครัวอยู่ในระดับสูง (77.40 %) มีค่าเฉลี่ย 22.78 (S.D.= 6.02) เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม (ดูในภาคผนวก) กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าครอบครัวพยายามที่จะช่วยเหลือจริงๆเมื่อมีปัญหาขึ้นมาจะมีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 5.86 (S.D.= 1.48) และสามารถเล่าปัญหาต่างๆให้ครอบครัวฟังได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 5.62 (S.D.= 1.75) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ (36.90 %) มีค่าเฉลี่ย 1.58 (S.D.= 8.02) โดยกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถเล่าปัญหาต่างๆให้เพื่อนฟังได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.= 2.16) และคิดว่ามีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 2.19) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลพิเศษที่สำคัญอยู่ในระดับสูง (40.50 %) มีค่าเฉลี่ย 18.13 (S.D.= 7.34) โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่ามีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือ หากต้องการความช่วยเหลือขึ้นมาได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.85 (S.D.= 1.84) และคิดว่ามีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.= 2.09) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตาราง 4.5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนทางสังคม (n = 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม $\bar{X}$56.50 S.D. 16.98 คะแนน Range (12-84)		
ระดับต่ำ (12.00-62.00)	51	60.70
ระดับปานกลาง (63.00-69.00)	10	11.90
ระดับสูง (70.00-84.00)	23	27.40
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว $\bar{X}$22.78 S.D. 6.02 คะแนน Range (4-28)		
ระดับต่ำ (4.00-12.00)	8	9.5
ระดับปานกลาง (12.01-20.00)	11	13.10
ระดับสูง (20.01-28.00)	65	77.40
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน $\bar{X}$15.58 S.D. 8.02 คะแนน Range (4-28)		
ระดับต่ำ (4.00-12.00)	31	36.90
ระดับปานกลาง (12.01-20.00)	24	28.60
ระดับสูง (20.01-28.00)	29	34.50
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษที่สำคัญ $\bar{X}$18.13 S.D. 7.34 คะแนน Range (4-28)		
ระดับต่ำ (4.00-12.00)	21	25.00
ระดับปานกลาง (12.01-20.00)	29	34.50
ระดับสูง (20.01-28.00)	34	40.50

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีสัมพันธภาพร่วมกันระหว่างบุคคล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 – 145 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพโดยรวม ประเมินสองในสาม (69 %) อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 99.50 (S.D.= 11.81) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 87.69-111.30 คะแนน ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี (73.80 %) คะแนนอยู่ระหว่าง 37.89-49.37 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 43.63 (S.D.= 5.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม (ดูในภาคผนวก) พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการแพทย์ไม่เคยแสดงท่าทางเบื่อหน่ายเมื่อเขาถามแพทย์หลายๆคำถาม มีคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.83

(S.D.= 0.51) และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายามีความสนใจหรือใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 1.69 (S.D.= 1.01) ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับดี (56 %) คะแนนอยู่ระหว่าง 4.23-12.79 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 8.51 (S.D.= 4.28) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายามีความเข้าใจถึงความรู้สึกของเขาที่ต้องทำตามคำแนะนำการรักษา มีคะแนนมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.39 (S.D.= 1.34) และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายามีตัวเลือกอื่นในการรักษา แพทย์ได้ถามความต้องการของเขาที่จะช่วยตัดสินใจในการรักษา มีคะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 1.68 (S.D.= 1.20) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดี (65.50 %) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 42.83-51.87 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 47.35 (S.D.= 4.52) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ พนักงานต้อนรับ หรือบุคคลที่พูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยได้คะแนนมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.95 (S.D.= 0.27) และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายามีกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของเขา มีคะแนนน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.99 (S.D.= 1.24) ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 จำนวน ร้อยละ พิสัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (n=84)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพโดยรวม $\bar{X}$ 99.50 S.D. 11.81 คะแนน Range (75-132)		
ระดับพอใช้ (< 87.69)	12	14.30
ระดับดี (87.69-111.30)	58	69.00
ระดับดีมาก (> 111.30)	14	16.70
- การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคล (12 ข้อ) $\bar{X}$ 43.63 S.D. 5.74 คะแนน Range (30-60)		
ระดับพอใช้ (< 37.89)	9	10.70
ระดับดี (37.89-49.37)	62	73.80
ระดับดีมาก (> 49.37)	13	15.50
- การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (4 ข้อ) $\bar{X}$ 8.51 S.D. 4.28 คะแนน Range (4-20)		
ระดับพอใช้ (< 4.23)	22	26.20
ระดับดี (4.23-12.79)	47	56.00
ระดับดีมาก (> 12.79)	15	17.90

ตาราง 4.6 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ (n=84) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (11 ข้อ) $\bar{X}$ 47.35 S.D. 4.52 คะแนน Range (38-55)		
ระดับพอใช้ (< 42.83)	12	14.30
ระดับดี (42.83-51.87)	55	65.50
ระดับดีมาก (>51.87)	17	20.20

พฤติกรรมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบูรณาการด้วยตนเอง (Self - integration) การควบคุมตนเอง (Self - regulation) การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ (Interaction with health professional and significant others) การติดตามด้วยตนเอง (Self- monitoring) และการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommend regimens) รวมทั้งหมด 40 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40 - 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยรวมระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมในการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.00 (S.D.= 1.09) เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommend regimens) อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 3.14 (S.D.= 0.80) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบูรณาการตนเอง (Self – integration) อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.12 (S.D.= 1.08) ส่วนพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการควบคุมตนเอง (Self – regulation) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ (Interaction with health professional and significant others) และพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการติดตามตนเอง (Self – monitoring) อยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.86, 1.59, 1.42 S.D.= 0.95, 0.78, 0.84 ตามลำดับ) ดังแสดงในตาราง 4.7

ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม พิสัย และระดับของพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n=84)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean total score	Range	$\bar{X}$	SD	การ แปลผล
พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม	80.17	56-112	2.00	1.09	ต่ำ
การบูรณาการตนเอง (13 ข้อ) (Self – integration)	27.57	17-38	2.12	1.08	ปานกลาง
การควบคุมตนเอง (9 ข้อ) (Self – regulation)	16.76	9-30	1.86	0.95	ต่ำ
การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ (9 ข้อ) (Interaction with health professional and significant others)	14.38	9-25	1.59	0.78	ต่ำ
การติดตามตนเอง (4 ข้อ) (Self – monitoring)	5.71	4-12	1.42	0.84	ต่ำ
การปฏิบัติตามคำแนะนำ (5 ข้อ) (Adherence to recommend regimens)	15.74	10-20	3.14	0.80	สูง

เมื่อพิจารณารายข้อคำถาม ตามจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมจัดการตนเอง สูงสุด 5 อันดับ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างเป็นประจำอันดับแรก คือ รับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และพฤติกรรมจัดการตนเองที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติอันดับแรก คือ ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อมีอาการความดันโลหิตต่ำ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 92.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตาราง 4.8 จำนวน ร้อยละ ของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงสุด 5 อันดับ ที่ปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และไม่เคยปฏิบัติเลย (n=84)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
5 อันดับสูงสุดของพฤติกรรมจัดการตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำ		
-รับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง	70	83.3
-ไปพบแพทย์สม่ำเสมอ	54	64.3
-คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต	52	61.9
-ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับข้อปฏิบัติของโรค	52	61.9
-พยายามควบคุมความเครียดโดยการฟังเพลง, พักผ่อน, พุดคุยกับครอบครัว / เพื่อน	41	48.8
5 อันดับสูงสุดของพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เคยปฏิบัติเลย		
-ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อมีอาการความดันโลหิตต่ำ	78	92.2
-แนะนำแพทย์ให้ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาหากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้	72	85.7
-ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อมีอาการความดันโลหิตสูง	58	69.0
- สอบถามแพทย์/พยาบาลถึงแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับโรค	57	67.9
-ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อรู้สึกไม่สบาย	55	65.5

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างตัวแปรตาม (พฤติกรรมการจัดการตนเอง) กับตัวแปรต้น (ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองมี 4 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม โดย อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.265, P < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ในขณะที่ระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.322, P < .01$) และการศึกษาในระดับอนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.357, P < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เช่นเดียวกับ ความแตกฉานทางสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.312, P < .01$) ซึ่งก็หมายความว่า หากผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพสูงผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นด้วย และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.389, P < .01$) ซึ่งหมายความว่า หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังแสดงในตาราง 4.9

ตาราง 4.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n=84)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.อายุ	-								
2.เพศ	-0.28	-							
3.ประถมศึกษา	0.340**	0.331**	-						
4.มัธยมศึกษา	-0.114	-0.199*	-0.575**	-					
5.อนุปริญญา/ อนุปริญญาขึ้นไป	-0.352**	-0.257**	-0.575**	-0.273**	-				
6.ความแตกฉาน ทางสุขภาพ	-0.326**	-0.188**	-0.426**	0.248*	0.360**	-			
7.การสนับสนุน ทางสังคม	-0.248*	-0.104	-0.238*	0.117	0.235*	0.073	-		
8.การสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับ ทีมสุขภาพ	-0.120	0.114	-0.012	0.010	0.064	0.144	0.287**	-	
9.พฤติกรรมการ จัดการตนเอง	-0.265**	-0.139	-0.322**	0.075	0.357**	0.312**	0.389**	0.138	-

*p< 0.05 **p< 0.01

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี stepwise โดยวิธีการนี้เป็นวิธีที่นำตัวแปรอิสระเข้าสมการทีละตัว และเมื่อตัวแปรนั้นเข้าสมการไปแล้ว จะทำการตรวจสอบย้อนกลับโดยวิธีขจัดออก (backward) อีกครั้ง ในทุกครั้งที่มีการนำตัวแปรอิสระเข้าสมการ ผลการวิเคราะห์ พบว่า

ขั้นที่ 1 ตัวแปรที่เข้าสมการอันดับแรก คือ การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ ร้อยละ 15.10

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพเข้าไป สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.10 (R^2 Change = .081)

ดังนั้น ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($b = .575$, $t = 2.921$, $p = .005$) และ ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($b = .285$, $t = 3.774$, $p = .000$) หมายความว่า หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ส่วน อายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ พบว่าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ของตัวแปรแต่ละตัวว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างไร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้มากที่สุด ($\beta = .368$, $p = .000$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285$, $p = .005$) มีค่าคงที่เท่ากับ 48.967 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนายเท่ากับ 6.581 ดังแสดงในตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n=84)

ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอย	R	R ²	R ² Change	F	b	SE b	B	T	P-value
ขั้นที่ 1	.389	.151	.151	14.640*					
-การสนับสนุนทางสังคม					.301	.079	.389	3.826	.000
ขั้นที่ 2	.482	.232	.081	12.259*					
-ความแตกฉานทางสุขภาพ					.575	.197	.285	2.921	.005**
-การสนับสนุนทางสังคม					.285	.076	.368	3.774	.000
ค่าคงที่ (constant) = 48.967 SE _{est} = 6.581									

R² = .232, *p=.000, **p<0.05, F change = 8.534

สามารถสร้างสมการได้ดังนี้

$$Y = a + b_1 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + b_2 (\text{ความแตกฉานทางสุขภาพ})$$

เมื่อ

Y ในการศึกษาี้ หมายถึง คะแนนพยากรณ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

a ในการศึกษาี้ หมายถึง ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

b₁, b₂ ในการศึกษาี้ หมายถึง น้ำหนักคะแนนหรือสัมประสิทธิ์ถดถอยของการสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ ตามลำดับ

จากสมการแสดงให้เห็นว่า

b₁ = .285 แสดงว่า เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เปลี่ยนไป .285 หน่วย

b₂ = .575 แสดงว่า เมื่อความแตกฉานทางสุขภาพเปลี่ยนไป 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เปลี่ยนไป .575 หน่วย

แทนสมการได้ดังนี้

$$Y = 48.967 + .285 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) + .575 (\text{ความแตกฉานทางสุขภาพ})$$

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง หากมีแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .368, p = .00$) และมีความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285, p = .005$)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร การอภิปรายผลการศึกษาในครั้งนี้ จะอภิปรายผลใน 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา ดังแสดงในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นเพศหญิง มากกว่า เพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของประเทศไทย พบว่า ผู้หญิงมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง 16.6 มากกว่าเพศชายซึ่งมีความชุกเท่ากับ 13.8 และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งจากสถิติพบว่า อายุเฉลี่ยที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เท่ากับ 50.4 ปี โดยสามในสี่ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 54 ปี (S.D.= 6.1) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน) เรียนจบชั้นประถมศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี (ร้อยละ 66.7) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 48.8) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 152.40 mmHg และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย เท่ากับ 95.01 mmHg

ความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีทักษะในการค้นหาแหล่งของข้อมูล เข้าถึงข้อมูล ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตน (หทัยกานต์ ห้องกระจก, 2559) ซึ่งใน

การศึกษานี้ได้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน โดยความแตกฉานทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (81%) ได้คะแนนจากการทดสอบการอ่าน 61-66 คะแนน ซึ่งมีความแตกฉานทางสุขภาพในการอ่านอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 62.88 คะแนน (S.D.= 3.84) และได้คะแนนจากการทดสอบความแตกฉานทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่านอยู่ในระดับเพียงพอ (71.40%) มีค่าเฉลี่ย 26.25 คะแนน (S.D.= 6.51) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านหนังสือได้ดี และมีความเข้าใจต่อการบริการทางการแพทย์เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพที่แสดงให้เห็นทักษะในการเรียนรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจข้อมูลในรูปแบบส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ทักษะความรู้คู่กับสื่อทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี เช่น ใบสั่งยา การอ่านฉลากยา และการอ่านใบนัด เป็นต้น คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Ko และคณะ (2013) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.1 มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ สามารถเข้าใจสถานะของสุขภาพและตัวเลือกทางการรักษาจากคำอธิบายของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดี แตกต่างจากการศึกษาของ Reisi และคณะ (2012) ศึกษาความแตกฉานทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 8.8 เท่านั้นที่มีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากถึงร้อยละ 79.6 มีความแตกฉานทางสุขภาพต่ำ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในประเทศอิหร่านมีระดับการศึกษาน้อย โดยเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 46.9) ไม่รู้หนังสือ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67 ปี ซึ่งอาจมีความเสื่อมถอยของระบบประสาทและสมอง อีกทั้งยังมียุบัติการณ์ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น ทำให้ความสามารถหรือทักษะในการดูแลตนเองลดลง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นเครือข่ายของบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษที่สำคัญ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่จะเข้ามาช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ หรือแม้กระทั่งด้านวัตถุสิ่งของ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น เชื่อว่าย่อมเป็นสิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนได้ดียิ่งขึ้น (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2559) สำหรับในการศึกษานี้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทางครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (77.40 %) มีค่าเฉลี่ย 22.78 (S.D.= 6.02) โดยสมาชิกในครอบครัวของเขาพยายามที่จะช่วยเหลือพวกเขาจริงๆเมื่อมีปัญหาขึ้นมามีคะแนนมากที่สุด (มีค่าเฉลี่ย 5.86 S.D.= 1.48) แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวห่วงใย มีความเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน พร้อมทั้งจะช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยเกิดความเจ็บป่วยหรือมี

ปัญหาความทุกข์ต่างๆ มักเกิดความคาดหวังว่าจะมีคนคอยมาดูแลเอาใจใส่ คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวของตน จึงเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวจะเข้ามาช่วยเหลือได้เสมอ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างระบุว่าสามารถเล่าปัญหาต่างๆของเขาให้ครอบครัวฟังได้คะแนนน้อยที่สุด (มีค่าเฉลี่ย 5.62 S.D.= 1.75) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเมือง จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนต่างต้องทำงาน มีภาวะกดดันทางสังคม ปัญหาการจราจรติดขัด เครียดจากการทำงานมากพอแล้ว จึงไม่อยากเล่าปัญหาของตนให้กับสมาชิกในครอบครัวฟังมากนัก

การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (36.90 %) มีค่าเฉลี่ย 1.58 (S.D.= 8.02) โดยกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถเล่าปัญหาต่างๆของเขาให้เพื่อนฟังได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.= 2.16) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีเพื่อนที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับเขาได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.= 2.19) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพใดใด ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน อาศัยอยู่บ้านคนเดียว จึงมีเพื่อนบ้านที่สนิทมีปัญหอะไรก็จะพูดคุย กล้าที่จะเปิดใจปรึกษา ระบายความรู้สึกของตนให้เพื่อนฟังได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Osamor และOwumi (2011) พบว่ามีความเป็นไปได้ที่บุคคลในชุมชนได้มีเวลาพบปะพูดคุยกับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัวที่ไม่ได้อยู่ใกล้กัน ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้คาดหวังว่าเพื่อนต้องมาร่วมทุกข์ร่วมสุขหรือมาร่วมฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคไปพร้อมๆกันกับผู้ป่วย ขอแค่ต้องการเพื่อนที่คอยรับฟังก็เพียงพอ

ด้านการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลพิเศษที่สำคัญอยู่ในระดับสูง (40.50 %) มีค่าเฉลี่ย 18.13 (S.D.= 7.34) โดยกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่ามีบุคคลพิเศษที่คอยช่วยเหลือหากต้องการความช่วยเหลือขึ้นมาได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.85 (S.D.= 1.84) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตในระยะเริ่มต้น ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นยังไม่มากนัก จึงมั่นใจในการรักษาของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาเกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ซึ่งแพทย์/พยาบาล หรือบุคคลพิเศษอื่นๆในชีวิตของผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีเมื่อมีปัญหาขึ้นมา อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างคิดว่ามีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.= 2.09) อาจเป็นเพราะไม่ได้มีความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้น ต่างคนต่างอยู่ ได้มาพบเจอกันเพียงครั้งคราวเท่านั้น

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เปรียบเสมือนเป็นการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจข้อมูลระหว่างกัน ซึ่งการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดการดูแลร่วมกันที่เน้นการสนับสนุนการจัดการตนเองหรือความต้องการในการเสริมสร้างทักษะและความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคล การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมกันระหว่างบุคคล (Boxer & Snyder, 2009)

ในการศึกษานี้ พบว่า การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (73.80 %) มีค่าเฉลี่ย 43.63 (S.D.= 5.74) เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแพทย์ไม่เคยแสดงท่าทางเบือนหน้าเมื่อผู้ป่วยถามแพทย์หลายๆคำถามได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.83 (S.D.= 0.51) แสดงให้เห็นว่า ขณะที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ในระหว่างการสนทนาแพทย์ไม่แสดงท่าทีเบือนหน้าเมื่อผู้ป่วยสอบถาม โดยแพทย์ได้ให้ความสนใจ เปิดกว้างต่อคำถามของผู้ป่วย รับฟังปัญหา และการแจ้งเรื่องต่างๆจากผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck และคณะ (2002) เรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การเปิดกว้างต่อคำถามของผู้ป่วย และให้ความสนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เป็นคุณลักษณะของแพทย์ที่ดีที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างกลับรู้สึกว่าการแพทย์ให้ความสนใจหรือใส่ใจในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 1.69 (S.D.= 1.01) ด้วยในการศึกษารั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกไม่เกิน 5 ปี มีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการยังไม่รุนแรงมากนัก ดังนั้นประเด็นปัญหาที่แพทย์จะใส่ใจยังน้อย เพราะผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่เป็นยังไม่รุนแรงพอที่จะเป็นข้อมูลให้แพทย์ต้องสนใจซักถามในสิ่งที่กังวล

ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี (56 %) มีค่าเฉลี่ย 8.51 (S.D.= 4.28) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการแพทย์ได้ถามถึงความรู้สึกที่ต้องทำตามคำแนะนำการรักษาได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.39 (S.D.= 1.34) อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ต้องรับการรักษาด้วยการรับประทานยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปด้วย แพทย์จึงจำเป็นต้องค้นหาคำตอบว่าเพราะเหตุใดจึงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รู้สึกอย่างไรที่ต้องทำตามคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของตนเองเกิดแรงกระตุ้นในการทำตามคำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกานต์ ห่องกระจก (2559) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพโดยแพทย์และทีมสุขภาพถามถึงความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการแพทย์ให้ความสนใจ รับฟัง เกิดความเข้าใจอาการของตน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพที่ดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับและมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพิ่งป่วยเป็นความดันโลหิตสูงใน

ระยะแรกๆ แพทย์ส่วนใหญ่จะให้การรักษาด้วยยาลักษณะเดิมๆ ทุกๆครั้งที่มาพบแพทย์ อีกทั้งมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวนมาก แพทย์จึงไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงตัวเลือกอื่น หรือให้ความสนใจน้อยกับตัวเลือกอื่นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกว่าการที่แพทย์ถามความต้องการของผู้ป่วยต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเลือกอื่นในการรักษาได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 1.68 (S.D.= 1.20)

สำหรับด้านการมีส่วนร่วมสหภาพระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้โดยรวมอยู่ในระดับดี (65.50 %) มีค่าเฉลี่ย 47.35 (S.D.= 4.52) เช่นเดียวกับที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ พนักงานต้อนรับ หรือบุคคลที่พูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย) มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยได้คะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.95 (S.D.= 0.27) แสดงให้เห็นว่า การมีทัศนคติที่ดีของเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นการให้บริการที่ดีตามมาตรฐาน ผู้ป่วยจึงเกิดความประทับใจ และมารับบริการที่สถานพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระบวนการสื่อสารและวิธีการสื่อสารเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ของชัยณ พันธ์เจริญ และจรวงจิตร งามไพบูลย์ (2552) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมสหภาพที่ดีระหว่างบุคคลตั้งแต่เริ่มต้น โดยการให้ความสนใจ มีความเป็นกันเอง จริงใจที่จะช่วยเหลือ หรือมีทัศนคติต่อผู้ป่วยในเชิงบวก จะส่งเสริมให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 64.3 ของกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ จัดว่าเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลำดับที่ 2 จาก 5 อันดับสูงสุดที่ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการรักษาและการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยผลลัพธ์ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งมาจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต และการให้บริการทางสุขภาพที่ดี (Balduino et al., 2013) อันจะนำมาซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพเชิงบวกและส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างกลับรู้สึกว่าการกังวลเกี่ยวกับความรู้สึของผู้ป่วยได้คะแนนน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.99 (S.D.= 1.24) อาจเนื่องจากผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร่างกายแข็งแรง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง แพทย์จึงไม่กังวลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั่นเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นความสามารถของบุคคลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องเพิ่มขีดความสามารถ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแบบแผนการจัดการโรคด้วยตนเอง เน้นผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการกำเริบและภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Bosworth et al., 2010) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบูรณาการด้วยตนเอง (Self - integration) การควบคุมตนเอง (Self - regulation) การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ (Interaction with health professional and significant others) การติดตามด้วยตนเอง (Self - monitoring) การปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommend regimens) โดยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (มีค่าเฉลี่ย 2.00 S.D.= 1.09) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ประมาณ 1-5 ปี ทั้งนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วยจะแสดงให้เห็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถที่จะเป็นแนวทางในการควบคุมระดับความดันโลหิตและความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ป่วยอาจจะไม่มีประสบการณ์หรือกลยุทธ์ต่างๆที่เพียงพอในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นไปในทางที่ไม่ดี จึงแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ (2010) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพราะ ผู้ป่วยมีโอกาสนในการเรียนรู้ที่มากขึ้นจากการเจ็บป่วยที่มากขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 6 ปี อาจจะมองว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นเพียงปัญหาชั่วคราว ไม่ได้กังวลว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจจะสนใจแค่ตอนที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงเท่านั้น แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายของโรคที่เป็นเหมือนเพศฆาตเงียบ ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้ (Bokhour et al., 2012) อาจเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจไม่สามารถดำเนินการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องได้

เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาพร สุจ้านงค์ และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่เคยได้เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

มาก่อนผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ารับการรักษาได้ไม่นาน จึงมีความสามารถในการจัดการตนเอง มีการปรับตัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ รวมทั้งเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างจากการศึกษาของ Truong และคณะ (2016) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศเวียดนาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (มีค่าเฉลี่ย 3.02 S.D.= .38) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดฮัยดอง (Haiduong) ประเทศเวียดนาม มีทีมแพทย์และพยาบาลมักจะให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health education) และการดูแลความดันโลหิตสูงกับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ตลอดจนการนำเสนอที่หลากหลาย เช่น รูปภาพ ภาพยนตร์ และหนังสือแนวทางเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การบริโภคโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการกับน้ำหนัก การรับรู้ต่ออาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูง การตรวจวัดระดับความดันโลหิต การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรี ผู้ป่วยจึงอาจได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารความดันโลหิตโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเองและมีการรับรู้ต่อการจัดการตนเองได้ดีกว่า

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommend regimens) อยู่ในระดับสูง (มีค่าเฉลี่ย 3.14 S.D.= 0.80) เมื่อเทียบกับองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นการสังเกตและเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อ และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการให้คำแนะนำ คำปรึกษาต่างๆแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินของโรค แต่ทั้งนี้พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ได้นำไปใช้เสมอไป (Balduino et al., 2013) ผู้ป่วยอาจเชื่อว่า การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดี ไม่ได้มาจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เพิ่มขึ้น แต่การใช้ยาลดความดันโลหิตตามแพทย์สั่ง คือ เหตุผลที่ทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น (Bengtsson, 2015) กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำอยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายชื่อคำถามของพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงสุด 5 อันดับ ที่ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอย่างเป็นประจำ 5 อันดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการบูรณาการตนเอง ได้แก่ รับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง (ร้อยละ 83.3); ผู้ป่วยไปพบแพทย์สม่ำเสมอ (ร้อยละ 64.3); ผู้ป่วยคิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเป็นประจำ (ร้อยละ 61.9); ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.9); พยายามควบคุมความเครียดโดยการฟังเพลง ฟักผ่อน และพูดคุยกับครอบครัว/เพื่อน (ร้อยละ 48.8) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตที่จะต้องได้รับดูแล กลุ่มตัวอย่างจึงให้ความใส่ใจเป็นอย่างดี รู้การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับโรคโดยการไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ เพื่อรับการรักษาและรับยามารับประทานตามแพทย์สั่ง อีกทั้งยังรับรู้สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงว่ามาจากความเครียดและทราบวิธีการควบคุมความเครียดโดยการพักผ่อน ฟังเพลง พูดคุยกับครอบครัว/เพื่อน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด (2557) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีพฤติกรรมเชิงบวกที่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5 ปี จึงทราบได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาด และยอมรับว่าโรคนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของตน ซึ่งต้องมาพบแพทย์ตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และอาจรับรู้ได้ว่าการมีความเครียดส่งผลเสียต่อสุขภาพและไม่ได้ทำให้อาการของโรคเรื้อรังที่ตนเป็นดีขึ้น จึงพยายามควบคุมความเครียดโดยการหากิจกรรมอื่นๆทำ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง พูดคุยกับบุคคลใกล้ชิดให้รู้สึกสบายใจและก้าวผ่านปัญหาที่กำลังเผชิญได้

พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติ 5 อันดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการติดตามด้วยตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และการบูรณาการตนเอง ได้แก่ ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อมีอาการความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 92.2); แนะนำแพทย์ให้ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาหากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ (ร้อยละ 85.7); ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อมีอาการความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.0); ผู้ป่วยสอบถามแพทย์/พยาบาลถึงแหล่งเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 67.9); ไปพบแพทย์เพื่อวัดความดันโลหิตเมื่อรู้สึกว่ามีไม่สบาย (ร้อยละ 65.5) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัดเท่านั้น พฤติกรรมติดตามความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีเท่าที่ควร อาจเป็นเพราะโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็น

พ่อบ้าน/แม่บ้าน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54 ปี ซึ่งสามารถดูแลตนเองได้ ยังมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงไม่ได้ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ Bokhour และคณะ 2012 ศึกษาการอธิบายรูปแบบแนวทางของผู้ป่วยและประสบการณ์ในชีวิตประจำวันในการจัดการความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า อาการของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงไม่มีความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเหล่านี้อาจนำมาซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่เคยสอบถามแพทย์/พยาบาลถึงแหล่งที่สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยไม่สามารถบอกเหตุผลกับแพทย์ได้เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ อาจสะท้อนให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์/พยาบาล ยังไม่เพียงพอ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่กล้าที่จะสอบถามหรือพูดคุยกับแพทย์มากนัก ด้วยบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุข มีแพทย์ออกตรวจเฉพาะช่วงเช้า เพียง 1-2 ท่านเท่านั้น ประกอบกับมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการค่อนข้างมาก แพทย์และผู้ป่วยอาจจะไม่มีเวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องโรคและทำความรู้จักซึ่งกันและกันมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาของ Akhter (2010) กล่าวว่า แพทย์และพยาบาลอาจใช้เวลาน้อยเกินไปในการพูดคุยกับผู้ป่วย สืบเนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นผลให้ผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสที่จะพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และกลยุทธ์ในการจัดการตนเองกับแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการศึกษาความรู้ความเข้าใจในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างครบวงจร ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรใช้เวลาและสนับสนุนกระบวนการดูแลไปสู่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้น (Balduino et al., 2013)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่อายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ พบว่าไม่สามารถทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคม ($b = .285, t = .3774, p = .000$) และความแตกฉานทางสุขภาพ ($b = .575, t = .2921, p = .000$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองมากที่สุด ($\beta = .368, p = .00$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285, p = .005$) ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้วยวิธี stepwise พบว่า ขั้นที่ 1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 15.10 ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพเข้าสมการถดถอย สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 8.1 ($R^2 \text{ change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232, F = 12.259, p = .000$) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กิตติพร เนาวิสุวรรณ (2559) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 29.50 ($R^2 = 0.295, F = 57.009, p < .001$) รวมทั้งการศึกษาของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปฐมภูมิได้ ร้อยละ 39 ($R^2 = 0.39, F = 23.552, p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิกริยาระหว่างบุคคลอย่างมีจุดหมาย ที่ได้รับการช่วยเหลือต่างๆจากทางเครือข่ายของครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลอื่นๆที่สำคัญที่มีส่วนในการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูลต่างๆ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆเหล่านี้จะมีส่วนในการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อโรคที่เป็นได้ดีมากยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ ก็คือพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในทางบวก ($b = .285, t = 3.774, p = .000$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และคณะ (2014) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในเกาหลี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในทางบวก และเป็นตัวทำนายที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การรักษา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับ

การศึกษาของ Yang และคณะ (2013) ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ รายได้น้อยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ โดยเมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และอุปนิสัยในการสูบบุหรี่ ก็จะทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นด้วย อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ เอาใจใส่ในการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ จึงสามารถช่วยลดภาระของผู้ป่วยในการในการจัดการ โรคเรื้อรัง (Kara et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดีขึ้น และการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคม ย่อมจะช่วยเพิ่มศักยภาพ ระดับความสามารถในการจัดการตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลรอบข้างให้การยอมรับ จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากโรคเรื้อรังและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข (วันวิสา รอดกล่อม และคณะ, 2555) นอกจากนี้การศึกษาของ กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่า แรงสนับสนุนสามารถทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักปลา หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านจิตวิญญาณด้วยการร่วมกิจกรรมทางศาสนา และการจัดการความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Truong และคณะ (2016) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย การติดตามระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการควบคุมน้ำหนัก ตลอดจนการมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวทางสุขภาพ ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเอง จัดการโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น (บุญเรือง พิสมย์ และคณะ, 2555)

สำหรับความแตกฉานทางสุขภาพ เป็นระดับความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้ และมีความเข้าใจ เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพ เพื่อ

ประเมินการจัดการตนเองทางสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ในทางบวก ($b = .575, t = .2921, p = .000$) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพที่สูง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Darvishpour และคณะ (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพและการควบคุมการรักษาความดันโลหิตสูงและการมาพบแพทย์ตามนัด พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถทำนายการควบคุมระดับความดันโลหิตรายเดือนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 37 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) ที่ศึกษาอิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ พบว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในด้านการมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรุณ หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกฉานทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ความแตกฉานทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอส่วนหนึ่งมาจากการที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ อันเกิดขึ้นจากการมีทักษะในการเข้าใจข้อมูลต่างๆ นำมาวิเคราะห์ ประเมินการจัดการตนเอง นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง นอกจากนี้การศึกษาของ Wang และคณะ (2017) ได้ศึกษาผลของความแตกฉานทางสุขภาพและการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตชนบททางตะวันตกของประเทศจีน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแตกฉานทางสุขภาพ เมื่อมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ดี ก่อเกิดให้มีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามความแตกฉานทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือและได้รับการศึกษาน้อยอาจมีการจัดการตนเองที่น้อยกว่า นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่แย่ลง อีกทั้งอาจมีปัญหาทางด้านสายตาและการมองเห็น จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการอ่าน และความเข้าใจต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากโรคที่เป็นได้ เพราะฉะนั้นการให้

ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้จะเอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี และการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความแตกฉานทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ จะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ตลอดจนตัดสินใจในการเลือกรับข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพของตน แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ่อมก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น (สมฤทัย เพชรประยูร และคณะ, 2557) และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ สนับสนุนสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้

ส่วนเพศ ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาคุน และคณะ (2554) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2555) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.12 เป็นเพศหญิง ซึ่งมีจำนวนที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ส่งผลให้เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่างกัน ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนไม่แตกต่างกัน และอาจเป็นเพราะในระยะแรกของโรคความดันโลหิตสูงจะยังไม่ปรากฏอาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดี และเพิ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่นานประมาณ 1-5 ปี (ร้อยละ 66.70) อาจขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันมากนัก (พัชรียา สีหัจจกร, 2555) ดังนั้นเพศจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สำหรับอายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่มารับ

การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า อายุไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ นั้นแสดงให้เห็นว่า อายุที่ต่างกันไม่ได้บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติตนต่อการจัดการโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Lee และคณะ 2010 ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุมากมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานานจึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย เพียงไม่นาน กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ แต่การศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ ถึงแม้จะพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 มีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน คือ 51-60 ปี ซึ่งมีอายุไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ยังไม่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจคล้ายกัน จึงทำให้มีวิถีชีวิตที่คล้ายๆกัน (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2555) การดูแลตนเองจึงไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ทำให้อายุจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของ Akhter (2010) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร พูลเพิ่ม (2554) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลจี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจาก การได้รับการศึกษาที่สูง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของตน ตลอดจนแสวงหาข้อมูลแหล่งประโยชน์ บริการต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้มากที่สุด (อุมาพร ปุณณโสพรรณ, 2554) ถึงแม้ว่าการศึกษาจะเป็นสิ่งสำคัญที่จำเป็นเบื้องต้นสำหรับโรคเรื้อรัง มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการในการจัดการตนเอง และบ่งบอกถึงระดับความรู้ความสามารถของแต่ละบุคคล แต่การแสดงผลออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับนิสัยส่วนตัว ประสบการณ์ ความเชื่อของแต่ละ

ละบุคคล (เนาวรัตน์ จันทานนท์, 2555) หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ ฟินทอง รัตนภุชงค์ (2550) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความไว้วางใจต่อบุคลากรทีมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและสิทธิในการรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Saleema และคณะ (2016) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในคนไทยที่เป็นความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ในขณะที่การศึกษาของ Namwong และคณะ (2015) ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบปัจจัยเชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยทำนายและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา (Adherence to therapeutic regimens) ในผู้สูงอายุไทยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา นั่นคือเมื่อผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีกับทีมสุขภาพจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ดี สำหรับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาในที่นี้หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษา การจัดแนวทางในการกระทำพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ มีความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ และความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการรักษานั้นถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย การรับรู้และการทำงานของระบบประสาทและสมองยังไม่มีความเสื่อมถอย สามารถรับรู้เข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพได้ดี ซึ่งคำแนะนำ หรือคำปรึกษาที่มาจากทีมสุขภาพนั้น ไม่ยุ่งยากเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การดูแลตนเองอาจไม่มีความซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมา

รับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเองสามารถตอบข้อซักถามตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (หทัยกานต์ ห่องกระจก, 2559) จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างไรก็ตามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก็ยังมีความสำคัญ เนื่องจากการพูดคุยปรึกษาสำหรับผู้ป่วยเป็นพื้นที่ที่สามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางความคิด ทำความเข้าใจถึงอาการและการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น (Bengtsson, 2015) โดยสนับสนุนผู้ป่วยให้มีปฏิสัมพันธ์หรือมีส่วนร่วมในการปรึกษากับทีมสุขภาพ ค่อยๆเรียนรู้และดูแลตนเองให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุขต่อไป

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปสร้างแนวทางในการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยนั้นควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อน บุคคลในครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ รับฟังปัญหาต่างๆ เสมือนผู้ป่วยคือญาติพี่น้อง ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาโรคของตนเองให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งพัฒนาสื่อ เพิ่มช่องทางของสื่อที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายยิ่งขึ้น และใช้ข้อมูลในทางที่ดีต่อสุขภาพ อันจะเป็นผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและประเทศไทย ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มขึ้น อันเนื่องมาจากการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี ซึ่งการจัดการตนเอง (self-management) เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ เป็นการกระทำพฤติกรรมต่างๆเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการติดตาม การจัดการอาการและอาการแสดงต่อการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่การดำเนินการของโรคที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 3 แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไม้ติวานิช และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่จิวแห่งประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 87 ราย ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น และเป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการ

สื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และแบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษาจริง ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้ค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.903, 0.886, 0.841, 0.918, 0.812 ตามลำดับ หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัด (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านเท่ากับ 0.878, 0.915, 0.847, 0.833, 0.875 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ของมหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 5 จุฬาลงกรณ์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 13 ไมตรีวานิช และศูนย์บริการสาธารณสุข 63 สมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีรักษาตามนัด และประชาสัมพันธ์แก่ผู้ที่สนใจและมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างรอพบแพทย์ โดยการพูดคุย สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย และญาติ แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหรือญาติ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามรายละเอียดในแบบพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เพื่อให้ความยินยอมนั้นมีความสมัครใจ ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 126 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 35 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม สามารถซักถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา และข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความแตกฉานทางสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี Stepwise ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีข้อมูลที่เป็น outlier จำนวน 3 ราย ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อมูลที่เป็น outlier ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 84 ราย

ผลการวิจัยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 54 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.51 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา ระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี ซึ่งมีโรคไข้มันในเลือดสูงร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 140-159 mmHg และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 90-99 mmHg

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความแตกฉานทางสุขภาพด้านการอ่าน และความเข้าใจในการอ่านในระดับสูง และมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองมี 4 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่วนความแตกฉานทางสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ในขณะที่ระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการศึกษาระดับอนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย

เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ด้วยวิธี stepwise ผลการวิจัยพบว่า ขั้นที่ 1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 15.10 ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพเข้าสมการถดถอย สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 8.1 ($R^2 \text{ change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมและความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$) เมื่อพิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($b = .575$, $t = 2.921$, $p = .005$) และ ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($b = .285$, $t = 3.774$, $p = .000$) ส่วนอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ พบว่าไม่สามารถทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน ของตัวแปรแต่ละตัวว่ามีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างไร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($\beta = .386$, $p = .000$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285$, $p = .005$) มีค่าคงที่เท่ากับ 48.967 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนายเท่ากับ 6.581

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงอาจใช้อ้างอิงเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้น เพราะฉะนั้นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้จึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือมีโรคอื่นๆ ซ้ำเข้ามาก่อน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม และความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการบูรณาการตนเองคือ ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความเครียด เป็นต้น ส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านการควบคุมตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต ทราบถึงอาการและอาการแสดง ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อมีอาการของโรคความดันโลหิตสูง และด้านการติดตามด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถรู้ถึงระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติ และสามารถตรวจวัดระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง ตลอดจนตรวจวัดระดับความดันโลหิตสูงเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการดูแลโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองให้เพิ่มขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ชี้แนะแนวทางการจัดการตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ให้ผู้ป่วยรู้จักการจัดการตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นในทุกๆด้าน เรียนรู้กับการใช้ชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีความสุข อันจะนำมาซึ่งผลสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้นตามมา

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้แหล่งการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยในการจัดกิจกรรมโดยการใช้กระบวนการกลุ่มให้บุคคลดังกล่าวได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปพร้อมๆกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีมากขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษาในคลินิก เพื่อประเมินความแตกฉานทางสุขภาพและทำให้ทราบได้ว่าผู้ป่วยมีความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับใด ซึ่งเมื่อทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้ การทำความเข้าใจ เช่น การอ่านฉลากยาไม่ออก การอ่านใบนัดแพทย์ไม่เข้าใจ การปฏิบัติตัวตามคำสั่งแพทย์และพยาบาลไม่ถูกต้อง ฯลฯ นั้นก็มีแนวโน้มในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดี ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางในการดูแลตนเองและ

กำหนดแนวทางวางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับ เช่น ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เป็นภาษาที่สื่อสารกันในชีวิตประจำวัน ไม่ซับซ้อน ไม่เน้นหลักวิชาการจนเกินไป มีการใช้สื่อการสอนที่เป็นโมเดลหรือรูปภาพที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มช่องทางของสื่อให้หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่เน้นการส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และพัฒนาให้มีความหลากหลายทางสุขภาพที่เพียงพอ พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมจัดการตนเองนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งอาจมีปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพที่ไม่ได้นำมาศึกษา ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และติดตามเพื่อให้ทราบปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION

พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล 5637957 NSCN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นันทิยา วัฒนา, Ph.D.(NURSING), นันทวัน สุวรรณรูป, Ph.D.(NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2550 พบอัตราป่วย 1,025.44 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาปี พ.ศ. 2558 อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเป็น 1,894.46 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) ทั้งนี้ ในภาพรวมของประเทศไทย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตชุมชนมากกว่าชนบททั้งในชายและหญิง ซึ่งกรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่สุด สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครทั้ง 68 แห่งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วยเช่นกัน ซึ่งสาเหตุหลักที่ทำให้อัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลที่ไม่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้อาการของโรคทวีความรุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ไต ตา และสมองตามมาได้ จึงทำให้จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายจัดการกับปัญหาตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยแก้ไขปัญหการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยตลอดจนควบคุมอาการของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management behavior) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูง (Udlis, 2011; Bosworth et al., 2010; Perez, 2011; Clark et al., 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้คำจำกัดความของพฤติกรรมจัดการตนเองค่อนข้างหลากหลาย บางการศึกษามีการให้ความหมายคล้ายคลึงกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีแนวคิดที่ใกล้เคียงกับการจัดการตนเอง ทั้งนี้การดูแลตนเองถูกมองว่าเป็น โครงสร้างที่กว้าง (Bengtsson, 2015) และการจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองที่รวมไปถึงกระบวนการของการรักษาสุขภาพที่ดีและการจัดการกับความเจ็บป่วยในโรคต่างๆ (Riegle & Carlson, 2002) หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการปัญหาทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆของตน สำหรับแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้นำแนวคิดจากการศึกษาของ Akhter (2010) นิยามคำว่าพฤติกรรมจัดการตนเองไว้ว่า เป็นความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีเป้าหมายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การบูรณาการด้วยตนเอง การควบคุมตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ การติดตามตนเอง และการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยจะจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเองนั้นมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น

อายุเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านพัฒนาการของร่างกาย จิตใจ รวมถึงประสบการณ์ต่างๆในการจัดการตนเอง ซึ่งยังเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดการตนเองของบุคคล (Orem, 1991) ซึ่งอายุที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่แตกต่างกัน

ด้วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีประสบการณ์มากกว่าสามารถปรับตัวให้เข้ากับโรค ควบคุมไปกับวิถีชีวิตได้ มีแนวโน้มการดูแลตนเองที่ดีกว่า ในขณะที่บางการศึกษาพบว่า ผู้ที่อายุมาก อาจมีความเลื่อมถอยตามธรรมชาติทำให้ความสามารถในการดูแลและจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองลดลง

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านความต้องการหรือปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งเพศที่ต่างกันมีผลต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2554) จากการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย แต่บางการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมเดียวกันทำให้การเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลสุขภาพไม่ต่างกัน อีกทั้งอาการเริ่มแรกของความดันโลหิตสูงไม่ปรากฏอาการ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ซึ่งแสดงถึงระดับความรู้ กระบวนการเรียนรู้ต่างๆ จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ในทางตรงกันข้าม พบว่า ระดับการศึกษาแตกต่างกันแต่พฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกัน แม้ว่าการศึกษาจะบ่งบอกถึงความรู้และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล แต่ไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย

ความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยที่ได้รับความสนใจว่ามีความสำคัญและส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยความแตกฉานทางสุขภาพไม่ได้หมายถึงการอ่านออกเขียนได้ แต่หมายรวมถึงความสามารถและทักษะเฉพาะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและมีแรงจูงใจใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (McNaughton et al., 2013) และการมีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด นอกจากจะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น ยังเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ลดลงอีกด้วย ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Kim, 2009)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการวางแผนการรักษาเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การดูแลตนเองและการจัดการโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม (Hayden et al., 2010) จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และคุณภาพของ

การสื่อสารจะเป็นองค์ประกอบที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Schoenthaler et al., 2009) ดังนั้นการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพนั้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการโรคด้านต่างๆด้วยตนเองได้ดี

การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในที่นี้หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ 3 แหล่ง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคคลอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่บุคคลที่รู้จัก หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Zimet et al., 1988) การที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดผลดีในการเผชิญความเครียดเนื่องด้วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับประทานยาสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามยังพบการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มของ Korean Americans ที่ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง (Lee et al., 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยต่างๆที่ได้กล่าวมา มีการศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีอยู่น้อย และบางปัจจัยผลการศึกษายังมีความไม่ชัดเจน ทำให้ไม่ทราบปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองที่แน่ชัด ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้เป็นอย่างไร

2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่ อย่างไร

3.อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น มีปัจจัยต่างๆมาเกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ซึ่งแสดงถึงวุฒิภาวะความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ของแต่ละบุคคลที่จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ความแตกฉานทางสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่เสมือนเป็นกุญแจสู่ผลลัพธ์ที่สำคัญ หรือเป็นกระบวนการที่เพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น รวมทั้งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพทั้งในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมกันตัดสินใจในการรักษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองที่ดี

ยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากพ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง สำหรับแนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้นำแนวคิดจากการศึกษาของ Akhter (2010) นิยามคำว่าพฤติกรรมจัดการตนเองไว้ว่า เป็นความสามารถและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือรักษาพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งมีเป้าหมายในการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ เกี่ยวกับการบูรณาการด้วยตนเอง (Self-integration) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Interaction with health professional and significant others) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) และการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกต่างทางสุขภาพ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ที่ส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภัยเจ็บจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ให้เกิดการดำเนินโรคไปในทางที่รุนแรงมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อหาอำนาจการทำนาย (Predictive correlation design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 - 60 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 5 13 และ 63 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นั่นคือเป็นผู้ที่ได้รับการลงรหัสโรค ICD-10 ในแฟ้มประวัติเป็นรหัส I10 รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดัน

โลหิตขณะหัวใจคลายตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วยเช่น โรคไต โรคหัวใจ และไม่มีภาวะทุพพลภาพ เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

ผู้วิจัยสุ่มเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 87 ราย จากการเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับและโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ Zimet และคณะ (1988) ฉบับที่ทำการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย Wongpagaran (2012) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว เป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีข้อคำถามรวม 12 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12- 84 คะแนน คะแนนระหว่าง 70-84 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมสูง

3. แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ ใช้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านรวมอยู่ในฉบับเดียวกัน โดยแบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน ประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์และสุขภาพจำนวน 3 ศัพท์ ศัพท์ละ 22 คำ รวมทั้งหมด 66 คำ เรียงจากง่ายไปหายาก ใช้เวลาอ่าน 3-6 นาที เป็นแบบคัดกรองแบบถูกผิด คะแนนระหว่าง 61-66 หมายถึง มีความแตกฉานทางสุขภาพระดับสูง และแบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านซึ่งจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นแบบถูกผิด มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน คะแนนระหว่าง 23-36 คะแนน หมายถึง ความแตกฉานทางสุขภาพเพียงพอ

ทั้งนี้แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเป็นแบบประเมินที่ได้รับการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของแบบประเมิน และนำมาใช้โดย บังอร ศรี จินดาวงค์ และคณะ (2557)

4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ใช้เครื่องมือของ Stewart และคณะ (2007) โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยอาจารย์พยาบาล เป็นแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ โดยมีคำถาม 29 ข้อ ทั้งนี้ได้ตัดข้อคำถามออก 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติออกไป เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือสามารถตัดข้อคำถามทั้ง 2 ข้อได้ ดังนั้นแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27-135 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสูง

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้เครื่องมือของ Akhter (2010) โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ และนำมาแปลโดยและแปลย้อนกลับโดยอาจารย์พยาบาล แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ โดยมีคำถาม 40 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 40 – 160 คะแนน คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามกระบวนการ ตรวจสอบความตรง (validity) ของทุกเครื่องมือสามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัด (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.886, 0.918, 0.812, 0.841, 0.903 ตามลำดับ หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัด (Reliability) จากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน และเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.915, 0.833, 0.875, 0.847, 0.878 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาและยอมรับจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำตัว ขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย และผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง แล้วจึงดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข ในการคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารักษาทตามนัด ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างรอพบแพทย์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยชี้แจงข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 30-35 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา และข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี stepwise ทั้งนี้ได้มีการแปรข้อมูลระดับการศึกษาจากระดับการวัดแบบ ordinal scale เป็น dummy code เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีค่าคงที่ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) และความแตกต่างทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเอง มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ส่วนอายุ มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงได้ transform ข้อมูล แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ เมื่อได้พิจารณาตัวแปรแต่ละตัว พบว่า มีข้อมูลที่เป็น outlier มากกว่า 2 S.D. จำนวน 3 ราย จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลทั้งหมดกับข้อมูลที่ตัดไปจำนวน 3 ราย ซึ่งผลลัพธ์ของการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตัดสินใจตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.40) มีช่วงอายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D.= 6.1) และดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 (ร้อยละ 41.70) มีค่าเฉลี่ย 25.51 กก. ต่อ ตรม. (S.D.= 4.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.10) สำหรับข้อมูลการประกอบอาชีพ และระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 34.50) การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.76) มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-15 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 66.70) มีโรคไขข้อในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 48.80) โดยส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวอยู่ที่ 140-159 mmHg (ร้อยละ 79.80) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวอยู่ที่ 90-99 mmHg (ร้อยละ 88.10)

การวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษา

ความแตกฉานทางสุขภาพด้านการอ่านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนจากการทดสอบการอ่าน 61-66 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 62.88 คะแนน (S.D.= 3.84) จำนวน 68 คน (81 %) และความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้คะแนนจากการทดสอบความแตกฉานทางสุขภาพด้านความเข้าใจในการอ่าน 23-36 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับเพียงพอ มีค่าเฉลี่ย 26.25 คะแนน (S.D.= 6.51) จำนวน 60 คน (71.40 %)

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 56.50 คะแนน (S.D.= 16.9) จำนวน 51 คน (60.70 %) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 90.50 คะแนน (S.D.= 11.81) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 87.69 – 111.30 คะแนน จำนวน 58 คน (69 %)

สำหรับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า โดยรวมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 2.00 (S.D.= 1.09)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองมี 4 ปัจจัย คือ อายุ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม โดย อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.265, P < .01$) หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ในขณะที่ระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.322, P < .01$) ในขณะที่ระดับอนุปริญญา/อนุปริญญาขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.357, P < .01$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย เช่นเดียวกับ ความแตกฉานทางสุขภาพซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.312, P < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.389, P < .01$) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n = 84)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.อายุ	-								
2.เพศ	-0.28	-							
3.ประถมศึกษา	0.340**	0.331**	-						
4.มัธยมศึกษา	-0.114	-0.199*	-0.575**	-					
5.อนุปริญญา/ อนุปริญญาขึ้นไป	-0.352**	-0.257**	-0.575**	-0.273**	-				
6.ความแตกฉาน ทางสุขภาพ	-0.326**	-0.188**	-0.426**	0.248*	0.360**	-			
7.การสนับสนุน ทางสังคม	-0.248*	-0.104	-0.238*	0.117	0.235*	0.073	-		
8.การสื่อสาร ระหว่าง ผู้ป่วยกับทีม สุขภาพ	-0.120	0.114	-0.012	0.010	0.064	0.144	0.287**	-	
9.พฤติกรรมการ จัดการตนเอง	-0.265**	-0.139	-0.322**	0.075	0.357**	0.312**	0.389**	0.138	-

*p< 0.05 **p< 0.01

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ด้วยวิธี Stepwise พบว่า ขั้นที่ 1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 15.10 ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรความแตกฉานทางสุขภาพเข้าสมการถดถอย สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 8.1 (R^2 change = .081)

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมและความแตกฉานทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$) เมื่อ

พิจารณาแต่ละตัวแปร พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($b = .575, t = 2.921, p = .005$) และการสนับสนุนทางสังคม ($b = .285, t = 3.774, p = .000$) ส่วน อายุ เพศ ระดับการศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ พบว่าไม่สามารถทำให้อำนาจการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($\beta = .386, p = .000$) รองลงมา คือ ความแตกฉานทางสุขภาพ ($\beta = .285, p = .005$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (n=84)

ตัวแปรที่เข้าสมการถดถอย	R	R ²	R ² Change	F	b	SE b	β	T	P-value
ขั้นที่ 1	.389	.151	.151	14.640*					
-การสนับสนุนทางสังคม					.301	.079	.389	3.826	.000
ขั้นที่ 2	.482	.232	.081	12.259*					
-ความแตกฉานทางสุขภาพ					.575	.197	.285	2.921	.005**
-การสนับสนุนทางสังคม					.285	.076	.368	3.774	.000

ค่าคงที่ (constant) = 48.967 SE_{est} = 6.581

R² = .232, *p=.000, **p<0.05, F change = 8.534

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของประเทศไทย พบว่า ผู้หญิงมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง 16.6 มากกว่าเพศชายซึ่งมีความชุกเท่ากับ 13.8 และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งจากสถิติพบว่า อายุเฉลี่ยที่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูง เท่ากับ 50.4 ปี โดย 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 78.60 อายุเฉลี่ย เท่ากับ

54 ปี (S.D.= 6.1) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน/พ่อบ้าน) เรียนจบชั้นประถมศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1-5 ปี (ร้อยละ 66.7) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโรคไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 48.8) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 152.40 mmHg และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย เท่ากับ 95.01 mmHg

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้ด้วยวิธี stepwise พบว่า ขั้นที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ร้อยละ 15.10 ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มความแตกต่างทางสุขภาพเข้าสมการถดถอย สามารถอธิบายความแปรปรวนเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 8.1 ($R^2 \text{ change} = .081$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม และความแตกต่างทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 23.20 ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้สูงสุด ($b = .285$, $t = 3.774$, $p = .000$) นั้นหมายความว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ (2013) ศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุรายได้น้อยที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ โดยเมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นในการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และอุปนิสัยในการสูบบุหรี่ ก็จะทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นด้วย อาจเนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ เอาใจใส่ในการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ จึงสามารถช่วยลดภาระของผู้ป่วยในการในการจัดการโรคเรื้อรัง (Kara et al., 2007) ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือต่างๆทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเอง จัดการโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น (บุญเรือง พิสมย์ และคณะ, 2555)

สำหรับความแตกต่างทางสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความแตกต่างทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองทางบวกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ($b = .575, t = .2921, p = .000$) นั่นคือ หากผู้ป่วยมีระดับความแตกต่างทางสุขภาพสูง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกานต์ ห้องกระจก (2559) ที่ศึกษาอิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ พบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองได้ในด้านการมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณ หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาติเครือ (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ความแตกต่างทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอส่วนหนึ่งมาจากการที่มีความแตกต่างทางสุขภาพที่เพียงพอ อันเกิดขึ้นจากการมีทักษะในการเข้าใจข้อมูลต่างๆ นำมาวิเคราะห์ ประเมินการจัดการตนเอง นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยมีความแตกต่างทางสุขภาพที่เพียงพอย่อมก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น (สมฤทัย เพชรประยูร และคณะ, 2557)

สำหรับเพศ อายุ และระดับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาอุณ และคณะ (2554) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2555) พบว่า เพศที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.12 เป็นเพศหญิง ซึ่งมีจำนวนที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ส่งผลให้เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองที่แตกต่างกัน ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีจำนวนไม่แตกต่างกัน และอาจเป็นเพราะในระยะแรกของโรคความดันโลหิตสูงจะยังไม่ปรากฏอาการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดี และเพิ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่นานประมาณ 1-5 ปี (ร้อยละ 66.70) อาจขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่แตกต่างกันมากนัก (พัชรียา สิทธิจักร, 2555) เช่นเดียวกับอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุมี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ วารินทร์ บิน โฮเซินต์ (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า อายุไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้นั้นแสดงให้เห็นว่า อายุที่ต่างกันไม่ได้บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติตนต่อการจัดการ โรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน เพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Lee และคณะ 2010 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุมากมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเพียงไม่นาน กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ แต่การศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ ถึงแม้จะพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.6 มีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน คือ 51-60 ปี ซึ่งมีอายุไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ยังไม่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งอาจเกิดจากการที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจคล้ายกัน จึงทำให้มีวิถีชีวิตที่คล้ายๆกัน (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2555) การดูแลตนเองจึงไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของ Akhter (2010) ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาถึงระดับปริญญาตรี มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร พูลเพิ่ม (2554) พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตตำบลจีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจาก การได้รับการศึกษาที่สูง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับโรคของตน ตลอดจนแสวงหาข้อมูล แหล่งประโยชน์ บริการต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองได้มากที่สุด (อุมาพร ปุณญโสพรรณ และคณะ, 2554) ถึงแม้ว่าการศึกษาจะเป็นสิ่งที่สำคัญ มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการในการจัดการตนเอง และบ่งบอกถึงระดับความรู้ความเข้าใจหรือความสามารถของแต่ละบุคคล แต่การแสดงออกซึ่งการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับนิสัยส่วนตัว ประสบการณ์ ความเชื่อของแต่ละบุคคล (เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ, 2555) หรือเกิด

จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวของผู้ป่วย ดังนั้น เพศ อายุ และระดับการศึกษาจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากนี้ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังเช่นการศึกษาของ Saleema และคณะ (2016) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในคนไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 402 ราย พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง ในขณะที่การศึกษาของ Namwong และคณะ (2015) ได้ทำการศึกษาเพื่อทดสอบปัจจัยเชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยทำนายและการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา (Adherence to therapeutic regimens) ในผู้สูงอายุไทยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา นั่นคือเมื่อผู้ป่วยมีการสื่อสารที่ดีกับทีมสุขภาพ จะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่ดี สำหรับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาในที่นี้หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมจัดการตนเอง ในด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Adherence to recommended regimens) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย การรับรู้และการทำงานของระบบประสาทและสมองยังไม่มีความเสื่อมถอย สามารถรับรู้เข้าใจคำแนะนำจากทีมสุขภาพได้ดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การดูแลตนเองอาจไม่มีความซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพึงพอใจในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (ร้อยละ 64.3) ทำให้ผู้ป่วยและทีมสุขภาพเกิดความคุ้นเคยเป็นกันเอง สามารถตอบข้อซักถามตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพไม่แตกต่างกัน (หทัยกานต์ ห่องกระจก, 2559) จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างไรก็ตามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพก็ยังคงมีความสำคัญ เนื่องจากการพูดคุยปรึกษาสำหรับผู้ป่วยเป็นพื้นที่ที่สามารถซักถามข้อสงสัยต่างๆ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางความคิด ทำความเข้าใจถึงอาการและการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น (Bengtsson, 2015) โดยสนับสนุนผู้ป่วยให้มีปฏิสัมพันธ์หรือมีส่วนร่วมในการปรึกษากับทีมสุขภาพ ค่อยๆเรียนรู้และดูแลตนเองให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุขต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปพัฒนาแนวทางหรือกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยนั้น ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อน บุคคลใน ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย อีกทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ รับฟังปัญหาต่างๆ เสมือน ผู้ป่วยคือญาติพี่น้อง ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาโรคของตนเองให้มากขึ้น เพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของ ผู้ป่วยแต่ละรายที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์สาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความ แตกฉานทางสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง รวมทั้งพัฒนาสื่อ เพิ่มช่องทางของสื่อที่ หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายยิ่งขึ้น และใช้ข้อมูลในทางที่ดีต่อสุขภาพ อันจะเป็นผลต่อพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใน การศึกษาครั้งนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นจึงไม่อาจนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลานาน และอาจจะมีการแทรกซ้อนเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการส่งเสริมให้แหล่งการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ป่วย ได้แก่ครอบครัว เพื่อน ได้เข้ามามีส่วนช่วยเหลือสนับสนุน และเสริมแรงในการกระทำ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยบุคลากรทางการแพทย์มีส่วนช่วยในการจัดกิจกรรมโดยการใช้ กระบวนการกลุ่มให้บุคคลดังกล่าวได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการเรียนรู้และดูแลผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงไปพร้อมๆกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีมากขึ้น

2. บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมินความแตกฉานทางสุขภาพของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับการรักษาในคลินิก ซึ่งเมื่อทราบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้ ในการทำ ความเข้าใจ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่ดี ดังนั้นบุคลากร ทางแพทย์มีส่วนที่ในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจแนวทางในการดูแลตนเองและกำหนดแนวทาง วางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระดับ เช่น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นภาษาที่สื่อสารกัน

ชีวิตประจำวัน ไม่ซับซ้อน ไม่เน้นหลักวิชาการจนเกินไป มีการใช้สื่อการสอนที่เป็นโมเดลหรือรูปภาพที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองให้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านการบูรณาการตนเอง ที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และการติดตามตนเอง ซึ่งผู้ป่วยสามารถรู้ถึงระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติ โดยบุคลากรทางการแพทย์ชี้แนะแนวทางการจัดการตนเองที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จนเกิดความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ได้อย่างครอบคลุมและชัดเจนมากขึ้นในทุกๆด้าน อันจะนำมาซึ่งผลสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล เนื่องจากพฤติกรรมจัดการตนเองนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน หรือปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพที่ไม่ได้นำมาศึกษาซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ รวมทั้งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ และเยี่ยมชมติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ทราบปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ และนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่เน้นการส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และพัฒนาให้มีความแตกฉานทางสุขภาพที่เพียงพอ พร้อมทั้งศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENTS WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION

PANIDA JANDEEKAEWSAKUL 5637957 NSCN / M

M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NANTIYA WATTTHAYU, Ph.D. (NURSING),
NANTAWON SUWONNAROOP, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Hypertension is a chronic disease which is concerned a front row public health problem in Thailand and worldwide. Currently, a number of patients with Hypertension patients tend to multiply every year. In 2007, the morbidity was 1,025.44 per 100,000 people. Later in 2015, the rate of illness almost doubled the number to 1,894.46 per 100,000 people (Bureau of Non-Communicable Disease, B.E. 2559). In Thailand, the prevalence of Hypertension is found higher in city areas than in rural areas, concerning both male and female. Bangkok obtains the highest prevalence of the disease conforming to a continuously increasing number of Hypertensive patients in 68 Bangkok Health Department's public health centers. The main factor which causes the rate of illness to continue is patients unable to control their BP level (blood pressure level) according to inappropriate living behaviors. This would lead to disease symptom severity, heart, kidney, eyes and brain complications, resulting in a tendency to increase deaths and death rate from Essential Hypertension. Moreover, it causes economic and social impacts to the country due to the patients' treatment cost.

Ministry of Public Health by its Bureau of Policy and Strategy has a policy on problems managing in accordance with Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan

B.E. 2554-2563, aimed at encouraging patients to manage themselves for their health behaviors changes, and better self-management. This can solve problems on patients' ability in controlling their blood pressure level, symptom control, decline in complications, resulting in patients' better quality of life.

A self-management behavior is a concept that has been of interest in health care, especially in chronic diseases such as diabetes, asthma, Hypertension (Udlis, 2011; Bosworth et al., 2010; Perez, 2011; Clark et al., 1991). From the literature review, there are various definitions of a self-management behavior. Some studies define it as the same concept of self-care. Self-care is viewed as a broad structure (Bengtsson, 2015) and Self-management is a part of self-care, including the process of maintaining good health and dealing with illnesses (Riegle & Carlson, 2002) or the ability of individuals to manage physical, emotional, social and mental problems, by changing their behaviors. The concept of self-management behavior of hypertensive patients is based on Akhter's (2010) study which it was defined as the ability and commitment of patients to change their health behaviors or to maintain appropriate behaviors for health promotion and disease prevention; consisted of five components, namely that Self-integration, Self-regulation, Interaction with health professionals and significant others, Self-monitoring and Adherence to recommended regimens. These would result in effective self-management and ability to control normal BP level of the patients. Studies show that there are many factors relating to self-management of patients to manage a BP level by themselves. Those factors include age, gender, level of education, health literacy and interpersonal factors, such as social support and patient-provider communication which are the factors related to better self-management in Hypertensive patient.

Age is a factor that signifies difference of body and mind development and experience in self-management. It also specifies ability in self-management behaviors of individuals (Orem, 1991). Moreover, people of different age have different self-management behaviors. The study reveals that patients with older age and more experience can better adjust to their new normal and are more potential to take care of themselves, while some studies suggest that senility leads to low ability in self-management due to decline in physical function.

Gender is another factor that indicates difference of requirements or health behaviors. Gender dissimilarity affect differently on individuals' way of life and personal behaviors (Naowwarat Jantanon et al., B.E. 2554). According to this study, females have higher participation in self-management more than males do. However, some research show that gender does not relate to self-care behaviors in patients with high blood pressure because those may live in the same environmental, economic and social conditions which lead to the same possibility to access to health care services and health care information. Furthermore, there is no sign of any symptom in an early stage of Hypertension, so it appears no difference in self-caring of males and females.

Level of education herein indicates knowledge level and learning process. From the study, it is found that persons with higher level of education tend to be better in self-management than those with lower education level. On the other hand, it is found that different education level does not distinguish ways of self-management. Even though education can refer to personal acquisition of knowledge, it does not affect good self-management behaviors of patients.

Health literacy is an interesting factor that it is important and has an effect on patients' self-management. Health literacy does not mean being literate but dose it include personal abilities and skills to access information causing attitude change and having motivation in applying perceived information to create appropriate health behaviors. According to the study, low health literacy is associated with being unable to control BP level (McNaughton et al., 2013). Having limited health literacy relates to not only higher risk to have high BP, but also decline in self-care and health status of patients with Hypertension (Kim, 2009).

Patient-provider communication is an element which allows Hypertensive patients to manage their self-management efficiently causing behavior change, and to create a successful treatment plan for their proper health care methods and disease management (Hayden et al., 2010). From the research, the patient-provider communication relates to regular medications taking in Hypertensive patients. Moreover, quality of communication may be a factor affecting in health results of patients with Hypertension (Schoenthaler et al., 2009). Therefore, good patient-provider communication may result in patients having proper self-management behaviors.

In this study, social support means getting assistance from 3 important sources i.e. family members, friends and significant others such as familiar persons or medical professionals (Zimet et al., 1988). High social support can help patients to have self-management behaviors regarding regular medications and appropriate diet taking, and may create good impacts in handling with stress due to chronic diseases. The research shows a positive relationship between gaining supports from family and regular medications taking. On the contrary, the study on self-management behaviors among Korean-American Hypertensive patients shows that social support is not a statistically significant predictor of self-care behaviors (Lee et al., 2010).

From the literature review about the above mentioned factors, there are a limited number of studies on self-management behaviors in uncontrolled Hypertensive patients. Also, some studies only provide such vague results that it cannot be concluded which factors really affect self-management behaviors. Therefore, more studies are needed for indication of correlation among the mentioned factors, and predictive power of such factors on self-management behaviors. This research is useful in terms of being a guideline for promoting self-management behaviors in uncontrolled Hypertensive patients, as well as a basis for organizing activities to promote such behaviors to help the patients boost up their ability to control their BP and prevent possible complications.

Research Questions

1. What is a self-management behavior among patients with Uncontrolled Essential Hypertension?
2. Do and how age, gender, level of education, health literacy, social support and patient-provider communication correlate with self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension?
3. Could and how age, gender, education, health literacy, social support and patient-provider communication predict self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension?

Research Objective

This study aimed at studying a self-management behavior and factors predicting self-management behavior of Hypertension patients, namely age, gender, education, health literacy, social support and patient-provider communication with self-management behavior among patients with Uncontrolled Essential Hypertension.

Research Hypothesis

Age, gender, education, health literacy, social support and patient-provider communication could predict self-management behavior among patients with Uncontrolled Essential Hypertension.

Conceptual Framework of the Study

Conceptual framework used in this study was obtained from relevant literature and research which is relative to self-management behavior of patients with Uncontrolled Essential Hypertension. It is found the patients' good self-management behaviors relate to many factors i.e. age, gender and level of education, which denote maturity and learning capabilities of each person to exhibit self-management. Health literacy is also a key to having good self-management behaviors; in other words, it is the process that enhances patients' behavior modification, resulting in their better knowledge perceived and health-care skills. Moreover, patient-provider communication, in terms of interpersonal relationships, information exchange, treatment co-decision making, affects the patients' better self-management behaviors. Besides, social supports from parents, friends and medical professionals could increase patients' abilities in managing their health problems. This study adopted the idea of self-management defined in Akhter's study that it is an ability and intention of patients in changing their health behaviors or maintaining appropriate practices for the purpose of health promotion and disease prevention; including self-integration, self-regulation, interaction with health professional and significant others, self-monitoring and adherence to recommended regimens. In this study, the researcher focused on both

personal factors (age, gender, education, health and literacy) and interpersonal ones (social support, patient-provider communication) to a self-management behavior: that had an effect on BP control and dangerous complications prevention in order to decrease severe disease progression.

Research Methodology

This research is a correlation study aimed at searching for predictive correlation design to study predictive factors of self-management behavior among patients with Uncontrolled Essential Hypertension at public health centers, Bangkok Health Department.

Population and sample

The population in this study was male and female patients with Hypertension, aged between 35 to 60 years old who were health-care recipients at the public health center 5, 13, and 63 of Bangkok Health Department. The sample qualification was specified by both male and female with Uncontrolled Essential Hypertension or the patients being marked I10 code in their ICD-10 medical records. Besides, their BP level during systolic and diastolic was greater than or equal to 140 mmHg and 90 mmHg, orderly. Moreover, they do not have other critical diseases or complication, such as liver or heart disease, or disability. They are able to read, write, and understand Thai language.

The researcher randomly chose 87 purposive samples referring to Cohen's power tables (Cohen, 1988).

Research instruments

Instruments used for data collecting in this study included 5 survey questionnaires detailed as follows:

1. Personal information and medical history questionnaire: this part included questions about gender, age, weight, height, BP level, marital status, education, occupation, illness stage, treatment history and other medical conditions,

2. Social support questionnaire: this part obtained Multidimensional Scale of Perceived Social Support by Zimet et al (1988), which was translated and back translated into Thai language by Wongpagaran (2012). The researcher already got permission to use the Scale from the tool's owner. The tool comprises of 12 items with 7 value scales. Total scores range from 12-84, and scores ranging from 70-84 refer to high social support,

3. Health literacy assessment: there were 2 assessment tests in this part including a health literacy screening tool for reading ability and a health literacy screening tool for reading comprehension. The health literacy screening tool for reading ability comprised of 66 medical terms and health vocabulary, arranging from easier ones to harder ones filled in 3 columns. It was true/false quiz, and reading time was within 3 to 6 minutes. Scores ranging from 61 to 66 indicate high health literacy. The health literacy screening tool for reading comprehension was used in the data analysis. It was also true/false quiz with 36 questions. Total scores are between 0-36, and scores ranging from 23-36 means sufficient health literacy. Noted that the health literacy screening tools were translated and examined by a language specialist and were firstly used by Bangornsri Jindawong et al., (B.E. 2557)

4. Patient-provider communication questionnaire: this part applied the research tool developed by Stewart et al. (2007). The researcher already got permission to use the tool from the owner. The tool was translated and back translated to Thai language by a nursing professor. It is a 5 Likert-Type scale with 29 questions but 2 questions about race were cut off to be consistent with the Thai context, and the researcher was permitted to do so. So, there were only 27 questions in this questionnaire. Total scores range from 27-135. High score suggests high level of patient-provider communication,

5. Self-management behavior questionnaire: the Akhter's tool was used in this part. The researcher got permission from the tool's owner and had the tool translated into Thai language by a nursing professor. The tool is a 4 rating scale with 40 items. Total score range from 40-160 points. The average score ranging from 3.01-4.00 indicates a high level of self-management behavior.

In this study, the researcher did not assess the accuracy of the instruments because they are standard tools which were translated and back translated into Thai language. Such tools are valid, reliable, and applicable to all studies. The tools were used with 30 Hypertensive patients; who had the same qualification as the samples, to check the accuracy. The Cronbach's alpha coefficient was used to calculate the reliability of the tools. The results are as follows: the reliability of the social support questionnaire, the health literacy screening tool for reading ability and for reading comprehension, the patient-provider communication questionnaire, and the self-management behaviors questionnaire are 0.886, 0.918, 0.812, and 0.903, respectively. After collecting data from the 87 samples and calculating the test results by the Cronbach's alpha formula, the reliability of the social support questionnaire, the health literacy screening tool for reading ability and for reading comprehension, the patient-provider communication questionnaire, and the self-management behaviors questionnaire are 0.915, 0.833, 0.875, 0.847, 0.878 respectively.

Data collection

The researcher collected data after getting approval and acceptance from Mahidol University Institutional Review Board (MU-IRB) and Bangkok Metropolitan Administration Ethics Committee for Human Research (BMAEC) for protection of human subjects. The researcher had requested for a permission letter for data collection from the university and submitted copies of it the directors of the 3 health centers before starting the research. Moreover, the researcher asked for cooperation from nurses working at the Hypertension Clinic of those public health centers to screen qualified samples from a list of patients who visited due to doctor's appointments. The researcher would talk to the target asking for their cooperation and give them details about the research project in order that they would make a decision

to take part in. When someone agreed to join the project, they would need to sign a consent letter. After that, the researcher would gather information from the participants by distributing the survey questionnaire, this process took approximately 30-35 minutes.

Data analysis

The researcher used SPSS 18 for analyzing descriptive statistic i.e. amount, percentage, mean and standard deviation. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was used to analyze relationships between the samples' personal information and medical history and the focused factors. Stepwise Multiple Regression was applied to analyzing predictive factors for self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension. Moreover, the data about level of education was interpreted from ordinal scale into dummy coding. After testing the assumption, the correlation between the variable could be described by a linear relationship, the deviation is constant, and the correlation of the independent variables is Multicollinearity. The health literacy, social support, patient-provider communication and self-management appear in normal curve distribution, while the age appears in abnormal curve distribution. So the researcher tried to transform the distorted data into normal curve distribution but it cannot be fixed. When considering each variable, the researcher observed that there were 3 samples whose outlier data valued more than 2 S.D., hence the researcher re-analyzed the data by comparing all data and the data with the cut off, the result was different. Therefore, the researcher decided not to include the mentioned samples in the study; so, the total sample size was 84.

Findings

Personal information and medical history of the samples

Most of them are female (52.40 percent) with age more than 51 years old, the average age is 54 years old (S.D. = 6.1), defined as overweight level 2 (41.70 percent) with the average Body Mass Index of around 25.51 kg/m² (S.D. = 4.36). The majority is married (63.10 percent). The information about the occupation and level of education show that the majority is unemployed (34.50 percent) and the highest level of education is primary education (54.76 percent). The illness period ranges from 1-15 years and most of them have been suffering from Hypertension for 1-5 years (66.70 percent), also with Hypercholesterolemia (48.80 percent). The systolic pressure is approximately 140 to 159 mmHg (79.80 percent) and the diastolic pressure is approximately 90 to 99 mmHg (88.10 percent), for most of them.

Analysis by the dependent variables

The scores of health literacy in reading ability of the majority (68 people or 81 percent) are 61-66, considered a high range, with the average of 62.88 (S.D. = 3.84). While, the scores of health literacy in reading comprehension of 60 samples (71.40 percent) out of all samples are 23-36, considered an average range, the mean value is 26.25 (S.D.= 6.15).

Overall, the social support of the samples is considered a low level, where 51 people (60.70 percent) have the average score as 56.50 (S.D. = 16.9). However, the patient-provider communication within the group is in a good level with the average score 99.50 (S.D. = 11.81), 58 people (69 percent) get scores ranging from 87.69-111.30.

In general, the level of self-management behavior practices of the Uncontrolled Essential Hypertension patients is low, with the average score 2.00 (S.D. = 1.09).

Factors related to self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension

From analyzing Pearson's Correlation Coefficient, it was found that there were 4 factors that related to self-management i.e. age, level of education, health literacy and social support. Age had a significantly negative relationship with self-management behaviors ($r = -0.265$, $P < 0.01$), which means younger patients have more self-management than older patients. There was a statistically significant showing that primary education had moderate negative correlation with self-management behaviors ($r = -0.322$, $P < 0.01$), while diploma and higher educational level had moderate positive correlation with self-management behaviors ($r = 0.357$, $P < 0.01$). The results suggest that patients with higher education would have better self-management behaviors than those with lower education. Likewise, health literacy and social support had moderate positive correlation with self-management behaviors, the statistically significant results were ($r = 0.312$, $P < 0.01$) and ($r = 0.389$, $P < 0.01$) as illustrated in the table below.

Table 1 Factors correlating with self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension (n=84)

Dependent variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Age	-								
2.Gender	-0.280	-							
3.Primary education	0.340**	0.331**	-						
4.Secondary education	-0.114	-0.199*	-0.575**	-					
5.Diploma /higher	-0.352**	-0.257**	-0.575**	-0.273**	-				
6.Health literacy	-0.326**	-0.188**	-0.426**	0.248*	0.360**	-			
7.Social support	-0.248*	-0.104	-0.238*	0.117	0.235*	0.073	-		
8.Patient-provider communication	-0.120	0.114	-0.012	0.010	0.064	0.144	0.287**	-	
9.Self-management behaviors	-0.265**	-0.139	-0.322**	0.075	0.357**	0.312**	0.389**	0.138	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Factors predicting self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension

When using Stepwise Multiple Regression to analyze factors relating to self-management behaviors of patients with Uncontrolled Essential Hypertension, the researcher's observations were as follows: the first stage, social support demonstrated the variance of self-management behaviors at 15.10 percent, and the second stage, the variance increased 8.1 percent (R^2 change = .081) after adding health literacy into the equation.

Thus, social support and health literacy can jointly predict self-management behaviors at 23.20 percent ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$), in total. When considering each variable, it appears that the independent variables which significantly affect self-management behaviors of patients with Uncontrolled Essential Hypertension consist of health literacy ($b = 0.575$, $t = 2.921$, $p = 0.005$) and social support ($b = 0.285$, $t = 0.3774$, $p = 0.000$). Conversely, age, gender, level of education and patient-provider communication cannot significantly increase prediction power of self-management behaviors at 0.05 levels. Social support is the most important factor for self-management behavior prediction in Hypertensive patients ($\beta = 0.386$, $p = 0.000$), followed by health literacy ($\beta = 0.285$, $p = 0.005$), as showed in table 2.

Table 2 Factors predicting self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension (n=84)

Variables to Regression Equation	R	R^2	R^2 Change	F	b	SE b	β	T	P-value
Step 1	.389	.151	.151	14.640*					
-social support					.301	.079	.389	3.826	.000
Step 2	.482	.232	.081	12.259*					
-health literacy					.575	.197	.285	2.921	.005**
-social support					.285	.076	.368	3.774	.000
constant = 48.967 SE _{est} = 6.581									

$R^2 = .232$, * $p = .000$, ** $p < 0.05$, F change = 8.534

Discussion

Most of the sample in this study was female and it related to the statistic on Thailand's population which stated that the prevalence of hypertension was higher in women than men at the rates 16.6 and 13.8, respectively. Moreover, the average age was similar to the samples that were in their late adulthood, and the stat showed that the average age for the diagnosis of hypertension was 50.4 years. Three-fourth of the samples in this study were over 51 years of age, and the average age of the 78.6 percent was 54 years old (S.D.=6.1) (Bureau of Non-communicable Disease Control Department, B.E. 2558). The majority of the samples were married, unemployed, graduated a primary school, and have around 1-5 years of course of the disease (66.7 percent) which indicates the early-stage of Hypertension. Moreover, the majority also had Hyperlipidemia (48.8 percent). Besides, their average systolic blood pressure was 152.4 mmHg and average diastolic blood pressure was 95.01 mmHg.

Factors relating to and predicting self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension

The analysis of the predictive factors for self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension using Stepwise Multiple Regression, it was observed that, firstly, social support demonstrated the variance of self-management behaviors at 15.10 percent, secondly, the variance increased 8.1 percent (R^2 change = .081) after adding health literacy into the equation. Thus, social support and health literacy could jointly predict self-management behaviors at 23.20 percent ($R^2 = 0.232$, $F = 12.259$, $p = .000$), in total. Social support could predict positive self-management behaviors among the patients at the highest level ($b = .285$, $t = 3.774$, $p = .000$). It conveys that the more patients get social support, the better self-management behaviors they would have. This result is in consistent with Yang et al.'s study (2013) about relation of self-management behaviors in low-income elders with Hypertension which showed that social support could predict self-management behaviors in Hypertensive patients. When those patients have better self-management in dieting, exercising, stress and smoking habit management could make their BP maintain in a healthy level. It may be because the patients get sufficient support and attentiveness from family, friends and medical professionals, so it is easier for them to

manage with their chronic disease (Kara et al., 2007), and also enable them to control their BP level. Getting support from other people makes patients confident in their behavior practices, and the patients turn to take care of themselves and be better in managing with the Hypertension (Boonruang Pissamai et al., B.E. 2555).

Health literacy could predict self-management behaviors of patients with Uncontrolled Essential Hypertension at a positive level ($b=.575$, $t=.2921$, $p=.000$). If patients have high level of health literacy, they would have better self-management behaviors. This relates to Hathaikarn Hongkrajok' study on Influences of health literacy, perceived self-efficacy, and patient-health care provider communication on self-care behaviors among patients with primary hypertension (B.E. 2559) which revealed that health literacy was a factor in correlation with and could predict self-management behaviors in coming to doctor's appointments, stress management and medications taking. As same as the research of Arun Lakiew and Thaweewan Chaleekrua (B.E. 2558) about health literacy and factors related to medication among patients with Hypertension, showing that health literacy had a good correlation with medications taking in Hypertensive patients. Also, patients who took medicines regularly tended to have enough health literacy, due to the ability to understand and analyze perceived information, evaluate self-management behaviors, and adopt the information to benefit themselves. Thus, patients who had enough health literacy would lead to better health behavior practices (Somruethai Petchprayul, B.E. 2557).

For gender, age, and level of education, they cannot predict self-management behaviors of patients with Uncontrolled Essential Hypertension, according to this study. According to Patayakorn Laloon et al. (B.E. 2554), it suggested that gender was not related with self-management behaviors as there appeared no different self-management behaviors among Hypertensive patients with different gender. On the other hand, Naowarat Jantanon (B.E. 2555) observed that different gender was associated with different self-management behaviors; this may be because 71.12 percent of the samples were female, and the difference in number between males and females contributed to different self-management behaviors among those with different gender. In this study, the research found no significant difference in the number of male and female population and no signs of the disease showed in the early stage. Besides, the sample group could take care of themselves in a daily basis

and had just had Hypertension for 1-5 years (66.70%), so they lacked of enthusiasm in looking after themselves. As a result, both male and female samples are not different in terms of self-management behaviors (Patchareeya Seejak, B.E. 2555). Age, as well, is a factor indicating personal maturity. The study found that age had a negative relationship with self-management behaviors, yet cannot predict self-management behavior of Hypertensive patients. Similarly, the research on “Factor Predicted Blood Pressure Control in Persons with Hypertension in One Community Hospital” by Namoy Pakdeewong and Varin Binhosen (B.E. 2555) showed that age was not a predictive factor for BP control ability of Hypertensive patients. This can be concluded that age cannot signify abilities to behave differently in managing chronic disease for BP control and complication prevention. It is difference from the study of Lee et al. (2010) which observed that age had positive correlation with self-management and could predict self-management behaviors of Hypertension patients. This study displayed that older people had good self-management skills. Besides, the samples had faced Hypertension for quite a long time so they had experiences in self-care and more knowledge about the Hypertension than patients who had just acknowledged the disease. The samples, thus, had different self-management behaviors. Even though the younger samples tended to have better self-management behaviors in this study, all of them possessed well ability of self-management for there was no big difference of age ranges (51-60 years old) among the majority (around 78.6 percent), they were still strong and healthy that they were able to look after themselves, as well as they shared similar way of life due to the similar social, environmental, and economic conditions (Naowarat Jantanon et al., B.E. 2555). In terms of level of education, the result displayed that even though it had a positive relationship with self-management behaviors, it could not predict self-management behaviors of Hypertensive patients. The previous research of Akhter (2010) showed that patients who were graduated primary to bachelor education have better self-management behaviors than uneducated patients. Likewise, Supaporn Moonperm’s study on “Factors affecting self-care behaviors among hypertensive patientsat Tambon Keelek, Amphoe Mueang, Changwat Ubon Ratchathani” (B.E. 2554) suggested that well-educated patients had a better chance to learn about their health conditions, had access to useful information and sources that were most advantageous for themselves (Umaporn Punyasopun et al.,

B.E. 2554). Even though, education is important and relates to continuity of self-management; moreover, it indicates level of comprehension or ability of individuals. Nevertheless, expression of health behaviors may depend on personal characteristics, experiences, or beliefs (Naowarat Jantanon et al., B.E. 2555). Thus, gender, age and education level cannot predict self-management behaviors among Hypertensive patients.

Moreover, patient-provider communication cannot predict self-management behaviors of patients with Hypertension, according to this study. Yet previous study showed that such factor was a key for self-management of patients with chronic diseases. As observed in Saleema et al.' study (2016) on "The Influence of Basic Conditioning Factors and Self-Care Agency on Self-Care Behaviors in Thais with Hypertension", the result was that patient-provider communication not only could predict self-management behaviors of patients but also positively influenced self-management behaviors, directly and indirectly. While the study on "A Casual Model of Adherence to Therapeutic Regimens among Thai Older Adults with Hypertension" by Namwong et al. (2015) revealed that patient-provider communication had a direct effect on treatment guidelines; it could be said that good communication between patients and medical professionals led to patients' compliance with treatment guidelines. The patients' compliance with treatment guidelines herein means personal abilities in following doctors/nurses or medical professionals' advices and it is considered a part of the adherence to recommended regimens. On the other hand, the result from this study is different because the majority of the patients were elders with healthy nervous system and brain functions (they were able to perceive and understand what medical professionals suggested them to do) and they did not have severe complications. Therefore, they did not need complicated self-care practices and it satisfied the patients to communicate with medical professionals. Additionally, 64.3% of the patients felt familiar with their medical professionals because they came to the centers regularly. Thus, the result turns out that there is no difference in aspect of patient-provider communication among the sample group (Hathaikarn Hongkrajok, B.E. 2559), and the factor cannot predict self-management behavior among patients with Hypertension. Notwithstanding, patient-provider communication is still significant as it is a space for patients to ask questions, exchange opinions, understand

the symptoms and health care practices, in higher level (Bengtsson, 2015). It is recommended to encourage patients to engage in a consultation session with health care teams, to gradually learn about and adjust themselves with chronic diseases, and live happily.

This research can be used as a tool to develop a guideline or process of patients care for patients with Uncontrolled Essential Hypertension. In conclusion, family and friends should take part in taking care of patients, providing support and consolation. Besides, healthcare professionals should dedicate themselves to help patients, listen carefully to their problems and encourage them to participate in their treatments to enhance the patients' abilities in self-care practices. Moreover, nurses should measure health literacy of every patient in their clinics in order to be uses as a health literacy promotion model so that patients are capable of managing their lives. Also, it is necessary to provide various and accessible sources of media to enable patients to adopt useful information to better their self-management behaviors. Most of the samples in this study are elderly patients with Uncontrolled Essential Hypertension and not suffering from severe complications, so it cannot be a reference to patients who suffer from Hypertension over a long period and may have complications.

Recommendations

For Nursing Practices

1. Medical professionals should encourage social supporters (family members and friends) in engagement and reinforcement in patients' ability to monitor their behaviors, due to the fact that social support has an influence on self-management behaviors. Additionally, medical professionals can contribute to setting off group dynamics activities where those social supporters are able to involve in learning how to take care of patients with Hypertension in order to encourage patients to have better self-management behaviors.

2. Medical professionals should evaluate health literacy of Hypertensive patients in their clinics. Medical professionals are able to make the patients comprehend and apprehend the significance of self-care, and to determine nursing care

plans for patients at each stage when knowing their problems about perception, comprehension, and what is blocking them from having effective health care behaviors. These are some of helpful ways to communicate with the patients: using simple language with less technical terms, instructing with objects or photographs, to enable the patients with effective self-management acquisition.

3. Medical professionals should encourage patients in looking after themselves by providing accurate principles of self-management practices, especially in the fields of self-interrogation which enables patients to take care of themselves in daily basis, and self-monitoring which acknowledges patients about their BP at a healthy level. Comprehensive and explicit understanding about their state of health and the concept of self-management would lead to more effective blood pressure control for the patients.

For nursing research

1. There should be studies on other factors other than personal and interpersonal factors as self-management behaviors depend on various factors, such as community engagement and health care service system that may affect self-management behaviors among patients with Uncontrolled Essential Hypertension. Moreover, studies on the same factors in elderly patients should be considered. As well as, follow-up with patients is another way to find possible factors that can predict self-management behaviors of patients. Results of the studies must be useful and applicable to Hypertensive patient care.

2. One interesting method to think about self-management promotion is to create a program which emphasizes social support (family members, friends, medical professionals) towards patients, as well as improvement of patients' efficient health literacy. In addition, it is necessary to continue study on effectiveness of any programs that are helpful or involved with self-management behaviors of patients with Uncontrolled Essential Hypertension.

บรรณานุกรม

- กนธีร์ สังขวาลี, วิทยา ศรีดามา, วรรณษา เปาอินทร์, มะลิวัลย์ ปิ่นยงสุวรรณ, จินดารัตน์ กลุ่มเดช และจิราภรณ์ สุ่มดีบ. (2555). *บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม และเยาวลักษณ์ ยิ้มเนียน. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 1-13.
- กิตติยา จุลวัฒน์ทะกะ. (2551). ความสัมพันธ์ของความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสกลนคร. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน*, 22(5), 25-27.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์.
- ชิษณุ พันธุ์เจริญ และ จรุงจิตร งามไพบูลย์. (2552). *คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชิงรังกน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 4(3), 194-207.
- น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ วรินทร์ บินโฮเซนต์. (2557). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มา รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 23-30.
- เนาวรัตน์ จันทานัน, บุศราคม สิงห์ชัย และ วิวัฒน์ วรวงษ์. (2554). ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองจังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัย มข. มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(6), 749-758.
- บังอรศรี จินดาวงศ์, เสาวนันทน์ บำเรอราช, วริศรา ลูวีระ และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2557). ความแตกต่างด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น. *Graduate research conference*, 1855-1865.

- บุญเรียง พิสมย์, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมานี และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 54-67.
- ปฐญาภรณ์ ลาตุณ, นภาพร มัชฌมากร และ อนันต์ มลารัตน์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. *Journal of medicine and health sciences*, 18(3), 160-169.
- ปภาพสวรี เจริญพัฒนากัก. (2013). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Graduate Research Conference*, 1008-1020.
- ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี ไตสุขศรี และศรีรัตน์ ศรีประสงค์. *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ปัญญา จิตต์พลุกูล. (2551). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2(3), 1336-1343.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ภาษา. (2556). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บริษัท จดทอง จำกัด.
- พรพิมล ว่องไว. (2554). การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรียา สีสัจกร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินทอง รัตนภูษงค์. (2550). การดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์บริการพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมพ์พร คงชุม. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- ภัทราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และ จารุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2), 120-135.
- มณีรัตน์ เลย์ตัน. (2554). *การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ: ในมุมมองของผู้ป่วย*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2555). *หลักสถิติวิจัยและการใช้โปรแกรม SPSS*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รนฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล และพัสมณฑ์ คุ่มทวีพร. (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วันวิสา รอดกล่อม, นิสาพร วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล และ อรุษา สุวรรณประเทศ. (2555). การสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *Journal of nursing and health sciences*, 6(2), 76-88.
- ศศิธร แก้วนพรัตน์. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ของศูนย์สุขวิทยาจิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. Retrieve November 20, 2014 from <http://www.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20141107.pdf>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (Guidelines on the treatment of hypertension)*. Retrieve December

12, 2014 from [http:// www.thaihypertension.org/ files/ 216_1.Hypertension_Guideline_2012.pdf](http://www.thaihypertension.org/files/216_1.Hypertension_Guideline_2012.pdf)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554–2563*.

Retrieve November 20, 2014 from [http://www.moph.go.th/ ops/ pic/ oic/ data/ 20110316100703_1_.pdf](http://www.moph.go.th/ops/pic/oic/data/20110316100703_1_.pdf)

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). *รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2558*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และบาดเจ็บ*. Retrieve March 14, 2016 from <http://thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php>.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2556*. Retrieve November 20, 2014 from [http://thaincd.com/document/file/download/leaflet /ประเด็นสารความดันโลหิตสูง56.pdf](http://thaincd.com/document/file/download/leaflet/ประเด็นสารความดันโลหิตสูง56.pdf)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สมฤทัย เพชรประยูร, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงกิจ พงศ์ถาวรกุล และรัชชัช พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2555). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความแตกฉานทางสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(1).38-51.

สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ รัชฎาภิระ และอรุณศรี เตชะสงฆ์. *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

- สุภาพร เพ็ชรอาวุธ, นันทิยา วัฒนา และ นันทวรรณ สุวรรณรูป. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing Science*. 29(4). 18-26.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุมาพร สุจันงค์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดคาวูญ จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54
- หทัยกานต์ ห้องกระจก. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรุณ หล้าเขียว และ ทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. *รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์*, 1(6). 635-649.
- อุมาพร ปุณณโสพรรณ, ผงศิลป์ เฟิงมาก และ จุฑามาศ ทองคำสิง. (2554). การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 47-60.
- Akhter, N. (2010). *Self-management among patients with hypertension in Bangladesh*. Master of Nursing Science (International Program). Prince of Songkla University.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38(1), 33-42.
- Balduino, A. F. A., Mantovani, M. F., Lacerda, M. R., Meier, M. J. (2013). Conceptual analysis of self-management of hypertensive individuals. *Rev Gaucha Enferm*, 34(4), 37-34.

- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review. *J Am Board FamPrac*, 15(1), 25-38.
- Bengtsson, U. (2015). *Self-management in hypertension care. Institute of Health and Care Sciences*. University of Gothenburg, Sweden.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2014). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2474.
- Bokhour, B. G., Cohn, E. S., Cortes, D. E., Solomon, J. L., Fix, G. M., Elwy, A. R. (2012). The Role of Patients' Explanatory Models and Daily-Lived Experience in Hypertension Self-Management. *J Gen Intern Med*, 27(12), 1626-1634.
- Boon, H., Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instrument: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35, 161-176.
- Bosworth, H.B., Powers, B.J., Oddone, E.Z. (2010). Patient self-management support: Novel strategies in hypertension and heart disease. *CardiolClin*, 28(4), 655-663.
- Boxer, H., & Snyder, S. (2009). Five communication strategies to promote self-management of chronic illness. *Family practice management*, 12-16.
- Chang, A.K., & Lee, E.J. (2014). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 1-8.
- Calo, W. A., Ortiz, A. P., Colon, V., Krasny, S., Tortolero-Luna, G. (2014). Factors Associated with Perceived Patient-Provider Communication Quality among Puerto Ricans. *J Health Care Poor Underserved*, 25(2), 491-502.
- Chung, M.L., Moser, D.K., Lennie, T.A., Worrall-Carter, L., Benley, B., Trupp, R., et al. (2006). Gender Differences in Adherence to the Sodium-Restricted Diet in Patient with Heart Failure. *Journal of Cardiac failure*, 12(8), 628-634.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adult. *Journal of aging and health*, 3(1), 3-27.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderated of life stress. *Phychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behaviolal sciences (2nd)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Coleman, M.T., & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72, 1503-1510.
- Criswell, T.J., Weber, C.A., Xu, Y., & Carter, B.L. (2010). Effect of Self-Efficacy and Social Support on Adherence to Antihypertensive Drugs. *Pharmacotherapy*, 30(5), 432-441.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *Am J Psychiatry*, 158, 29-35.
- Darvishpour, J., Omid, S., & Farmanbar, R. (2016). The Relationship between Health Literacy and Hypertension Treatment Control and Follow-up. *Caspian Journal of Health Research*, 2(1), 1-8.
- David, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in Medicine: A Shortened screening instrument. *Fam Med*, 25(6), 391-395.
- DeMonaco, H.J., & Hipple, E.V. (2007). Reducing medical costs and improving quality via self-management tools. *Plos medicine*, 4(4), 609-611.
- Dye, C.Y., Williams, J.E., & Evatt, J.H. (2011). Improving Hypertension Self-management with Community Health Coaches. *Health Promotion Practice*, 16(2), 271-281.
- Flynn, S. J., Ameling J. M., Wolff, J. L., Bone, L. R., Levine, D. M., Roter, D. L., et al. (2013). Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban african americans: perspectives of patients and family members. *Patient preference and adhereec*, 7, 741-749.
- Gould, B.E., & Dyer, R. (2011). *Pathophysiology for the health professions*. Canada: Jeanne olson.
- Galassi, J. P., Schanberg, R., & William, B. (1992). The Patient Reactios Assessment: A brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. *Psychological Assessment*, 40(3), 346-351.
- Gu, J., Zhang, X.J., Wang, T.H., Zhang, Y., & Chen, Q. (2014). Hypertension Knowledge, Awareness, and Self-management Behaviors Affect Hypertension Control: A Community-Based Study in Xunui District, Shanghai, China. *Cardiology*, 127, 96-104.

- Hekler, E.B., Lambert, J., Lavalent, E., Lavalent, H., Jahn, E., & Contrada, R.J. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors, and hypertension control among Africans. *J Behav Med*, 31, 391-400.
- Hanson-Drivers, E. C. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient. Literacy skill: A preliminary study. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 81, 56-59.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison- Wesley.
- Hu, H. H., Li, G., & Arao, T. (2014). The association of family social support, depression, anxiety and self-efficacy with specific hypertension self-care behaviors in Chinese local community. *Journal of Human Hypertension*, 29, 198-203.
- Ishikawa, H., Nomuko, K., Sato, M., & Yano, E. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. *Health Promotion International*, 23(3), 269-274.
- Joint National Committee. (2004). National High Blood pressure Education Program. Complete report the seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. Retrieve February 24, 2015 from <http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>
- Kahn, R.L. (1979). *Aging and social support*. In M.W. Riley (Ed.), *Aging from birth to death: Interdisciplinary perspectives*. Colorado: Westview Press.
- Kara, K.M., & Alberto, J. (2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behavior of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1468-1478.
- Kim, S. H. (2009). Health literacy and functional health status in korean older adult. *Journal of clinical nursing*, 18, 2337-2343.
- Ko, Y., Balasubramanian, T. D., Wong, L., Tan, M. L., Lee, E., Tang, W. E., et al. (2013). Health literacy and its association with disease knowledge and control in patients with hypertension in Singapore. *International Journal of Cardiology*, 166-117.
- Lee, J. E., Han, H., Song, H., Kim, J., Kim, K. B., Ryn, J. P., et al. (2010). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korea Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 411-417.

- Lawn, S., Battersby, M., Harvey, P., Pols, R., & Ackland, A. (2009). A behavioral therapy approach to Self-management: the Flinders Program. *Diabetes Voice*, 54, 30-32.
- Levinthal, B. R., Morrow, D. G., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. (2008). Cognition and Health Literacy in patients with Hypertension. *J Gen Intern Med*, 23(8), 1172-1176.
- Lin, C., Anderson, R. M., Chang, C., Hagerty, B. M., & Cherry, L. (2008). Development and testing of the diabetes self-management instrument: A confirmatory Analysis. *Research in nursing & Health*, 31, 370-380.
- Lin, K. W. (2006). Self-management programs help patients with chronic disease. *American Family Physicians*, 73, 1260-1263.
- Manze, M., Rose, A. J., Orner, M. B., Berlowitz, D. R., & Kressin, N. R. (2010). Understanding Racial Disparities in Treatment Intensification for Hypertension Management. *J Gen Intern Med*, 25(8), 819-825.
- Manze, M., Rose, A. J., Orner, M. B., Glickman, M., Pbert, L., Berlowitz, D., & Kressin, N. R. (2015). Brief Provider Communication Skills Training Fails to Impact Patient Hypertension Outcomes. *Patient Educ Couns*, 98(2), 191-198.
- Marks, R., & Shive, S. E. (2008). Ethics and patient-provider communication. *Health Promotion Practice*, 9(1), 29-33.
- Matthew, J.C., Janet, M.G., Maren, K.O., & Hayden, B.B. (2012). Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: Preliminary data for a new instrument. *J Gen Intern Med*. 28(2), 99-106.
- Matthews, S.M., & Peden, A.P., & Rowles, G.D. (2009). Patient-provider communication : Understanding diabetes management among adult females. *Patient education and Counseling*, 76, 31-37.
- Mc Donald, V. M., & Gibson, P. G. (2006). Asthma self-management education. *Chronic Respiratory Disease*, 3, 29-37.
- McCance, K.L., & Huether, S.E. (2010). Hypertension. In V.L. Brashers, & N.S. Rote (Eds.), *Pathophysiology: The biologic Basic for disease in adults and children* (6th ed., pp.1149-1157). USA: Jeffrey Patterson.

- McNaughton, C. D., Jacobson, T. A., & Kriplani, S. (2014). Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patient with hypertension and heart disease. *Patient education and counseling*, 96, 165-170.
- Morris, A.B., Li, J., Kroenke, K., Bruner-England, T.E., Young, J.M., & Murray, M.D. (2006). Factors associated with Drug Adherence and Blood Pressure Control in Patient with Hypertension. *Phamacotherapy*, 26(4), 483-492.
- Morrow, D., Clark, D., Tu, W., Wu, J., Weiner, M., Steinley, D., & Murry, M. D. (2006). Correlates of Health in Patients with Chronic Heart Failure. *The Gerontological Society of America*, 46(5), 669-676.
- Nakarawa-Kogan H., Garber A., Jarrett M., Egan K.J., Hendershot S. (1988). Self-management of hypetension: predictors of success in diastolic blood pressure reduction. *Res Nurs Health*, 11, 105-115.
- Namwong, A., Panuthai, S., Suwanprapisa, T., & Khampolsiri, T. (2015). A casual model of adherence to therapeutic regimens amomg Thai older adults with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Reserch*, 19(2), 107-121.
- Norbeck, J. S. (1984). The Norbeck Social Support Questionnaire. *Birth defects original article service*, 20(5), 45-47.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3).259-267.
- Ong, L.M.L., Dehaes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammers, F.B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literacy. *Soc.Sci. Med*, 40(7), 903-918.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*(4th ed.). NY: Louis Mosby Year Book Co.
- Osamor, P. E., & Owumi, B. E. (2011). Factors associated with Treatment compliance in hypertension in Southwest Nigeria. *International centre for diarrhoeal disease research*, 29(6),619-628.
- Parchman, M.L., Flannagan, D., Ferrer, R.L., & Matamoras, M. (2009). Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type2diabetes. *Patient education and counseling*, 77, 55-59.

- Parker, R.M., Barker, D.W., Williams, M.D., & Nurss, J.R. (1995). The test of Functional Health Literacy in Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine*, 10, 537-541.
- Perez, A. (2011). Self-management of hypertension in Hispanic adults. *Clinical nursing research*, 20(4), 347-365.
- Persell, S. D., Osborn, C. Y., Richard, R., Skripkauskas, S., & Wolf, M. S. (2007). Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *JGIM*, 1523-1526.
- Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). National Library of medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. NLB Pub. No. CMB 2000-1. Bethesda, MD: *National Institutes of Health*, US Department of Health and Human.
- Reisi, M., Javadzade, S. H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F., & Hasanzade, A. (2012). Relationship between health literacy, health status, and health behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health promotion*, 1, 1-7.
- Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counselling*, 46, 287-295.
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., & Piette, J. (2004). Functional health literacy and the quality of physician-patients. *Patient education and Counseling*, 52, 315-323.
- Schoenthaler, A., Algrante, J.P., Chaplin, W.F., & Ogedegbe, G. (2012). The Effect of Patient-Provider Communication on Medication Adherence in Hypertensive Black Patients: Dose Race Concordance Matter?. *Ann.Behave.med*, 43, 372-382.
- Schoenthaler, A., Chaplin, W.F., Algrante, J.P., Fernandez, S., Diaz-Gloster, M., Tobin, J.N., et al. (2009). Provider communication effects medication adherence in hypertensive African Americans. *Patients Education and Counseling*, 75, 185-191.
- Saleema, L., Panpakdee, O., Arpanantikul, M., & Chai-Aroon, T. (2016). The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal Nursing Research*, 20(1), 5-17.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126 (1), S124-S128.

- Stewart, A. L., Napoles-Springer, A., Perez-Stable, E., Posner, S. F., Bindman, A. B., Pinderhughes, H. L., et al. (1999). Interpersonal Process of care in diverse populations. *Milbank Q*, 305-339.
- Stewart, A.L., Napoles-Springer, A.M., Gregorich, S.E., & Santoyo-Olsson, J. (2007) . Interpersonal process of care: Patient-reported measures for diverse group. *Health services research*, 42(3 pt 1), 1235-1256.
- Story, L. (2012). *Pathophysiology a practical approach*. USA: Kevin sullivan.
- Trivedi, R. B., Ayotte, B., Edelman, D., & Bosworth, H. B. (2008).The association of emotional well-being and marital status with treatment adherence among patients with hypertension. *Journal of Behavioral Medical*, 31, 489-497.
- Truong, P. V., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2016). Factors Related to Self-Management Behaviors in Hypertension Older Adults in Haiduong Province, Vietnam. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(3), 56-64.
- Udlis, K. M. (2011). Self-management in Chronic illness: Concept and dimensional analysis. *Journal of nursing and Healthcare of Chronic illness*, 130-139.
- Wang, C., Lang, J., Xuan, L., Li, X., & Zhang, L. (2017). The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of htpertensiive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in health*, 16(58), 1-11.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ85. *Nursing Research*, 36(5), 273-277.
- Wilde, M.H., & Gravin, S. (2007). A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 339-350.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish J Psychol*, 15(3), 1503-1509.
- World Health Organization & International Society of hypertension. (1999). World Health Organization-International Society of hypertension guideline for the management of hypertension. *Journal of hypertension*, 17, 151-183.
- World Health Organization. (2009). *Health Literacy and Health Promotion.Definition, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. IndividualEmpowerment

Conference Working Document.7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development, Nairobi, Kenya.

Yang, S. O., Jeong. G.H., Kim. S. J., & Lee. S. H. (2013). Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in south korea. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 43, 97-106.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.

Zhang, X., Zhu, M., Dib, H.H., Hu, J., Tang, S., Zhong, T., et al. (2009). Knowledge, awareness, behavior (KAB) and control of hypertension among urban elderly in Western China. *International Journal of Cardiology*, 137, 9-15.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social support. *Journal of Personallity Assesment*, 52, 30-41.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

เรื่อง บังคับทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา

คำชี้แจง: ให้ผู้ตอบแบบสอบถามบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริง โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
() หน้าคำตอบที่กำหนดให้ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ตามความเหมาะสม

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. สถานะภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย หย่า แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () อนุปริญญาตรี
() ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับราชการ /พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง () เกษตรกรรม (ทำนา/ทำสวน/ทำไร่)
() ค้าขาย () อื่นๆระบุ.....
8. ระดับความดันโลหิต..... mmHg
9. ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี
10. การรักษาที่ได้รับ.....
11. โรคประจำตัว () เบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง
() อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าท่านมีการควบคุมความดันโลหิตสูงในช่วงเดือนที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหน ซึ่งคำตอบนั้นไม่มีผิดหรือถูก เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามให้ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่บ่งบอกพฤติกรรมของท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ บนช่องว่างตาม 5 ตัวเลือกดังนี้

- 1 = ไม่ทำเลย
 2 = ทำเป็นบางครั้ง
 3 = ทำบ่อยครั้ง
 4 = ทำเป็นประจำ
 N/A = ไม่สามารถทำได้ (พฤติกรรมนี้ไม่สามารถใช้ในชีวิตประจำวันฉันได้)

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

กรุณาตอบคำถามตามข้อมูลด้านล่างสำหรับการใช้ชีวิตของท่าน

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
การบูรณาการด้วยตนเอง					
1. เมื่อไหร่ก็ตามที่ฉันรับประทานอาหาร ฉันเลือกที่จะพิจารณาสัดส่วนและเลือกอาหารที่รับประทาน				✓	

ถ้าท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ 4 แสดงว่า ท่านเลือกที่จะพิจารณาสัดส่วนและเลือกอาหารที่รับประทานเป็นประจำ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหน้านี้ที่ท่านจะควบคุมความดันโลหิตสูง

กรุณาตอบคำถามตามข้อมูลด้านล่างสำหรับการใช้ชีวิตของท่าน

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
การบูรณาการด้วยตนเอง					
1. เมื่อไหร่ก็ตามที่ฉันรับประทานอาหาร ฉันเลือกที่จะพิจารณาสัดส่วนและเลือกอาหารที่รับประทาน					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
2. ฉันรับประทานผลไม้ ผัก ธัญพืช และถั่วมากกว่าตอนที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง					
3. ฉันลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (เช่น ชีส, คุกกี้, ไขมันจากสัตว์ เป็นต้น) ตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย					
4. ฉันนึกถึงระดับความดันโลหิตของฉันขณะกำลังเลือกอาหารรับประทาน					
5. ฉันพยายามที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์					
6. ฉันลดปริมาณอาหารต่อมื้อเพื่อลดน้ำหนัก					
7. ฉันเลือกอาหารที่มีรสชาติเค็มน้อย					
8. ฉันออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก (เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ และ/หรือ ปั่นจักรยาน ประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง)					
9. ฉันคิดว่าโรคความดันโลหิตเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของฉัน					
10. ฉันทำกิจวัตรประจำวันของฉันให้สอดคล้องกับข้อปฏิบัติสำหรับโรคความดันโลหิตสูงของฉัน (เช่น งานและการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล)					
11. ฉันเลิกบุหรี่ /พยายามจะเลิกบุหรี่					
12. ฉันพยายามจะควบคุมความเครียดโดยการฟังเพลง, พักผ่อน, พูดคุยกับครอบครัว / เพื่อน					
13. ฉันไม่เคยดื่มเกลือ / น้ำปลา / ซอส / ซิอิ้ว เพิ่มเพื่อปรุงรสอาหารตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
การควบคุมตนเอง					
14. ฉันทราบได้ว่าเหตุใดความดันโลหิตของฉันจึงเปลี่ยนแปลง					
15. ฉันทราบถึงอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง					
16. ฉันจัดการอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม					
17. ฉันทราบถึงอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำ					
18. ฉันจัดการอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำได้อย่างเหมาะสม					
19. ฉันตั้งเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต					
20. ฉันวางแผนการทำการกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิต					
21. ฉันเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของฉันกับระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ปกติ					
22. ฉันจัดการกับสถานการณ์ที่อาจเพิ่มความดันโลหิตของฉัน					
การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่					
23. ฉันได้พูดคุยกับแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับแผนการรักษาของฉัน					
24. ฉันแนะนำให้แพทย์เปลี่ยนแผนการรักษาถ้าฉันไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้					
25. ฉันสอบถามแพทย์/พยาบาลเมื่อฉันไม่เข้าใจสิ่งต่างๆ					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
26. ฉันและแพทย์/พยาบาลช่วยกันค้นหาสาเหตุเพราะเหตุใดจึงควบคุมความดันโลหิตไม่ดี					
27. ฉันพูดคุยกับแพทย์/พยาบาลเมื่อความดันโลหิตของฉันสูง/ต่ำเกินไป					
28. ฉันสอบถามแพทย์/พยาบาลถึงแหล่งที่สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
29. ฉันถามบุคคลอื่นๆ(เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยคนอื่นๆ) เพื่อให้ช่วยเหลือเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของฉัน					
30. ฉันถามบุคคลอื่นๆ(เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยคนอื่นๆ) ในการควบคุมความดันโลหิตของฉัน					
31. ฉันถามบุคคลอื่นๆ(เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยคนอื่นๆ) ว่ามีวิธีการอย่างไรหรือใช้เทคนิคอะไรในการควบคุมความดันโลหิต					
การติดตามด้วยตนเอง					
32. ฉันตรวจหรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตของฉันเมื่อมีอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูง					
33. ฉันตรวจหรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตของฉันเมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย					
34. ฉันตรวจหรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจวัดความดันโลหิตของฉันเมื่อมีอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำ					
35. ฉันตรวจวัดความดันโลหิตของฉันเป็นประจำเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดการตนเองของฉัน					

ข้อคำถาม	1	2	3	4	N/A
การปฏิบัติตามคำแนะนำ					
36. ฉันรับประทานยาความดันโลหิตอย่าง เคร่งครัด					
37. ฉันรับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่าง ถูกต้อง(เช่น แพทย์สั่งให้ทาน 2 เม็ด ฉันก็ ทาน 2 เม็ด)					
38. ฉันรับประทานยาความดันโลหิตอย่างถูกต้อง ตามเวลา (เช่น แพทย์สั่งให้ทาน 2 เวลาต่อวัน ฉันก็ทาน 2 เวลาต่อวัน)					
39. ฉันไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ					
40. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ในการควบคุมความดันโลหิตของฉัน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนและได้รับการช่วยเหลือทางสังคมที่เพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียว โดยคำตอบที่ให้มีความหมายดังนี้

(หมายเหตุ: บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลอื่นที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน)

- | | | |
|---|---|---------------------|
| 1 | = | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 2 | = | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | = | ค่อนข้างไม่เห็นด้วย |
| 4 | = | เฉยๆ |
| 5 | = | ค่อนข้างเห็นด้วย |
| 6 | = | เห็นด้วย |
| 7 | = | เห็นด้วยอย่างมาก |

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย (3)	เฉยๆ (4)	ค่อนข้าง เห็น ด้วย (5)	เห็น ด้วย (6)	เห็น ด้วย อย่าง มาก (7)
1.มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2.มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้							
3.ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ							
4.ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ							

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่าง มาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย (3)	เฉยๆ (4)	ค่อนข้าง เห็น ด้วย (5)	เห็น ด้วย (6)	เห็น ด้วย อย่าง มาก (7)
5. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความ สบายใจจริงๆ แก่ฉัน							
6. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ							
7. ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมี ปัญหาขึ้นมา							
8. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ ครอบครัวฟังได้							
9. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุข กับฉันได้							
10. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใย ความรู้สึกของฉัน							
11. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันใน การตัดสินใจ							
12. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อน ฟังได้							

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้มาใช้บริการ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และการให้บริการของเจ้าหน้าที่ เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว โปรดพิจารณาให้รอบคอบ แล้วตอบคำถามให้ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบที่ให้ความหมายดังนี้ (หมายเหตุ: ทีมสุขภาพ หมายถึง แพทย์ พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆที่เกี่ยวข้อง)

มากที่สุด	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนมากแต่ไม่ทั้งหมด
ปานกลาง	หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง
เล็กน้อย	หมายถึงข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เคยเลย	หมายถึงข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ตอบแบบสอบถามที่ได้ใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมากกว่า 12 เดือนขึ้นไป ถ้าหากคุณมีการพบแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ มากกว่า 1 คนขึ้นไป กรุณาระบุโดยเฉลี่ยความบ่อย :

ข้อคำถาม	ไม่เคยเลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์พูดเร็วเกินไป					
2. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ใช้คำพูดที่ยากต่อการเข้าใจ					
3. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ละเลยในสิ่งที่คุณบอก					

ข้อคำถาม	ไม่ เคย เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
4. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถูกเบียดเบียนความสนใจขณะที่เขาอยู่กับคุณ					
5. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ดูท่าทางเบื่อหน่ายเมื่อคุณถามหลายๆคำถาม					
6. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ค้นพบสิ่งที่คุณกังวล					
7. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ปล่อยให้คุณพูดในสิ่งที่คุณคิดว่าสำคัญ					
8. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ให้ความสำคัญอย่างมากกับความกังวลเรื่องสุขภาพของคุณ					
9. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์อธิบายผลตรวจ เช่น เจาะเลือด , เอ็กซเรย์ , ตรวจคัดกรองมะเร็ง					
10. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์อธิบายผลการตรวจร่างกายกระฉับกระเฉง					
11. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้บอกผลที่อาจเกิดขึ้นถ้าคุณไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้คุณ					
12. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์บอกคุณถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นกับคุณได้จากการรับประทานยา					

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับคุณและแพทย์ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างไร

ข้อคำถาม	ไม่ เคย เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
13. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถามคุณถึงปัญหา ที่จะตามมาจากคำแนะนำของแพทย์					
14. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถามถึงความรู้สึก ของคุณที่ต้องทำตามคำแนะนำการ รักษา					
15. บ่อยแค่ไหนที่คุณและแพทย์วางแผนการ รักษาร่วมกัน					
16. หากมีตัวเลือกอื่นในการรักษา ,บ่อยแค่ไหน ที่แพทย์ถามความต้องการของคุณ ที่จะช่วยตัดสินใจในการรักษา					

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณและแพทย์ โดยพิจารณาจากประสบการณ์ที่มา
พบแพทย์มากกว่า 12 เดือนขึ้นไป

ข้อคำถาม	ไม่ เคย เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
17. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์รู้สึกเมตตาคุณ					
18. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจคุณ					
19. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์กังวลเกี่ยวกับ ความรู้สึกของคุณ					
20. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์เคารพให้เกียรติ คุณในฐานะที่คุณเป็นบุคคลหนึ่งอย่าง					

ข้อคำถาม	ไม่ เคย เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
แท้จริง					
21. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ปฏิบัติต่อคุณ อย่างเท่าเทียมกัน					
22. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้สนับสนุน เกี่ยวกับระดับการศึกษาของคุณ					
23. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้สนับสนุน เกี่ยวกับรายได้ของคุณ					

สำหรับ 4 คำถามต่อจากนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ในที่นี้อาจหมายถึง แพทย์
พยาบาล เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจ พนักงานต้อนรับ หรือบุคคลที่พูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมาย

ข้อคำถาม	ไม่ เคย เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้างมาก	มาก ที่สุด
24. เจ้าหน้าที่/พยาบาลหยวนคายต่อคุณ บ่อยแค่ไหน					
25. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาลพูดดู ถูกคุณ					
26. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาล สร้างความยุ่งยากลำบากแก่คุณ					
27. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาลมี ทัศนคติที่ไม่ดีกับคุณ					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแตกฉานทางสุขภาพ

ส่วนที่ 5.1 แบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน สำหรับผู้เก็บข้อมูล

คำชี้แจง: แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในคำศัพท์ด้านการแพทย์และสุขภาพนี้ โดยขอให้ผู้ป่วยอ่านทุกคำในแต่ละช่อง

โดยเริ่มจากรายการที่ 1 รายการที่ 2 และรายการที่ 3 ตามลำดับ

ให้ผู้ป่วยถือเอกสารเองขณะที่ทำการอ่าน ถ้าอ่านไม่ได้ให้บอกว่าอ่านไม่ได้หรือผ่าน

ให้ผู้เก็บข้อมูล ใส่เครื่องหมาย บันทึกผลของการอ่านแยก ในแต่ละสดมภ์ ในช่องว่างด้านข้างของคำที่อ่าน ดังนี้

ใส่เครื่องหมาย ✓ ถ้าอ่าน, เล่า, พูดถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ใส่เครื่องหมาย - สำหรับคำที่อ่านไม่ได้เลย ใส่เครื่องหมาย X ถ้าอ่านไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

แล้วรวมคะแนน

เวลาที่เริ่มอ่านส่วนที่3.1 น. เวลาที่อ่านเสร็จ น. รวม..... นาที

รายการที่ 1		ผลการอ่าน	รายการที่ 2		ผลการอ่าน	รายการที่ 3		ผลการอ่าน
1	หู		23	ความอ้วน		45	ซิฟิลิส	
2	ไต		24	ไข่ม้วน		46	ริดสีดวง	
3	ยา		25	ยาเม็ด		47	ตับอักเสบ	
4	เริ่ม		26	อาหาร		48	โลหิตจาง	
5	ชัก		27	ควบคุม		49	กระดูกพรุน	
6	โรค		28	ลูกเงิน		50	พฤติกรรม	
7	บอก		29	อาชีพ		51	ใบสั่งยา	
8	ลำไส้		30	ลำไส้ตรง		52	เพศสัมพันธ์	
9	เชิงกราน		31	ถุงน้ำดี		53	โภชนาการ	
10	ไส้ติ่ง		32	เส้นประสาท		54	หมดประจำเดือน	
11	อั้นทะ		33	คาเฟอีน		55	อาการคลื่นไส้	
12	เชื้อโรค		34	เกิดอาการ		56	การระคายเคือง	
13	ฮอร์โมน		35	การติดเชื้อ		57	วินิจฉัยโรค	
14	มะเร็ง		36	แคลอรี		58	ปริมาณยาต่อครั้ง	
15	หอบหืด		37	การตั้งครรภ์		59	ลำไส้ใหญ่อักเสบ	
16	อ่อนเพลีย		38	ประจำเดือน		60	พิษสุราเรื้อรัง	

รายการที่ 1		ผลการอ่าน	รายการที่ 2		ผลการอ่าน	รายการที่ 3		ผลการอ่าน
17	ศิษาน		39	โปตัสเซียม		61	การออกกำลังกาย	
18	ภูมิแพ้		40	การอักเสบ		62	ความผิดปกติ	
19	ท้องผูก		41	'ไข้หวัดใหญ่'		63	การส่งกล้องจุลทรรศน์	
20	หนองใน		42	โรคซึมเศร้า		64	การแต่งงานในเครือญาติ	
21	เบาหวาน		43	การแท้งลูก		65	ยาปฏิชีวนะ	
22	ความเครียด		44	ข้ออักเสบ		66	โรคผิวหนังเป็นแผลพุพอง	

รายการที่ 1: อ่าน, เล่า, พุดถูกต้อง (✓) =..... อ่านไม่ได้เลย (-) = ... อ่านไม่ถูก (X) = ...	รายการที่ 2: อ่าน, เล่า, พุดถูกต้อง (✓) =..... อ่านไม่ได้เลย (-) = ... อ่านไม่ถูก (X) = ...	รายการที่ 3: อ่าน, เล่า, พุดถูกต้อง (✓) =..... อ่านไม่ได้เลย (-) = ... อ่านไม่ถูก (X) = ...
รวมคะแนน		
คะแนนรวมทั้งหมด		

ส่วนที่ 5.2 แบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อวัดการอ่าน สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในคำศัพท์ด้านการแพทย์และสุขภาพนี้ ขอให้ท่านอ่านทุกคำในแต่ละช่องจากบนลงล่าง โดยเริ่มจากรายการที่ 1 รายการที่ 2 และรายการที่ 3 ตามลำดับ

โดยให้ท่านถือเอกสารฉบับนี้ด้วยตัวเองเองขณะที่ทำการอ่าน ถ้าอ่านไม่ได้ให้บอกว่าอ่านไม่ได้หรือผ่าน

เวลาที่เริ่มอ่านส่วนที่ 3.1 น. เวลาที่อ่านเสร็จ น. รวม นาที

รายการที่ 1	รายการที่ 2	รายการที่ 3
หู	ความอ้วน	ซีฟิลิส
ไต	ไขมัน	ริดสีดวง
ยา	ยาเม็ด	ตับอักเสบ
เริ่ม	อาหาร	โลหิตจาง
ชัก	ควบคุม	กระดูกพรุน
โรค	ฉุกเฉิน	พฤติกรรม
บอก	อาชีพ	ใบสั่งยา
ลำไส้	ลำไส้ตรง	เพศสัมพันธ์
เชิงกราน	ถุงน้ำดี	โภชนาการ
ไส้ติ่ง	เส้นประสาท	หมดประจำเดือน
อัมพาต	คาเฟอีน	อาการคลื่นไส้
เชื้อโรค	เกิดอาการ	การระคายเคือง
ฮอร์โมน	การติดเชื้อ	วินิจฉัยโรค
มะเร็ง	แคลอรี	ปริมาณยาต่อครั้ง
หอบหืด	การตั้งครรภ์	ลำไส้ใหญ่อักเสบ
อ่อนเพลีย	ประจำเดือน	พิษสุราเรื้อรัง
ดีซ่าน	โปดัสเซียม	การออกกำลังกาย
ภูมิแพ้	การอักเสบ	ความผิดปกติ
ท้องผูก	'ไข้หวัดใหญ่'	การส่องกล้องจุลทรรศน์
หนองใน	โรคซึมเศร้า	การแต่งงานในเครือญาติ
เบาหวาน	การแท้งลูก	ยาปฏิชีวนะ
ความเครียด	ข้ออักเสบ	โรคผิวหนังเป็นแผลพุพอง

ส่วนที่ 5.3 แบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพเพื่อวัดความเข้าใจในการอ่าน

คำชี้แจง : แบบคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเข้าใจในการอ่านซึ่งเป็นข้อความที่เป็นความรู้ด้านการแพทย์และสิทธิของผู้ป่วยที่ทุกๆ ท่าน อาจพบในโรงพยาบาลดังนี้

ข้อความที่ 1 การนัดตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่วันที่ 20 พฤษภาคม 2555
(ตอบคำถามหน้า 9-11 จำนวน 16 ข้อ)

ข้อความที่ 2 สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย (หนังสือแสดงความยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำการหัตถการหรือการตรวจ/รักษาวิธีพิเศษ)
(ตอบคำถามหน้า 12 จำนวน 5 ข้อ)

ข้อความที่ 3 สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สิทธิที่ได้รับในบริการด้านการตรวจวินิจฉัย/
สิทธิที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค)
(ตอบคำถามหน้า 14-15 จำนวน 10 ข้อ)

ข้อความที่ 4 สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(วิธีการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยกรณีประสบภัยจากรถ) (ตอบคำถามหน้า 17 จำนวน 5 ข้อ)

คำแนะนำในการอ่านแบบทดสอบ

ให้ผู้ป่วยถือแบบทดสอบในการอ่านเอง แล้วตอบคำถามในหน้าต่อไป

ด้วยการให้ท่านเติมคำในช่องว่างให้ถูกต้องโดยใช้คำจากตัวเลือก 4 ตัวเลือกที่กำหนดให้ เพื่อให้คำที่นำมาเติมนั้นทำให้ประโยคมีความหมาย ซึ่งเป็นคำที่ท่านคิดว่าถูกต้อง

โดยกากบาท (X) บนอักษรตัวเลือกที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

และทำข้อต่อไป เมื่อทำเสร็จแล้วให้พลิกหน้าต่อไปและทำต่อจนครบทุกหน้า

ข้อความที่ 1 การนัดตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่วันที่ 20 พฤษภาคม 2555

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้

วิธีการเตรียมตัวก่อนตรวจเอกซเรย์ลำไส้ใหญ่

1. หนึ่งสัปดาห์ก่อนตรวจ การรับประทานอาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเย็น ให้รับประทานอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม หรือโจ๊ก รับประทานเนื้อปลา หรือไข่ได้ กับเครื่องดื่มปริมาณเล็กน้อย
ห้าม รับประทานผัก ผลไม้ เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่
2. การรับประทานยาระบายที่จัดให้
 - เวลา 20.00 น. ของวันที่ 18 พฤษภาคม 2555 ให้รับประทานยาระบาย 1 ขวด
 - เวลา 20.00 น. ของวันที่ 19 พฤษภาคม 2555 ให้รับประทานยาระบาย 1 ขวด
3. หนึ่งวันก่อนตรวจ
การรับประทานอาหารเย็น ให้รับประทานอาหารให้เสร็จก่อนเวลา 18.00 น.
4. หลังเวลา 24.00 น. จดรับประทานอาหาร น้ำ และยาทุกชนิด จนกว่าจะตรวจเสร็จ ซึ่งจะใช้เวลาในการตรวจนานประมาณ 1-3 ชั่วโมง

จากข้อความที่ 1 ข้างต้น

โปรดตอบคำถามเพื่อเติมลงในช่องว่าง โดยกากบาท (X) บนตัวเลือกที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

● การเตรียมตรวจเอกซเรย์

สำหรับผู้ป่วย

1. แพทย์ของท่านได้ส่งท่านไปเอกซเรย์

ก. กระเพาะอาหาร

S1.....

ข. ลำไส้ใหญ่

ค. แผลที่เย็บ

ง. เชื้อโรค

2. ท่านต้องทำกระเพาะอาหารให้ เมื่อท่านมา

ก. ป่อง

ก. เอกซเรย์

S2.....

ข. ว่าง

ข. ตรวจเลือด

S3.....

ค. เต็ม

ค. โรงพยาบาล

ง. ซีด

ง. รับยา

3.การเอกซเรย์จะ จาก 1 ถึง 3 ในการตรวจ

สำหรับผู้วิจัย

ก. ใช้เวลา

ก. เดียง

S4.....

ข. มอง

ข. สมอง

S5.....

ค. คุย

ค. ชั่วโง

ง. ดู

ง. อาหาร

• การเตรียมตัวในวันก่อนที่จะไปเอกซเรย์

4.อาหารเข็นควรเป็นเพียงอาหารอ่อนประเภทข้าวต้ม หรือ

ก. ข้าวเหนียว

S6.....

ข. ข้าวสวย

ค. โจ๊ก

ง. ก๋วยเตี๋ยว

5. กับกาแฟ หรือน้ำเปล่า/น้ำชา จำนวน

S7.....

ก. เล็กน้อย

ข. น้ำชุป

ค. เต็มที่

ง. คลื่นไส้

6.หลังจาก ท่านต้องไม' หรือดื่มอะไร.....

S8.....

ก. นาทึ

ก. ง่าย

ก. ป่วย

S9.....

ข. เทียงคิน

ข. กินแล้ว

ข. เลย

ค. ระหว่ง

ค. คิม

ค. บ้าง

S10.....

ง. ก่อน

ง. กิน

ง. บางอย่าง

7.จนกระทั่งหลังจากท่าน การเอกซเรย์

สำหรับผู้วิจัย

ก. ได้รับ

ข. มี

ค. เป็น

ง. เคย

S11.....

• การปฏิบัติตัวในวันที่ตรวจเอกซเรย์

8. ห้ามรับประทาน S12.....

ก. การนัดหมาย

ข. การเดินเข้ามา

ค. อาหารเข้า

ง. คลินิก

9.ห้าม แม่แต่' S13.....

ก. คม

ก. หัวใจ

ข. คีม

ข. หายใจ

ค. คู

ค. น้ำ

ง. เคน

ง. มะเร็ง

10.ถ้าท่านมี ให้โทรศัพท์หา.....เอกซเรย์ที่หมายเลข 0-4334-6450

ก. คำตอบ

ก. แผนก

ข. การออกกำลังกาย

ข. การเคล็ด

ค. ความเห็น

ค. เกสัชกร

ง. คำถาม

ง. ปวดฟัน

ข้อความที่ 2 สิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้

หนังสือแสดงความยินยอมให้แพทย์หรือคณะแพทย์ทำหัตถการหรือการตรวจ/รักษาวิธีพิเศษ

“ข้าพเจ้า ในฐานะผู้ป่วย ขอมอบหมายให้แพทย์หรือคณะแพทย์และบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้รับมอบหมาย ให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา ตัวข้าพเจ้าให้ดำเนินการตรวจ/รักษาด้วยวิธี ผ่าตัดไส้ติ่ง ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรักษาของข้าพเจ้า รวมทั้งผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง หรือภายหลังการตรวจรักษา เช่น แผลติดเชื้อ แผลยาสลบ คลื่นไส้ อาเจียนจากยาแก้ปวด และแนวทางเลือกอื่นๆ เพื่อการตรวจ/รักษา เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่ผ่าตัด ซึ่งได้อธิบายแก่ข้าพเจ้าอย่างชัดเจน โดย แพทย์หญิง หวังดี จิตบริสุทธิ์”

จากข้อความที่ 2 ข้างต้น**โปรดตอบคำถามเพื่อเติมลงในช่องว่าง โดยกากบาท (X) บนตัวเลือกที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด**

11. ฉันยินยอมให้แพทย์รักษาลับ โดยการ

สำหรับผู้วิจัย

ก. ผ่าตัด

ข. เกลือ

ค. เห็นว่า

ง. ปวด

S17.....

12. ฉัน แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับ.....

S18.....

ก. ยินยอม

ก. ซ่อน

ข. พิสูจน์

ข. ความเสี่ยง

ค. ส่ง

ค. จำหน่าย

ง. ได้รับ

ง. พิสูจน์

S19.....

13. ที่.....เช่น

ก. ภาวะแทรกซ้อน

ก. การอักเสบ

S20.....

ข. ประโยชน์

ข. การติดเชื้อของแผล

S21.....

ค. ภูมิต้านทาน

ค. เหล็ก

ง. ความสัมพันธ์

ง. จังหวัด

ข้อความที่ 3 สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้

สิทธิที่ได้รับในบริการด้านการตรวจวินิจฉัย

1. การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
2. การคลอดบุตรไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตอยู่ (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) โดยนับตั้งแต่ใช้สิทธิใน โครงการหลักประกันสุขภาพ

สิทธิที่ได้รับในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

1. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
2. การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการรวมถึงการให้ภูมิคุ้มกัน โรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกัน โรคของประเทศ
3. การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง
4. การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิดและการทำหมันถาวร)
5. ขาด้านไวรัสเอดส์
6. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
8. การให้คำปรึกษา และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
9. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอรวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

จากข้อความที่ 3 ข้างต้น

โปรดตอบคำถามเพื่อเติมลงในช่องว่าง โดยกากบาท (X) บนตัวเลือกที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

14.....ด้านยาและเวชภัณฑ์ต้องอยู่ในกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

ก. การเปลี่ยนแปลง

สำหรับผู้วิจัย

ข. สอร์โมน

ค. ขาดกรด

S22.....

ง. ค่าใช้จ่าย

Copyright by Mahidol University

15.ฉันจะได้รับบริการด้านการตรวจ การวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู.....

ก. น้ำตาลในเลือดต่ำ

สำหรับผู้วิจัย

ข. สมรรถภาพ

S23.....

ค. กระดูกพรุน

ง. โรคจิตเภท

16.ทางการแพทย์จน.....การรักษา

S24.....

ก. ล้าง

ข. ต้องการ

ค. ปิด

ง. สิ้นสุด

17. ทั้งนี้รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการ.....ของคณะกรรมการ

ก. ร้องขอ

S25.....

ข. ปฏิเสธ

ค. รับรอง

ง. แก้ไข

18. ฉัน ว่าบริการของรัฐ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก. สืบค้น

S26.....

ข. บันทึก

ค. เข้าใจ

ง. สร้าง

19.ฉันสามารถใช้.....ในการลดบุตร รวมกันได้ไม่เกิน ครั้ง

ก. ฉลาด

ก. หนึ่ง

S27.....

ข. เหลือ

ข. สอง

ค. ผิด

ค. สาม

S28.....

ง. สิทธิ

ง. สี่

20. ลูกของฉันจะได้รับการดูแล..... พัฒนาการ และภาวะ.....

- | | | |
|-------------|---------------|----------------|
| ก. ปอด | ก. โภชนาการ | สำหรับผู้วิจัย |
| ข. สุขภาพ | ข. การแต่งงาน | S29..... |
| ค. อาหาร | ค. อาชีพ | S30..... |
| ง. เชิงกราน | ง. ผู้ใหญ่ | |

21. รวมถึงการให้.....ตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

- | | |
|----------------|----------|
| ก. รางวัล | |
| ข. ภูมิคุ้มกัน | S31..... |
| ค. ความตระหนัก | |
| ง. หมาไป | |

ข้อความที่ 4 สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้

วิธีการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยกรณีประสบภัยจากรถ

ผู้มีสิทธิสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพต่อเนื่องจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถหรือบริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่าย โดยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการแจ้งใช้สิทธิพร้อมหลักฐานประกอบ ได้แก่ บัตรประจำตัวประชาชน หรือหลักฐานอื่นใดที่ทางราชการออกให้และมีรูปถ่าย (หากเป็นเด็กใช้สูติบัตร) และสำเนาพ.ร.บ. รถที่ประสบภัย

จากข้อความที่ 4 ข้างต้น

โปรดตอบคำถามเพื่อเติมลงในช่องว่าง โดยกากบาท (X) บนตัวเลือกที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด

- เมื่อประสบภัยจากรถ

22. ค่าใช้จ่ายใน.....ที่เกิดจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่กองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถ

- | | |
|----------------|----------|
| ก. การนับ | |
| ข. การอ่าน | S32..... |
| ค. การโทรศัพท์ | |
| ง. การรักษา | |

23. หรือ เป็นผู้จ่าย ฉันสามารถใช้สิทธิ์ ได้

ก. บริษัทประกันภัย

ก. ปอด

สำหรับผู้จ่าย

ข. สมาชิก

ข. วันที่

ค. ประวัติ

ค. อาหาร

S33.....

ง. น้ำหนัก

ง. บัตรทอง

S34.....

24. การแจ้งใช้สิทธิต้องใช้หลักฐาน 'ได้แก่' และ

ก. บัตรโรงพยาบาล

ก. ทะเบียนบ้าน

ข. บัตรประจำตัวประชาชน

ข. ทะเบียนสมรส

ค. บัตรสมาชิก

ค. ทะเบียนประวัติ

ง. บัตรทอง

ง. สำเนาพ.ร.บ. รถที่ประสบภัย

S35.....

S36.....

ภาคผนวก ข

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิต
สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (N =84)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
1. ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ	5.86	1.48
2. ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ	5.65	1.74
3. ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัว ตามที่ต้องการ	5.65	1.81
4. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้	5.62	1.75
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน		
5. ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้เพื่อนฟังได้	4.23	2.16
6. ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา	3.90	2.26
7. เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริงๆ	3.89	2.17
8. ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	3.56	2.19
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษที่สำคัญ		
9. มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา	4.85	1.84
10. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริงๆ แก่ฉัน	4.58	2.09
11. มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน	4.56	2.18
12. มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้	4.14	2.09

ภาคผนวก ค

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพใน
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (N=84)

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคล		
1. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์พูดเร็วเกินไป	4.4	0.79
2. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ใช้คำพูดที่ยากต่อการเข้าใจ	4.43	0.87
3. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ละเลยในสิ่งที่คุณบอก	4.75	0.54
4. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถูกเบี่ยงเบนความสนใจขณะที่เขาอยู่กับคุณ	4.83	0.51
5. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ดูทำทางเบื่อหน่ายเมื่อคุณถามหลายๆคำถาม	4.83	0.49
6. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ค้นพบสิ่งที่คุณกังวล	1.69	1.01
7. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ปล่อยให้คุณพูดในสิ่งที่คุณคิดว่าสำคัญ	1.92	1.19
8. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ให้ความสำคัญอย่างมากกับความกังวลเรื่องสุขภาพของคุณ	2.87	1.41
9. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์อธิบายผลตรวจ เช่น เจาะเลือด , เอ็กซเรย์ , ตรวจคัดกรองมะเร็ง	3.73	1.17
10. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์อธิบายผลการตรวจร่างกายกระจำจัดเจน	3.7	1.18
11. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้บอกผลที่อาจเกิดขึ้นถ้าคุณไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้คุณ	3.49	1.26
12. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์บอกคุณถึงผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นกับคุณได้จากการรับประทานยา	2.99	1.4
การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล		
13. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถามคุณถึงปัญหาที่จะตามมาจากการแนะนำของแพทย์	2.39	1.34

ข้อคำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
14. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถามถึงความรู้สึกของคุณที่ต้องทำตามคำแนะนำการรักษา	2.39	1.32
15. บ่อยแค่ไหนที่คุณและแพทย์วางแผนการรักษาร่วมกัน	2.05	1.24
16. หากมีตัวเลือกอื่นในการรักษา, บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ถามความต้องการของคุณที่จะช่วยตัดสินใจในการรักษา	1.68	1.2
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล		
17. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์รู้สึกเมตตาคุณ	3.39	1.22
18. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจคุณ	3.51	1.23
19. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์กังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณ	2.99	1.24
20. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์เคารพให้เกียรติคุณในฐานะที่คุณเป็นบุคคลหนึ่งอย่างแท้จริง	4.14	0.92
21. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ปฏิบัติต่อคุณอย่างเท่าเทียมกัน	4.25	0.83
22. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้สนับสนุนเกี่ยวกับระดับการศึกษาของคุณ	4.75	0.69
23. บ่อยแค่ไหนที่แพทย์ได้สนับสนุนเกี่ยวกับรายได้ของคุณ	4.81	0.61
24. เจ้าหน้าที่/พยาบาลพยายามคุยต่อคุณบ่อยแค่ไหน	4.79	0.52
25. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาลพูดคุญกับคุณ	4.93	0.34
26. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาล สร้างความยุ่งยากลำบากแก่คุณ	4.85	0.37
27. บ่อยแค่ไหนที่เจ้าหน้าที่/พยาบาลมีทัศนคติที่ไม่ดีกับคุณ	4.95	0.27

ภาคผนวก ง
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษารื้อกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัว ของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพนิดา จันทรดีแก้วสกุล

สถานที่วิจัย ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สถานที่ทำงาน ศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ. ธนาคารนครหลวงไทย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จังหวัดกรุงเทพมหานคร

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ 083-9723736

ผู้ให้ทุน ไม่มี

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม อันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง แต่การที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมได้นั้น มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ และปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้อาจ

ไม่เกิดประโยชน์แก่ท่านโดยตรง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมโดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะสามารถเป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการโรคได้ด้วยตนเอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายของการรักษา ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จำนวน 87 ราย

การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับ

ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการพูดคุยและทำการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย การดำเนินการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของท่าน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านจะได้รับการขอให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอม หลังจากนั้น ท่านจะได้รับแบบสอบถามจากผู้วิจัย ซึ่งแบบสอบถามที่ท่านจะตอบในการศึกษาครั้งนี้ มี 5 ส่วนจำนวน 126 ข้อ ข้อคำถามประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของท่าน จำนวน 40 ข้อ ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 4 การสื่อสารระหว่างท่านกับทีมสุขภาพ จำนวน 27 ข้อ และส่วนที่ 5 การคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดวัดความเข้าใจในการอ่าน จำนวน 36 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และการคัดกรองความแตกฉานทางสุขภาพเพื่อวัดการอ่านประกอบด้วยคำศัพท์ทางการแพทย์ทั้งหมด 66 คำ เรียงจากง่ายไปหายาก ใช้เวลาอ่าน 3-6 นาที รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 35 นาที

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถามเท่านั้น ดังนั้นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด กับบางคำถามหรืออาจทำให้ท่านรู้สึกว่าเป็นการรบกวนเวลาส่วนตัว หรืออาจทำให้เสียเวลาจากการตอบแบบสอบถาม ซึ่งในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากท่านมีความรู้สึกดังกล่าว ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ ผู้วิจัยจะหยุดให้ทำแบบสอบถามทันที หากระหว่างการตอบแบบสอบถาม ถ้าท่านมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด จะเป็นลมระหว่างทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้ท่านพัก ถ้าพบว่าท่านมีอาการดีขึ้น และสมัครใจให้ข้อมูลต่อจึงจะเก็บข้อมูลเพิ่มเติม แต่ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยอาการไม่ดีขึ้น จะยุติการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน เพื่อให้ท่านได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาตามสิทธิการรักษาของท่าน และตามมาตรฐานของศูนย์บริการสาธารณสุขต่อไป

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อหัวหน้าโครงการวิจัย คือ นางสาวพนิดา จันทร์ดี

แก้วสกุล หมายเลขโทรศัพท์ 083-9723736 ได้ตลอดเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ ไม่เว้นวันหยุดราชการ

การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ และท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือไปจากค่ารักษาพยาบาลตามปกติ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ ห้อง 503 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ 2531,2532 E-mail : ns.irbnursing@gmail.com หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ท่าน สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....

ภาคผนวก จ

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Consent Form)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและ
ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย เช่น เกิด
ความรู้สึกเบื่อหน่าย เสียเวลา อึดอัด ไม่สบายใจ เครียดในการตอบแบบสอบถาม หรือมีอาการเวียน
ศีรษะ หน้ามืด จะเป็นลมระหว่างทำแบบสอบถาม รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิด
อันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีก
ทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
จากการวิจัยขึ้น กับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคุณพินดา จันทรดีแก้วสกุล หัวหน้า
โครงการวิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์ 083-9723736 ได้ตลอดทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ
ไม่ว่าวันวันหยุดราชการ

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ห้อง 503 ชั้น 5 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัด
นครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ 2531,2532 E-mail: ns.irbnursing@gmail.com

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจาก
การเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อ
การบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูล
ส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอ
เป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้
โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/

วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....

(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วม
การวิจัยคือ

..... จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....

(.....)

ภาคผนวก จ

	
CERTIFICATE OF APPROVAL From Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University	
COA No. IRB-NS2016/363.1406	
Title of Project:	FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENT WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION
Project Number:	IRB-NS2016/37.0404RS1
Principle Investigator:	Miss Panida Jandeeakaewsakul
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 9 June 2016 2) Participant Information sheet version date 9 June 2016 3) Consent form version date 9 June 2016 4) Questionnaire version received date 9 June 2016
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Type of Review:	Full Board Review
Date of Approval:	14 June 2016
Date of Expiration:	13 June 2017
Signature of Chair:	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokulchai) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Yajai Sitthimongkol) Dean, Faculty of Nursing
Copyright by Mahidol University	
Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 503 Faculty of Nursing, Mahidol University 999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, THAILAND Tel: (662)-441-5333 Ext. 2531, 2532	

ภาคผนวก ข

	
CERTIFICATE OF APPROVAL	
From Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University	
COA No.IRB-NS2016/363.1406 (Renewal)	
Title of Project:	FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR AMONG PATIENT WITH UNCONTROLLED ESSENTIAL HYPERTENSION
Project Number:	IRB-NS2016/37.0404RS1
Principle Investigator:	Miss Panida Jandeeakaewsakul
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 9 June 2016 2) Participant Information sheet version date 9 June 2016 3) Consent form version date 9 June 2016 4) Questionnaire version received date 9 June 2016
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Type of Review:	Full Board Review
Renewal date(1st):	14 June 2017
Expired date:	13 June 2018
Signature of Chair:	 (Assistant Professor Dr. Wana Phahuwatanakorn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Yujai Sitthimongkol) Dean, Faculty of Nursing
Copyright by Mahidol University	
Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 503 Faculty of Nursing, Mahidol University 999 Phuttamonthon 4 Road, Salaya, Nakhon Pathom 73170, THAILAND Tel: (662)-441-5333 Ext. 2531, 2532	

ภาคผนวก ข



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร หนังสือรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont
Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : บัณฑิตทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้
รหัสโครงการ : U022q/59
หัวหน้าโครงการ : นางสาวพนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล
สถาบันที่สังกัด : สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

(นางวันทนี วัฒนนะ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....055.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 12 กันยายน 2559

หมดอายุ วันที่..... 11 กันยายน 2560

ประเภทของการรับรอง: ☒ ครั้งแรก ☐ แก้ไขโครงการวิจัย ☐ ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า ☒ 1 ปี ☐ 6 เดือน ☐ 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวพนิดา จันทรดีแก้วสกุล
วัน เดือน ปีเกิด	5 กันยายน พ.ศ. 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2550-2554 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2556-2560 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2557- ปัจจุบัน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนคร หลวงไทย สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554-2556 ตำแหน่งพยาบาล ประจำหน่วยตรวจ โรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงาน	ศูนย์บริการสาธารณสุข 20 บมจ.ธนาคารนครหลวงไทย สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
ที่อยู่	29/1 ถนนยุคกล ซอยเฉลิมเขต 2 แขวงเทพศิรินทร์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย 10100 โทร. 02-223-0004 ต่อ 18