

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

A Study of the Relationship between Health Beliefs and
Therapeutic Compliance in Patients with Hypertension



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ปีการศึกษา 2528
กองทะเบียน


17185

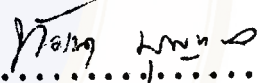
วิทยานิพนธ์

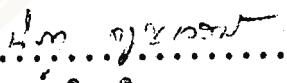
เรื่อง


การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง

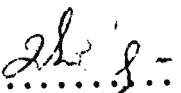
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2528

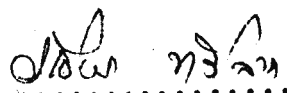

.....
(นางสาว สุภาพ ไบแก้ว)
ผู้เสนอ


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หัตถนา บุญทอง)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์


.....
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิกา จรุงเววสม)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ หิมพงษ์)
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนตรี จุลสมัย)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิเชียร ทวีลาภ)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการใต้การสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง

โดย

นางสาว สุภาพ ไบแก้ว

เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2528 เห็นสมควรอนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง)
ประธานกรรมการ

.....
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิภา จรุงเวสสม)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ ทิมพวงศ)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา)
กรรมการ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนตรี จุลสมัย)

คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ : นางสาว สุภาพ ไบแก้ว
- สถานที่เกิด : จังหวัดสุพรรณบุรี
- ประวัติการศึกษา : ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนต้น
โรงเรียนสงวนหญิง จังหวัดสุพรรณบุรี
ประกาศนียบัตรมัธยมศึกษาตอนปลาย
โรงเรียนกรรณสูตศึกษาลัย จังหวัดสุพรรณบุรี
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต(พยาบาล) และประกาศนียบัตรหลักสูตร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ประวัติการทำงาน : อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- เรื่อง : การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ผู้วิจัย : นางสาว สุภาพ ไบแก้ว
- ระดับปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาล)
- สาขา : การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
- คณะ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผู้ควบคุมการวิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิภา จรุงเวสม์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์
- วัน เดือน ปี : 26 ธันวาคม 2528

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์และศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยตามแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ การทดสอบทีและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความ

ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ปัจจัยร่วม และโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะต่างกัน พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยชายและหญิงมีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 40-60 ปี และสูงกว่า 60 ปี และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ และผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกัน มีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกันมีความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้

Thesis Title : A Study of the Relationship between
Health Beliefs and Therapeutic Compli-
ance in Patients with Hypertension

Author : Miss Supap Baikaew

Degree : Master of Science (Nursing)

Department : Graduate Student in Medical-Surgical
Nursing, Faculty of Nursing

Faculty : Faculty of Graduate Studies,
Mahidol University

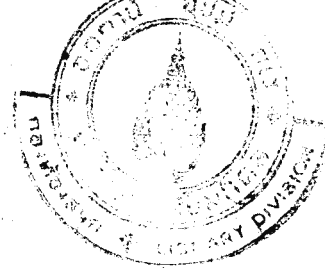
Advisors : Assistant Professor Dr. Tassana Boontong
Professor Nibha Jaroonvesama
Assistant Professor Suthiruth Pimpong

Date of Graduation : December 26, 1985

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between health beliefs and therapeutic compliance in patients with hypertension including factors which influence health beliefs and therapeutic compliance, i.e., sex, age, educational level, economic status, duration of disease and state of disease control.

The samples were composed of 100 patients with essential hypertension, 50 males and 50 females, who attended periodically at least a year in Hypertensive Clinic at Siriraj Hospital. The researcher evaluated each subject



therapeutic compliance by interviewing the patient and evaluating the data from historical record, following the Data of Patient Form and the Therapeutic Compliance Form. Each subject filled out the Health Beliefs Form which could measure six different aspects of health beliefs. Data were analyzed by using means, standard deviation, t-test, oneway analysis of variance and Pearson product moment correlation coefficient to test three hypotheses.

The results revealed that there was positive relationship between general health motivations and therapeutic compliance at the .05 level, but there were not statistically significant relationship between other health beliefs and therapeutic compliance. There were not statistically significant differences of total health beliefs and perceived severity among groups different in sex, age, educational level, economic status, duration of disease and state of disease control at the .05 level. However, there was significant differences of modifying factors among groups different in sex at the .05 level. There was significant differences of perceived barriers among groups different in age at the .05 level, which the subjects whose age less than 40 years had perceived barriers higher than between 40-60 years and more than 60 years. There was significant differences of general health motivations and perceived benefits among groups different in educational

level at the .01 and .05 level respectively and also found that there was significant differences of perceived susceptibility among groups different in state of disease control at the .05 level, which the perceived susceptibility in uncontrolled group was higher than controlled group.

Finally, it was found that there was not statistically significant differences of therapeutic compliance among groups different in sex, age, educational level, economic status and duration of disease at the .05 level, but there was significant differences of therapeutic compliance among groups different in state of disease control at the .01 level, which the therapeutic compliance in controlled group was higher than uncontrolled group.

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิภา จรุงเวสม์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา ท่านคณาจารย์ทั้ง 4 ท่านได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และกำลังใจ ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ จอมจักร จันทรสกุล หัวหน้าแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาอนุญาตให้ทำการวิจัยที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ และพี่สาว รวมทั้งเพื่อน ๆ พี่ ๆ และน้อง ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณ China Medical Board of New York ที่ได้เอื้อเฟื้อทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุภาพ ไบแก้ว

สารบัญเนื้อหา

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญเนื้อหา	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	11
สมมติฐานของการวิจัย	11
ข้อตกลงเบื้องต้น	12
ขอบเขตของการวิจัย	12
ความจำกัดของการวิจัย	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	13
2 วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ	17
ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	38
ความเชื่อค่านิยมสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	43
โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	45

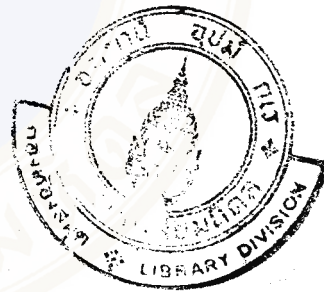
บทที่	หน้า
การควบคุมโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	53
การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	61
3 วิธีดำเนินการวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น	71
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	78
ผลการวิจัย	78
การอภิปรายผล	99
5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	113
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	145
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย	146
ภาคผนวก ข. แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา	149
ภาคผนวก ค. แบบสอบถามความเชื่อค่านิยมสุขภาพ	154
ภาคผนวก ง. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	163

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | แบบแผนความเชื่อค่านิยมที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหา | 21 |
| 2 | แบบแผนความเชื่อค่านิยมตามสมมติฐานของเบคเคอร์ และ
ไมแมน เพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือ | 37 |
| 3 | แบบแผนความเชื่อค่านิยมที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการให้ความ
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง | 46 |



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2521-2525	3
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ	78
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายใน การรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน โลหิตสูง และภาวะควบคุมโรค	80
4	คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่ม ตัวอย่าง	82
5	ความร่วมมือในการรักษาแบ่งตามความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	83
6	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายกับเพศหญิง	84
7	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี, 40-60 ปีและสูงกว่า 60 ปี	85
8	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการ ปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน	87
9	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และ อุดมศึกษาขึ้นไป	88
10	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	90

ตารางที่	หน้า	
11	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	91
12	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท, 3,000-5,000 บาท และสูงกว่า 5,000 บาท	92
13	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคนาน 1-5 ปี, 6-10 ปี และนานกว่า 10 ปี	94
14	เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้กับควบคุมโรคไม่ได้	96
15	ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน	97
16	ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา	98

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพอย่างหนึ่งที่มีอันตราย ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูงได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้หลายประการตามมาภายหลัง และเนื่องจากส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูงนี้เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้อาจมักจะเป็นมาก และมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว¹ จากการศึกษาของบุญรอด เล็กศิริไล และวิโรจน์ สิงห์สุสาหะ² เกี่ยวกับ "สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันเลือดสูง" โดยวิเคราะห์จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับไว้ในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2517-2519 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรวม 601 คน เป็นชาย 369 คน หญิง 232 คน

¹ควงมณี วิเศษกุล, "โรคความดันโลหิตสูง," โรคและอาหารเฉพาะโรค, (พิมพ์ครั้งที่ 3; กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2525), หน้า 77.

²บุญรอด เล็กศิริไล และวิโรจน์ สิงห์สุสาหะ, สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันเลือดสูง, (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520), หน้า 7.

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยดังนี้

โรคหลอดเลือดของสมอง	205 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหัวใจ	171 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเรตินา	146 คน
ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับไต	55 คน

สาเหตุการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ

โรคหลอดเลือดของสมอง	86 คน
โรคหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน	8 คน
โรคไตวายเรื้อรัง	8 คน
โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน	1 คน

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้นส่วนมากจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยในผู้ป่วยดังกล่าวคือ โรคหลอดเลือดของสมอง และเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบได้บ่อย¹ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลถึงความสูญเสียทั้งทางด้านการเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และทรัพยากรบุคคลก่อนถึงเวลาอันสมควร ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นการรักษาที่ต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลา

¹Margaret Boyle Marcinek, "Hypertension: What It Does to the Body," American Journal of Nursing, 80, No.5 (May, 1980): 928.

ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเป็นกันมากขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) จากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2521-2525 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเพิ่มมากขึ้นทุกปีดังนี้

พ.ศ.	จำนวน(คน)		รวม
	ชาย	หญิง	
2521	92	105	197
2522	98	126	224
2523	133	140	273
2524	134	140	274
2525	141	159	300

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2521-2525

ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด^{1,2} จึงเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญประการหนึ่งที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกฝ่ายจำเป็นต้องร่วมมือกัน เพื่อให้คำแนะนำและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องสามารถควบคุมโรคได้คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่ก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้³ ซึ่งการควบคุมโรคจะได้ผลเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ การควบคุมดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ด้วยเหตุนี้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง หรือปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ลดลงสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว

เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมอาการของโรคเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคของหลอดเลือดในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเมื่อปรากฏพยาธิสภาพขึ้นแล้วจะเป็นพยาธิสภาพที่ถาวรไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต ตลอดจน

¹Sandra V. Anderson and Eleanor E. Bauwens, Chronic Health Problems: Concepts and Application, (London: C.V. Mosby, 1981), p. 77.

²Shirley Coggins Mason, Hypertension Care: A Guide for Patient Education, (Norwalk: Appleton Century Crofts, 1982), p. 76.

³Marcinek, Op.cit., p. 929.

การปรับตัวให้เข้ากับภาวะของโรคที่เป็นอยู่ให้นานที่สุด¹ ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงให้ได้ก็นั้นต้องมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอในเรื่องต่อไปนี้คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตบางอย่างที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ และอาจเป็นเวลานานตลอดชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนี้ บุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่สุดก็คือ ตัวผู้ป่วยเอง² แพทย์และพยาบาลเป็นเพียงผู้ที่มีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด การปฏิบัติตนของผู้ป่วยตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เป็นส่วนสำคัญของการรักษาพยาบาล และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตโดยตรง ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามแผนการรักษาแล้ว อาจเกิดผลเสียได้หลายประการพอสรุปได้ดังนี้คือ

- 1) ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รบกวนการดำรงชีวิต
- 2) ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และเวลา
- 3) ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่

¹Marvin Moser, "Hypertension: How Therapy Works," American Journal of Nursing, 80, No.5(May, 1980): 937.

²Graham W. Ward, Patricia Bandy and Janis W. Fink, "Treating and Counseling the Hypertensive Patient," American Journal of Nursing, 80, No.5(May, 1980): 825.

กรรมไ้เร็วขึ้น ¹

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทั่วไป หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับ พบว่า ส่วนใหญ่มีความร่วมมืออยู่ในระดับต่ำ คือ มีผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่ง หนึ่งของผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด ^{2,3} อาจกล่าวได้ว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน จากรายงานการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ก็พบว่าอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ฟอสเตอร์ และเคาส์ (Foster and Kousch) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

¹U.S.Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents, "Effect of Treatment on Morbidity in Hypertension Part II: Results in Patient with Diastolic Blood Pressure Averaging 90 Through 114 mmHg.," The Journal of American Medical Association, 213, No.7(August, 1970): 1143-1152.

²Richard F. Gillum and Arthur I. Barsky, "Diagnosis and Management of Patient Noncompliance," The Journal of American Medical Association, 228, No.6(June, 1974): 1563.

³Mary Vesta Marston, "Compliance with Medical Regimens: A Review of the Literature," Nursing Research, 19, No.4(July-August, 1970): 312.

สูงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาถึงร้อยละ 50 และมีเหตุผลเนื่องมาจาก 1) แรงจูงใจ
 ด้านสุขภาพต่ำ 2) ขาดความเข้าใจในแผนการรักษา 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับ
 ผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่ดี 4) มีปัญหาเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร 5) การรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง
 เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรก
 ซ้อน 6) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการ ทำให้ขาดสิ่งชักนำในการปฏิบัติ
 เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ¹ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et.al.) ได้ศึกษา
 ปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการติดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพอจะ
 สรุปสาเหตุของปัญหานี้ได้ 3 ประการคือ สาเหตุทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประสบการณ์
 ที่ได้รับขณะรับการรักษา และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ตลอดจนการรับรู้และความเข้าใจ
 เกี่ยวกับโรคและการรักษา² นอกจากนี้ ลอง และคณะ (Long, et.al.) ได้ศึกษา
 ถึงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามรับการรักษาพอสรุปได้ดังนี้คือ 1) โรคความ
 ดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกส่วนมากไม่มีอาการชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองมีสุขภาพดี
 หรือหายจากการเจ็บป่วยนั้นแล้ว จึงหยุดการรักษา 2) ผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเอง
 หึ่งนี้เนื่องจากความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาที่รักษาอยู่ 3) ผู้ป่วยให้
 ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี อาจมีเหตุผลที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ความ

¹Sue B. Foster and Deborah Kousch, "Adherence to Therapy in Hypertensive Patients," Nursing Clinics of North America, 16, No.2(June, 1981): 331.

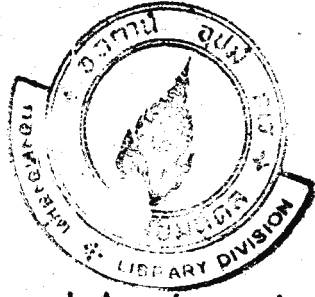
²John R. Caldwell, et.al., "The Dropout Problem in Antihypertensive Treatment," Journal of Chronic Disease, 22, No.8(August, 1970): 579-592.

ซึ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา ความไม่พร้อมของผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและ ความเจ็บป่วยในขณะนั้น เป็นต้น ¹

แมทธิวส์ และฮิงสัน (Matthews and Hingson) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นั้น มักจะเป็นผู้ที่ไม่สนใจต่อความรุนแรงที่เกิดจากความผิดปกติต่างๆของร่างกาย เช่น ความพิการ หรือภาวะคาง ๆ ที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต และความร่วมมือจะน้อยลงเมื่อ โรคนั้น ๆ อยู่ในระยะที่ไม่แสดงอาการ หรือผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตใจร่วมด้วย ดังนั้นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหรือมีอาการรุนแรงกว่าน่าจะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า แต่ก็มีอุปสรรคบางประการที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้ความร่วมมือได้ยากลำบาก เช่น ผู้ป่วยมักถูกจำกัดกิจกรรมหลาย ๆ อย่าง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกหมกหมองและท้อแท้ เนื่องจากการรักษาที่ผ่านมาไม่ได้ผลดีเท่าที่คาดหวัง ดังนั้นความเจ็บป่วยที่รุนแรง อาการ เจ็บปวด หรือภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ผู้วิจัยหลายท่านให้ความสนใจคือ ลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งยังไม่มีผู้ใด สามารถชี้ให้เห็นชัดเจนไปได้ว่ามีผลต่อความร่วมมือหรือไม่ จากรายงานที่ปรากฏพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยกับฐานะทางสังคม อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ² นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และ

¹Madeleine L. Long, et.al., "Hypertension: What Patients Need to Know," American Journal of Nursing, 76, No.5(May, 1976): 768.

²Daryl Matthews and Ralph Hingson, "Improving Patient Compliance: A Guide for Physicians," Medical Clinics of North America, 61, No.4(July, 1977): 879-880.



ความเข้าใจในแผนการรักษายังเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย¹ แซคเคตต์ และคณะ (Sackett, et.al.) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้และคำแนะนำอย่างมีแบบแผนเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน ไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน² นอกจากนี้ แมทธิวส์ และฮิงสัน (Matthews and Hingson) ยังได้กล่าวว่า สิ่งที่มีความแน่นอนมากกว่าในการทำนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยคือ 1) ลักษณะแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาที่ผู้ป่วยยึดถือ และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา³

ในระยะ 20 ปีเศษที่ผ่านมา นักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแบบแผนโมเดลที่แตกต่างกัน เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลแบบแผนที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อค้ำสุขภาพ (Health Belief Model) ไมแมน และคณะ (Maiman, et.al.) ได้กล่าวถึงโมเดลของแบบแผนความเชื่อค้ำสุขภาพไว้ว่า บุคคลจะกระทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ ดังนี้คือ 1) โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย 2) ความรุนแรงที่จะเกิดตามมาเนื่องจากความเจ็บป่วยนั้น 3) ผลที่ได้รับ

¹Mason, Op.cit., p. 55.

²David L. Sackett, et.al., "A Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension," The Lancet, 1 (May, 1975): 1205.

³Matthews and Hingson, Op.cit., pp. 880-881.

จากการปฏิบัติตามคำแนะนำมีประสิทธิภาพในการป้องกัน หรือลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคได้มากน้อยเพียงใด และ 4) มีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติด้วย ¹

จะเห็นว่าความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับการควบคุมโรค เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการให้บริการต่อสังคมในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค และให้การพยาบาลแก่ประชาชนที่เจ็บป่วย การพยาบาลที่ให้นี้จะต้องให้แบบคนทั้งคน คือ ต้องคำนึงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอยู่เสมอ นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงสามารถเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม จากแบบแผนมโนทัศน์ของความเชื่อด้านสุขภาพได้ระบุว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นในการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาหรือควบคุมโรค โดยสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง พยาบาลควรตระหนักถึงความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นหรือภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้น ประโยชน์ของการรักษาที่ได้รับ อุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมความร่วมมือใน

¹Lois A. Maiman, et.al., "Scales for Measuring Health Belief Model Dimensions: A Test of Predictive Value, Internal Consistency and Relationships among Beliefs," Health Education Monographs, 5, No.3(Fall, 1977): 216.

การรักษา ดังนั้นการตระหนักถึงความเชื่อค่านิยมสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเข้าใจถึง ปัญหาและความต้องการที่ตรงกับสภาวะความเป็นจริงของผู้ป่วย สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์ และทำนายทิศทางพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงจำนวนไม่น้อยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อน ตลอดจนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจที่จะศึกษาว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพอย่างไร และ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับความร่วมมือในการรักษา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคแตกต่างกัน จะมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคแตกต่างกัน จะให้ความร่วมมือ

ในการรักษาแตกต่างกัน

3. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการรักษาหรือควบคุมโรคมาแล้วจากแพทย์หรือพยาบาล

2. สิ่ง que ผู้ป่วยบอกเล่าเป็นความจริง และเชื่อถือได้

3. ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและบ่งบอกสภาพของผู้ป่วยจริง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ความจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีความจำกัดบางประการ เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมองค์ประกอบบางอย่าง ได้แก่ ประสบการณ์ส่วนตัวที่แตกต่างกัน เช่น ความเจ็บป่วยในอดีต ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประสบการณ์ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสังคม ตลอดจนการอบรมเลี้ยงดูอาจมีผลต่อความเชื่อค่านิยมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาหรือควบคุมโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ความเชื่อค่านิยม และปัจจัยทางค่านิยมเศรษฐกิจและสังคมบางประการ
2. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำเอามโนทัศน์ความเชื่อค่านิยม และความร่วมมือในการรักษามาเป็นส่วนร่วมในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และเป็นการลดปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยด้วย
3. เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาพยาบาล โดยนำเอามโนทัศน์ความเชื่อค่านิยม และความร่วมมือในการรักษาพยาบาลสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจถึงมโนทัศน์ที่เป็นเป้าหมายสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่
4. เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนรับผิดชอบในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจในพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เป็นผลให้เจ้าหน้าที่สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
5. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษารวบรวมเกี่ยวกับความเชื่อค่านิยม และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในประเด็นอื่นต่อไป เพราะมโนทัศน์ทั้งสองนี้เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญทางการพยาบาล สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

2. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อในค่านิยมแรงจูงใจค่านิยมสุขภาพ โดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้ "แบบวัดความเชื่อค่านิยมสุขภาพ" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยคัดแปลงและเรียบเรียงจากเครื่องมือวัดความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ ไมแมน และคณะ (Maiman, et.al.)¹ สร้างขึ้น และอาศัยแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker)² เป็นพื้นฐาน ความหมายของความเชื่อค่านิยมต่าง ๆ มีดังนี้

2.1 แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง ความสนใจ หรือความห่วงใยสุขภาพตนเองของผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี

2.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตรายเป็นต่าง ๆ จากโรคความดันโลหิตสูง

¹Maiman, et.al., Loc.cit.

²Marshall H. Becker, "The Health Belief Model and Sick Role Behavior," Health Education Monographs, 2, No.4(Winter, 1974): 409-414.

2.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

2.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายและความรุนแรงของโรคได้

2.5 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลในการชักชวนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

2.6 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ หมายถึง ความพอใจหรือความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

3. ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อวัตถุประสงค์ในการควบคุมโรค ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาโดยการให้คะแนนการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร ซึ่งรวมถึงการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด จากแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. การควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดโดยพิจารณาจากดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (Body mass index)

4.1 ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ มีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง ¹

¹Eoin O'Brien and Kevin O'Malley, High Blood Pressure: What It Means for You and How to Control It, (London: Martin Dunitz Limited, 1982), p. 51.

4.2 ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักได้ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ของดัชนีน้ำหนักของร่างกาย คือ มีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายอยู่ระหว่าง 25-27 ในเพศชาย และ 24-26 ในเพศหญิง

4.3 ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำหนักได้ไม่ดี หมายถึง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ปกติมากกว่าร้อยละ 20 ของดัชนีน้ำหนักของร่างกาย(คนอ้วน)¹ คือ มีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายมากกว่า 27 ในเพศชาย และมากกว่า 26 ในเพศหญิง

5. ระยะเวลาที่เป็นโรค หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจนถึงปัจจุบัน โดยแบ่งระยะเวลาที่ศึกษาออกเป็น 3 ช่วงคือ 1-5 ปี, 6-10 ปี และนานกว่า 10 ปี

6. ภาวะควบคุมโรค หมายถึง ภาวะที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

6.1 ภาวะควบคุมโรคได้ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากับหรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

6.2 ภาวะควบคุมโรคไม่ได้ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

¹Sandra L. Underhill, et.al., Cardiac Nursing, (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1982), p. 616.

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน
5. การควบคุมโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
6. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

1. แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ (Health belief model)

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล ซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้¹ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไรก็ตาม ความเชื่อ นั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ๆ โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ

¹จรรยา สุวรรณพัทธ์, "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก," เอกสาร การสอนชวศึกษาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู, (หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2526), หน้า 814.

ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้¹ ความรู้สึกนึกคิดนี้เป็นผลเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ มาแล้ว ไม่ว่าจะประสบการณืนั้น จะได้รับมาโดยทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม และความรู้สึกนึกคิดนี้จะฝังแน่นอยู่ในจิตใจแล้ว ทำให้เกิดความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้น ๆ ขึ้น ซึ่งความเชื่อและความเข้าใจนี้จะมีบทบาทสำคัญในการวางหลักแห่งการกระทำ หรือวางกรอบความคิดเห็นในค่านต่าง ๆ ของบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับปรุงพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย²

ความเชื่อค่านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา³ เมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม⁴

¹ Milton Rokeach, Belief, Attitude and Value: A Theory of Organization and Change, (Sanfrancisco: Jossey Bass, 1970), p. 214.

² สุธีรา อายุวัฒน์, ความเชื่อและการเจ็บป่วย, (พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนิษฐการพิมพ์, 2527), หน้า 1-2.

³ Wilma J. Phipps, Barbara C. Long and Nancy F. Woods, Medical-Surgical Nursing, (2 nd ed.; Saint Louis: C.V. Mosby, 1983), p. 127.

⁴ ประภาเพ็ญ สุวรรณ, ทัศนคติ: การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย, (พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ที่ระพินา, 2526), หน้า 30.

ในระยะเวลา 20 ปีเศษที่ผ่านมา นักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้เสนอแบบแผนมโนทัศน์ที่ต่างกันไป เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลแบบแผนที่ได้รับการยอมรับและมีผู้นำมาใช้อย่างแพร่หลาย คือ "แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ" องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนนี้ใช้ตัวแปรทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงหรือภาวะที่ไม่มีความแน่ใจ พฤติกรรมอนามัยของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับ การเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับ และผลที่ได้จากการกระทำของตน¹ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมค่านิยมสุขภาพอนามัยใด ๆ นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ 1) แรงจูงใจให้หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือวิธีทำให้สบายใจขึ้น 2) ความต้องการมีสุขภาพดี และ 3) ความเชื่อว่า พฤติกรรมอนามัยนั้น ๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้² ระยะแรกแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพสร้างขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การทดสอบเพื่อค้นหาโรค และการมารับภูมิคุ้มกันโรค โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของ ลีวิน (Lewin's motivation theory) มีสมมติฐานว่า บุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่แสวง

¹Marshall H. Becker and Lois M. Maiman, "Socio behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations," Medical Care, 13, No.1 (January, 1975): 11.

²Marshall H. Becker, et.al., "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment," Journal of Health and Social Behavior, 18, No.12(December, 1977): 349.

หากการดูแลเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจร่างกายประจำปี ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ นอกจากจะรับรู้ว่าคุณอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้นแรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เหล่านี้ จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ จึงไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตาม คำแนะนำที่ได้รับ¹

โรเซนสต็อก (Rosenstock) ได้กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคว่า บุคคลที่สามารถปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น ต้องมีความเชื่อกังต่อไปนี้ คือ 1) เชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น 2) เชื่อว่าเมื่อเกิดเป็นโรคนั้นจะทำให้เกิดความรุนแรง และมีผลกระทบกระเทือนการดำรงชีวิตประจำวัน และ 3) เชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นประโยชน์ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้วก็สามารถลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้² ต่อมา เบคเคอร์ (Becker) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ เพื่ออธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 ซึ่งใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค มีส่วนประกอบสำคัญดังนี้³

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็น

¹Becker and Maiman, Op.cit., p. 12.

²Irwin M. Rosenstock, "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs, 2, No.4 (Winter, 1974): 330.

³Becker and Maiman, Loc.cit.

ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดการกระทำ คือ การรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอนามิซของคน โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่จะสามารถปฏิบัติได้ และผลที่จะได้รับในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค ทั้งนี้บุคคลจะต้องไตร่ตรองถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัว

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อารมณ์ความเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) และสื่อสารมวลชนต่าง ๆ (Mass media communications)

ตัวแปรที่สำคัญในแบบแผนความเชื่อต้านสุขภาพมีดังนี้คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility)

นักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันปัญหาทางสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ไม่ได้ให้ความร่วมมือในการมาตรวจสุขภาพพันมากกว่า บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ¹ ในกรณีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

¹Ibid., p. 13.

แน่นอนแล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนไปจากเดิมที่ยังไม่ทราบว่า เป็นโรค สามารถวัดได้ 3 ทางคือ ^{1,2}

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ เมื่อเป็นเช่นนี้จะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคของบุคคลต่อความเจ็บป่วยผิดไป

1.2 ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองอยู่ในโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้อีก หรือมีโอกาสกลับเป็นโรครซ้ำได้มากขึ้น

1.3 ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความร่วมมือในการรับประทานยา ไฮน์เซลมานน์(Heinzelmann) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติเป็นไขรูห์มาติก (Rheumatic fever) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆที่จะตามมา ³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลลิง และคณะ (Elling, et.al.) ที่พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับ

¹Loc.cit.

²Becker, Op.cit., p. 410.

³Fred Heinzelmann, "Factors in Prophylaxis in Treating Rheumatic Fever: An Exploratory Study," Journal of Health and Human Behavior, 3, 1962, Cited by Marshall H. Becker, Loc.cit.

โอกาสเป็นโรคไขุ้รุมำคคของบุตรค้คอีก ม้ควำมสัมพันธ์ทำงบวกับควำมร่วมมือท้งการให้ชำเพนนิชิลิน และการพำบุตรมำตรวคตำนค้ 1 ค้จำกการศ้กษำของ กอร์ค้ส และคณะ (Gordis, et.al.) พบวำมีผลในทำงลบ ค้ค มำรคาค้ที่เช้ควำบุตรของคณมีโอกำสเป็นไขุ้รุมำคคค้คอีกน้ัน ให้ควำมร่วมมือในการให้ชำเพนจ้รอยละ 58 และจ้รอยละ 73 ม้ให้ควำมร่วมมือในการให้ชำ 2 นอกจำกน้ี เบคเคอร์ และคณะ(Becker, et.al.) พบวำ มำรคาค้ที่ม้ควำมรู้ส้กวำบุตรของคณเส้ียงค้คการเก้คการเจ็บป่วยเจ้ียบพลัน เช่น การอ้คเสบของหุ้ช้กกลาง ให้ควำมร่วมมือในการคู้แลการให้ชำและการพำบุตรมำตรวคตำนค้คมำกกวำกลุ่มมำรคาค้ที่ม้ค้คยตระหน้กถ้ง 3

¹R. Elling, R. Whittemore and M. Green, "Patient Participation in a Pediatric Program," Journal of Health and Human Behavior, 1, 1962, Cited by Marshall H. Becker, Loc.cit.

²Leon Gordis, Milton Markowitz and Abraham Lilienfeld, "Why Patients Don't Follow Medical Advice: A Study of Children on Long-Term Antistreptococcal Prophylaxis," Journal of Pediatrics, 75, No.6(December, 1969): 957-968.

³Marshall H. Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations," American Journal of Public Health, 64, No.3(March, 1974): 205-216.

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยจะไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม ตัวแปรนี้มีความหมายไปในค่านิยมรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วย มากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ^{1,2,3,4}

¹Milton S. Davis, "Physiologic, Psychological and Demographic Factors in Patient Compliance with Doctors' Orders," Medical Care, 6, No.2(March-April, 1968): 115-122.

²Mary E. MacDonald, Katherine L. Hagherg and Burton J. Grossman, "Social Factors in Relation to Participation in Follow-Up Care of Rheumatic Fever," Journal of Pediatrics, 62, No.4(April, 1963): 503-513.

³Walter J. Johannsen, George A. Hellmuth and Thomas Sorauf, "On Accepting Medical Recommendation," Archives Environmental Health, 12, No.1(January, 1966):63-69.

⁴Evan Charney, et.al., "How Well Do Patients Take Oral Penicillin: A Collaborative Study in Private Practice," Pediatrics, 40, No.2(August, 1967): 188-195.

อย่างไรก็ตามมีรายงานการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายอยู่ในระดับสูง สามารถทำนายความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยของฟัน¹ และการป้องกันอุบัติเหตุ² จากการศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเป็นอย่างดีเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อว่า โรคไขุรุมมาติกเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ³ กอร์ดิส และคณะ (Gordis, et.al.) พบว่า มารดาที่มีความเชื่อว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคไขุรุมมาติกเป็นสิ่งที่อันตรายต่อบุตรของตน ให้ความร่วมมือร้อยละ 44 และร้อยละ 25 ไม่ให้ความร่วมมือ⁴ ชาร์นีย์ และคณะ (Charney, et.al.) ได้สรุปว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของมารดามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลสุขภาพให้บุตร⁵ เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et.al.) และฟรานซิส และคณะ (Francis, et.al.) ได้รายงานผลการศึกษาไว้เช่นเดียวกันว่า

¹Rosalie H. Tash, Robert M. O'Shea and Lois K. Cohen, "Testing a Preventive Asymptomatic Therapy of Dental Health Behavior," American Journal of Public Health, 59, No.3(March, 1969): 514.

²Edward A. Suchman, "Preventive Health Behavior: A Model for Research on Community Health Campaigns," Journal of Health and Social Behavior, 8, No.2(June, 1967): 197.

³Heinzelmann, Op.cit., p. 411.

⁴Gordis, Markowitz and Lilienfeld, Loc.cit.

⁵Charney, et.al., Loc.cit.

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในด้านการรับ
 ประทานยา และการมาตรวจตามนัด ^{1,2} นอกจากนี้ เนลสัน และคณะ (Nelson,
 et.al.) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของการรับรู้ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรค
 ความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง ให้ความ
 ร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงนี้จะมีควา
 มรุนแรง ³

จากรายงานการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือใน
 การรักษาจะเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้โรคหรือภาวะความเจ็บป่วยนั้น ๆ จะทำให้เกิดความรุนแรง
 ต่อร่างกายและฐานะทางสังคมของตน แต่ก็ไม่ได้เป็นเช่นนี้เสมอไป จากการศึกษาของ
 แอนดรีโอลิ (Andreoli) เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
 สูง พบว่า ความเชื่อค่านิยมของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือ ไม่มี
 ความแตกต่างกันทั้งในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค
 และประโยชน์ของการรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า อาจมีปัจจัยทางค่านิยมใจอย่างอื่น

¹Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations," Loc.cit.

²Vida Francis, et.al., "Gaps in Doctor-Patient Communication," The New England Journal of Medicine, 280, No.10(March, 1969): 535-540.

³Eugene C. Nelson, et.al., "Impact of Patients on Compliance with Treatment for Hypertension," Medical Care, 16, No.11(November, 1978): 903.

ที่มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย¹ เบคเคอร์(Becker) ได้สรุปไว้ว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางค่านิยมวิชาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัว และความวิตกกังวลสูงเกินไป²

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เอลลิง และคณะ (Elling, et.al.) และไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ได้ศึกษาพบว่า ความเชื่อที่ว่ายาเพนนิซิลินสามารถป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคไขรูห์มาติกโคئنัน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา^{3,4} เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et.al.) พบว่า ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษาสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และความเชื่อใน

¹Kathleen G. Andreoli, "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients," Nursing Research, 30, No.6(November-December, 1981): 327.

²Becker, Op.cit., p. 412.

³Elling, Whittemore and Green, Op.cit., 412.

⁴Heinzelmann, Op.cit., p. 412.

ความสามารถของแพทย์ในการรักษาความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมาตรวจตามนัด¹ มีเพียงการศึกษาของ กอร์ดิส และคณะ (Gordis, et.al.) เท่านั้นที่ให้ผลในทางลบคือพบว่า ความเชื่อในประสิทธิภาพของยาในการป้องกันการเกิดโรคร้าย² ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย² นอกจากนี้โดนาเบดีอัน และโรเซนเฟลด์ (Donabedian & Rosenfeld) ได้ศึกษาพบว่า ความสงสัยเกี่ยวกับคำแนะนำในการปฏิบัติเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับซึ่งเหมาะสมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น³ กาบรีเอลสัน และคณะ (Gabrielson, et.al.) พบว่า บิคมารคาที่มีความไว้วางใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ระดับวิชาชีพให้ความร่วมมือในการพบแพทย์ซึ่งอยู่ในวัยเรียนมาตรวจตามนัด⁴

ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติตนเป็นตัวแทนที่สำคัญ

¹Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations," Loc.cit.

²Gordis, Markowitz and Lilienfeld, Loc.cit.

³Avedis Donabedian and Leonald S. Rosenfeld, "Follow-Up Study of Chronically Ill Patients Discharged from Hospital," Journal of Chronic Disease, 17, No.9 (September, 1964): 847-862.

⁴Ira W. Gabrielson, Lowell S. Levin and Margaret D. Ellison, "Factors Affecting School Health Follow Up," American Journal of Public Health, 57, No.1(January, 1967): 48-59.

สามารถทำนายพฤติกรรมกรไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคโปลิโอจะไม่ยอมรับการฉีควัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ถ้าการฉีควัคซีนนั้นยังไม่มีความปลอดภัย และความกลัว ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อป้องกันสุขภาพของพื้นที่สูง มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความ ร่วมมือในการรักษา ¹

4. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษา แรงจูงใจนี้หมายถึง ความแตกต่างของอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าที่ต่างกัน สิ่งเร้าในที่นี้หมายถึง เรื่องราวทางคำสนุภาพอนามัย เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัยโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ในทางบวก เป็นต้น ในขณะที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจคำสนุภาพจะมีส่วนหลักกันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดออกมาในรูปของความต้องการ ความตั้งใจ หรือความร่วมมือที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ² บุคคลที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ ย่อมแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ³

¹Becker, and Maiman, Op.cit., p. 16.

²Ibid, p. 17-18.

³Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Behavior in Low-Income Populations," Loc.cit.

จากการศึกษาของ เดวิส (Davis) พบว่า ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกไม่เคยมีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาถึงร้อยละ 40¹ นอกจากนี้ อัลเพอร์ท (Alpert) ได้ศึกษาถึงการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก ได้ผลทำนองเดียวกันคือ ผู้ป่วยไม่เคยมีความตั้งใจในการกลับมาตรวจตามนัด²

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่กล่าวมา เป็นตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะเจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่าง ๆ ความเชื่อเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจของผู้ป่วยว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำใด่มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย ได้แก่

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ (Patient-Practitioner relationship)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย แมทธิวส์ และฮิงสัน (Matthews & Hingson) กล่าวว่า โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีความพอใจในแพทย์ผู้รักษา และแผนการรักษา จะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และโคัสสรุปว่า ผู้ป่วยที่

¹Davis, "Physiologic, Psychological and Demographic Factors in Patient Compliance with Doctors' Orders," Loc.cit.

²Joel J. Alpert, "Broken Appointments," Pediatrics, 34, No.1(July, 1964): 127-132.

ขาดความร่วมมือในการรักษามักจะพบในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ แพทย์ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยไม่ได้อธิบายเหตุผลให้เข้าใจชัดเจน มีความตึงเครียดในการสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยรู้สึกว่าความคาดหวังของคุณไม่ประสบความสำเร็จ หรือรู้สึกว่าแพทย์ไม่มีความเป็นกันเอง¹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เดวิส (Davis) ที่พบว่า รูปแบบของการสื่อสารที่ผิดแปลกไปจากปกติระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา มีส่วนทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองของแพทย์ การสั่งหรือบังคับผู้ป่วย ความไม่เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้มีการซักถามเพื่อความเข้าใจ² นอกจากนี้ ฟรานซิส และคณะ (Francis, et.al.) ได้รายงานว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรตามคำแนะนำที่ได้รับเป็นอย่างดี เมื่อมีความพอใจในการพบแพทย์ครั้งแรก การได้รับความเป็นกันเองจากแพทย์ ความรู้สึกว่าแพทย์เข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองมีความไม่สบายใจ³ และยังพบว่า การขาดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา

¹ Matthews and Hingson, Op.cit., pp. 881-882.

² Milton S. Davis, "Variations in Patients' Compliance with Doctors' Advice: An Empirical Analysis of Patterns of Communication," American Journal of Public Health, 58, No.2 (February, 1968): 274-288.

³ Barbara M. Korsch, Ethel K. Gozzi and Vida Francis, "Gaps in Doctor-Patient Communication: I Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction," Pediatrics, 42, No.5 (November, 1968): 855-871.

ความไม่เข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และสาเหตุการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา ¹

2. ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา(Physician continuity)

ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ชาร์นีย์ และคณะ (Charney, et.al.) พบว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นเมื่อบุตรได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์ ² เบคเคอร์ และคณะ(Becker, et.al.) พบว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษาและการหาบุตรมาตรวจตามนัดในคลินิกที่มีแพทย์ซึ่งเป็นผู้เคยทำการตรวจรักษาบุตรของตนมาก่อน และโดยทั่วไปมารดาจะพาบุตรมาพบแพทย์คนเดิมเมื่อต้องการมาตรวจอีกครั้ง ³

3. ปัจจัยทางสังคม(Social factors)

ปัจจัยทางสังคมเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะพบว่าเพื่อน และสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เบคเคอร์ และไมแมน (Becker & Maiman) ใ้ข้ออ้างถึงการศึกษาของแลมเบอ์ท(Lambert) ที่ชี้ให้เห็นว่าเพื่อน และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้กระตุ้นให้

¹Francis, et.al., Loc.cit.

²Charney, et.al., Loc.cit.

³Marshall H. Becker, et.al., "Predicting Mothers' Compliance with Pediatric Medical Regimens," Journal of Pediatrics, 81, No.4(October, 1972): 843-853.

บุคคลไปตรวจสุขภาพฟันประจำปี¹ นอกจากนี้จากรายงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ทพบว่า เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการไปรับภูมิคุ้มกันโรค² การออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ³ และการรับประทานยาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจในแผนกผู้ป่วยนอก⁴

4. ตัวแปรด้านประชากร (Demographic variables)

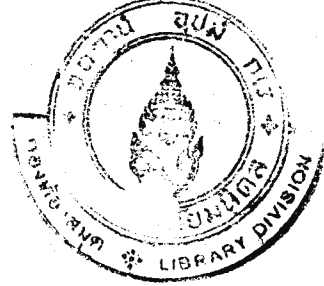
อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ป่วยอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ถึงแม้ว่าจากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านรายงานว่า อายุ

¹Becker and Maiman, Op.cit., p. 19.

²Robert M. Gray, Joseph P. Kesler and Philip M. Moody, "Effects of Social Class and Friends' Expectation on Oral Poliovaccination Participation," American Journal of Public Health, 56, No.12(December, 1966): 2028-2032.

³Fred Heinzelmann and Richard W. Bagley, "Response to Physical Activity Program and Their Effects on Health Behavior," Public Health Report, 85, No.10 (October, 1970): 905-911.

⁴R.C. Willcox, R. Gillian and E.H. Hare, "Do Psychiatric Out Patients Take Their Drug," British of Medical Journal, 2, No.5465(October, 1965): 790-792.



เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคม ไม่มี ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยก็ตาม¹ แต่การศึกษาของ แบลคเวลล์ (Blackwell) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างสำคัญต่อการไม่ให้ความร่วมมือ และความผิดพลาดเกี่ยวกับการรับประทานยา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยส่วนมากจะปฏิเสธ การรับประทานยามีรสไม่เค็ม เช่น รสชม และพบว่า ความหลงลืมหรือความไม่สนใจ ตนเองของผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัญหาที่ทำให้ขาดความร่วมมือได้บ่อยครั้ง²

ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความร่วมมือ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ได้กล่าวว่า ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการ ศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย และผู้ที่มีรายได้น้อยจะให้ความ ร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock, et.al.) ที่พบว่า มารดาที่มีรายได้น้อยจะมีพฤติกรรมความร่วมมือ

¹Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations," Loc.cit.

²Barry Blackwell, "Drug Therapy: Patient Compliance," The New England Journal of Medicine, 289, No.5(August, 1973): 249.

³Stanislav V. Kasl and Sidney Cobb, "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior," Archives Environmental Health, 12, No.2(February, 1966): 250-251.

ในการป้องกันโรคน้อยกว่ามารดาที่มีรายใตสูง¹ นอกจากนี้ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et.al.) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพเป็นกรรมกรมักจะ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการไม่มาตรวจตามนัด หรือหยุดการรักษาไปเลย และ ให้เหตุผลว่าอาการเป็นปกติแล้ว หรือเสียเวลาในการรอคอยที่จะพบแพทย์บ้านเกินไป ทำให้เสียเวลาในการทำงาน²

สรุปได้ว่าความเชื่อค่านิยมสามารถทำนาย และอธิบายพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ตัวแปรสำคัญในแบบแผนความเชื่อค่านิยมประกอบด้วย แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการ ปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งเบคเคอร์ และไมแมน (Becker & Maiman) ได้สรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2

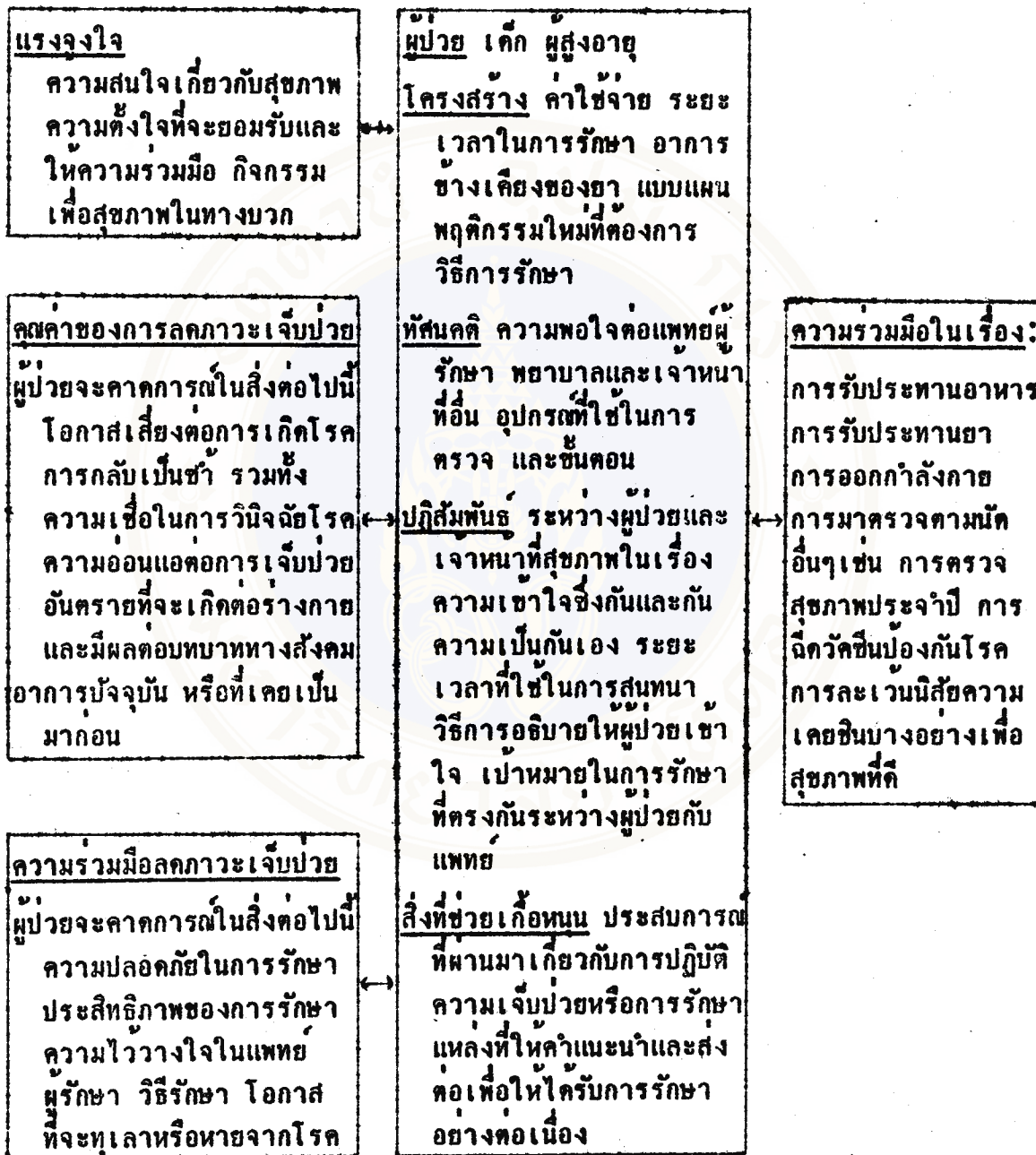
¹Irwin M. Rosenstock, Mayhew Derryberry and Barbara K. Carringer, "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination," Public Health Reports, 74, No.2(February, 1959): 98-103.

²Caldwell, et.al., Loc.cit.

ความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมความร่วมมือ



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพตามสมมติฐานของเบคเคอร์และไมแมน เพื่อใช้
ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือ (Compliance behavior) ¹

¹Becker and Maiman, *Op.cit.*, p. 20.

2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพอย่างหนึ่ง การรักษาหรือควบคุมโรคเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ความพยายาม และความอดทนค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจะต้องมีทั้งความรู้และความร่วมมือในการรักษา ดราคัป และมีลีส (Dracup & Meleis) ได้ให้ความหมายของ "ความร่วมมือในการรักษา" ว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งรับพฤติกรรมใหม่ และละทิ้งพฤติกรรมเดิมที่ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา¹ พฤติกรรมใหม่ที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปฏิบัติคือ การรับประทานอาหารลดเค็ม มีไขมันน้อย การรับประทานยา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการควบคุมน้ำหนัก ส่วนพฤติกรรมที่ต้องแก้ไขหรือละทิ้ง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหรือมีไขมันมาก การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และภาวะตึงเครียด² ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงหรือปรับพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นปกติในชีวิตประจำวัน

ในปัจจุบันปัญหาสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็คือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา³ ทำให้การควบคุมโรคยังไม่ได้ผล จากการศึกษา

¹Kathleen A. Dracup and Afaf I. Meleis, "Compliance: An Interactionist Approach," Nursing Research, 20, No.1(January-February, 1982): 31.

²Mahendr S. Kochar and Linda M. Daniels, Hypertension Control: For Nurses and Other Health Professionals, (Saint Louis: C.V. Mosby, 1978), p. 90-106.

³Ibid., pp. 110-134.

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองหลวงของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีถึงร้อยละ 89 แต่ก็มีเพียงร้อยละ 67 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ใน 3 ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ปรากฏอาการไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 20 และได้รับยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 50 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการไม่มาตรวจตามนัดถึงร้อยละ 50 และมีการล้มเหลวในการได้รับยามากกว่า¹

ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการรักษาหรือควบคุมโรค ซึ่งความร่วมมือในการรักษานี้จะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ มาร์สตัน (Marston) ได้ทบทวนรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และสรุปว่าความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคมและประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส สภาพสังคม-เศรษฐกิจ และระดับการศึกษา² คานีลส์ และโคซาร์ (Daniels & Kochar) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังนี้³

1. ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หัตถ์คนดี ตลอดจนแรงจูงใจและสภาพจิตใจของผู้ป่วย

¹Kochar and Daniels, Op.cit., p. 112.

²Marston, Op.cit., pp. 312-323.

³Linda M. Daniels and Mahendr S. Kochar, "What Influences Adherence to Hypertension Therapy," Nursing Forum, 18, No.3(1977): 231-244.

2. ปัจจัยด้านสังคมและประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา รายได้ ตลอดจนสภาพครอบครัวและสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ

3. แผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างไปจากเดิม แผนการรักษาที่ไม่ยุ่งยากหรือแตกต่างไปจากปกติมากนัก ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี แต่ถ้าแผนการรักษานั้นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ต้องละทิ้ง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการงดอาหารบางชนิด จะปฏิบัติตามได้ยากกว่าพฤติกรรมใหม่ซึ่งไม่ขัดกับสิ่งที่เคยทำมาก่อน¹ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือน้อยลง

4. ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างความรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งปรากฏเป็นปัญหาทางด้านการควบคุมโรคต่าง ๆ ในปัจจุบันไม่เป็นความจริงเสมอไปว่า ผู้ที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจะต้องทำตามที่ได้รับเสมอไปเมื่อเจ็บป่วย นอกจากความรู้นั้นจะตรงกับความต้องการที่แท้จริงของคน

5. ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษา ทั้งสองฝ่ายควรมีความคิดเห็นในเรื่องลำดับความสำคัญของปัญหาที่สอดคล้องกัน ความคิดเห็นดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้รักษาพยาบาล

นอกจากนี้ ฟรานซิส และคณะ (Francis, et.al.) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในตนเองและผู้ให้การรักษาพยาบาลสูง จะให้ความร่วมมือดี²

¹Matthews and Hingson, Op.cit., p. 881.

²Francis, et.al., Loc.cit.

ฟอสเตอร์ และเคาส์ช(Foster & Kousch) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และได้สรุปสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังนี้¹

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำ
2. ขาดความเข้าใจในแผนการรักษา
3. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่ดี
4. ปัญหาการติดต่อสื่อสาร
5. การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน
6. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการ ทำให้ขาดสิ่งชักนำในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย

พิบูล บุญช่วง ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะมีค่าอึดมโนทัศน์ต่ำ และอึดมโนทัศน์โดยรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการควบคุมระดับความดันโลหิต² นอกจากนี้ เฮย์เนส (Haynes) ได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาไว้ดังนี้³

¹Foster and Kousch, Op.cit., p. 331.

²พิบูล บุญช่วง, การศึกษาความสัมพันธ์ของอึดมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-หัตถศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526), หน้า 68-90.

³Mason, Op.cit., p. 168.

1. เป็นโรคจิต
2. ความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษา
3. ระยะเวลาในการรักษา
4. ระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแผนการรักษา
5. การให้ความรู้และคำแนะนำไม่เพียงพอ
6. ผู้ป่วยไม่มีความพอใจในการรักษาพยาบาล
7. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม
8. ความไม่มั่นคงของครอบครัว

จะเห็นว่าความร่วมมือในการรักษาหรือควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีภาวะควบคุมโรคที่ดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือหลายด้านจากทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัว รวมถึงตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาหรือควบคุมโรคแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้องหรือการเข้าใจผิด และการขาดแรงจูงใจจะมีส่วนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไปในทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการควบคุมโรคที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะต้องเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา แต่การตัดสินใจนี้ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะในตัวของผู้ป่วยเอง และความจริงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้¹ มีรายงานการศึกษามากมายแสดงให้เห็นว่า การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่มีผลใน

¹Ibid., p. 55.

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต^{1,2,3} อย่างไรก็ตามความรู้ที่ได้รับสามารถให้เหตุผลแก่ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และยังมีอิทธิพลต่อทัศนคติในการควบคุมความดันโลหิตด้วย⁴

3. ความเชื่อค่านิยมสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความเชื่อค่านิยมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อค่านิยม^{5,6}

¹R. Brain Haynes, et.al., "Improvement of Medication Compliance in Uncontrolled Hypertension," The Lancet, 1, No.7972(June, 1976): 1265-1268.

²Pauline Vincent, "Factors Influencing Patient Noncompliance: A Theoretical Approach," Nursing Research, 20, No.6(November-December, 1971): 509-516.

³Michael Weintraub, William Y.W. Au and Louis Lasagna, "Compliance as a Determinant of Serum Digoxin Concentration," The Journal of the American Medical Association, 224, No.4(April, 1973): 481-485.

⁴Mason, Op.cit., p. 55.

⁵Ibid., p. 56.

⁶Jane D. Braithwaite and Bruce G. Morton, "Patient Education for Blood Pressure Control," Nursing Clinics of North America, 16, No.2(June, 1981): 323.

1. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงและอันตราย
2. คนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดของสมอง และโรคไตวายตามมา
3. คนไม่สบายมีความดันโลหิตสูงโดยไม่ปรากฏอาการ ซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพอนามัย
4. การให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้
5. การให้ความร่วมมือในการรักษาไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป ความเชื่อที่ผิดหรือไม่เป็นความจริงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมโรค จะเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ตัวอย่างความเชื่อเหล่านี้ได้แก่¹
 1. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ปรากฏอาการให้เห็น ผู้ป่วยอาจคิดว่า เมื่อความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง ดังนั้นผู้ป่วยจะรีบประหยัาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือเมื่อตนรู้สึกปวดศีรษะ มึนงง เป็นต้น
 2. ความดันโลหิตสูงเกิดจากประสาทตึงเครียด ผู้ป่วยอาจคิดว่า ตนจะไม่มี ความดันโลหิตสูงเมื่อตนสามารถขจัดความเครียด และความวิตกกังวลได้ ดังนั้นตนก็ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัด
 3. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุม และรักษาได้ ผู้ป่วยอาจคิดว่า ตนสามารถหยุดรับประหยัาการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ เพราะการตรวจครั้ง

¹Mason, *Op.cit.*, pp. 56-57.

สุดท้ายความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ

4. ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้โดยการลดน้ำหนัก และลดการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้ป่วยอาจคิดว่า ถ้าคนไม่ใส่เกลือลงในอาหาร และลดน้ำหนักได้ ความดันโลหิตที่สูงจะลดลง แพทย์เคยบอกว่า ตอนนี้ต้องรับประทานยา เพื่อให้ความดันโลหิตลดลงก่อน เพราะการลดน้ำหนักจะใช้เวลาาน ผู้ป่วยสนใจการควบคุมอาหารมากกว่าการรับประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยจะควบคุมอาหารจนความดันโลหิตลดลง และหยุดรับประทานยาทันที

นอกจากนี้ เนลสัน และคณะ (Nelson, et.al.) ได้สรุปแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - กังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 3

4. โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน

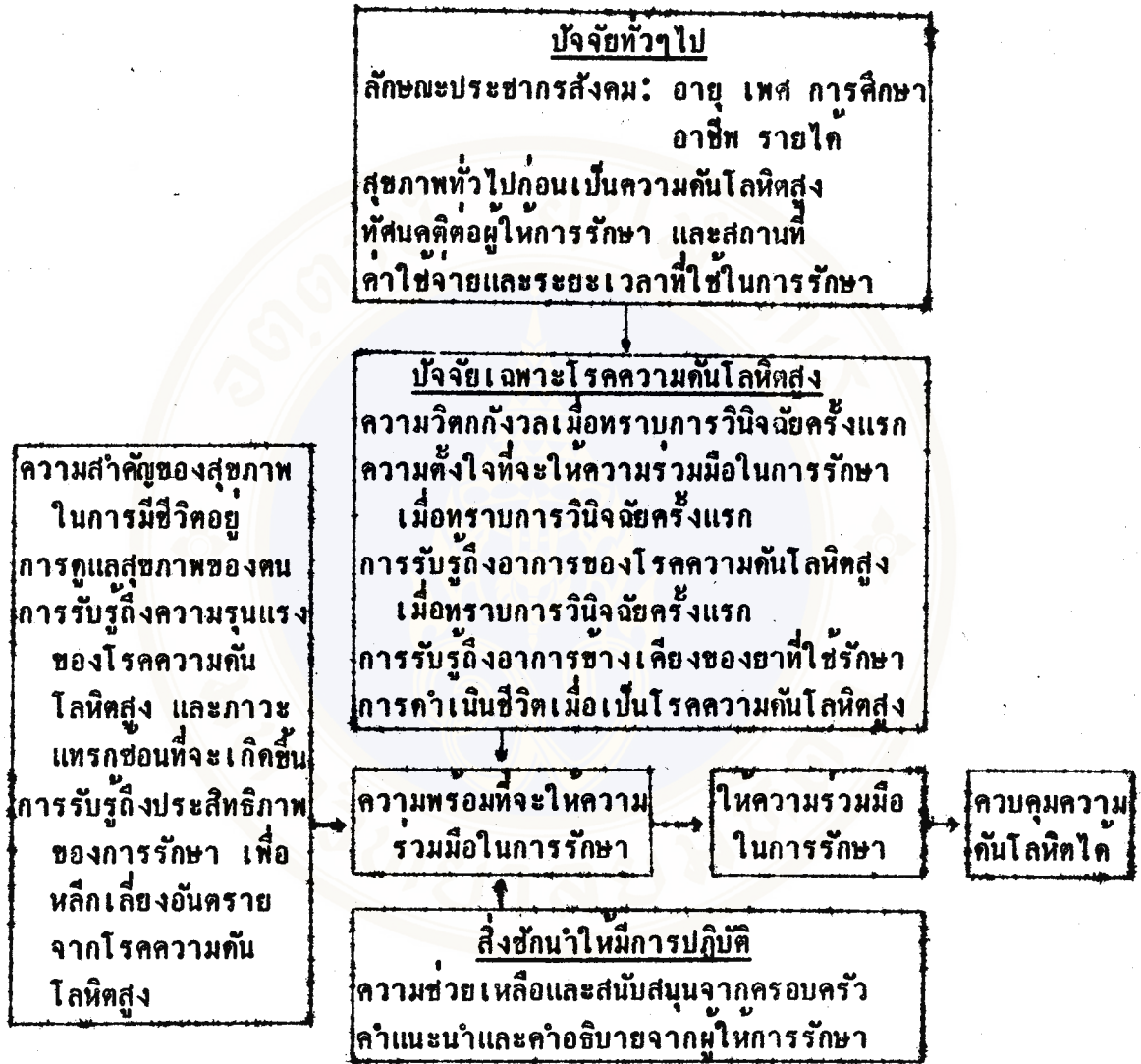
ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้ไม่น้อยในประเทศไทย และนับวันจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีความรู้และเอาใจใส่ในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น จึงเป็นเหตุให้มาโรงพยาบาล และทำให้มีการตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น - หรืออาจจะมีสาเหตุอื่นส่งเสริมให้เกิดเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นก็ได้ โรคความดันโลหิตสูงนี้นับว่าเป็นโรคที่มีอันตรายอย่างยิ่งโรคหนึ่ง เนื่องจากโรคนี้มีลักษณะที่เรียกว่า "Silent sickness" กล่าวคือ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการของโรคเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเลย ใต้นานหลาย ๆ ปี¹ จนกระทั่งชีพจรปรากฏร่องรอยที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเกิดภาวะ

¹Marcinek, Op.cit., p. 928.

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

ผลที่เกิดขึ้น



แผนภูมิที่ 3 แบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ¹

¹Nelson, et.al., Op.cit., p.894.

แทรกซ้อนขึ้นในอวัยวะสำคัญของร่างกายแล้ว ด้วยเหตุนี้เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะแรกมักจะไม่มีปรากฏอาการเด่นชัด จึงเป็นการยากในการตรวจพบ และไม่สามารถควบคุมโรคได้ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็คือ การตรวจพบโรคตั้งแต่ระยะแรก ๆ และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ¹

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic pressure) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ^{2,3,4} ส่วนความดันโลหิตปกติ หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวมีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ⁵ สำหรับความดันโลหิตที่มีค่าระหว่าง 140/90-160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดัน

¹ ทีวี เจริญลาภ, "Program of Investigation for Its Causes," การอบรมระยะสั้นเรื่อง แรงดันเลือดสูง, (จัดพิมพ์และเรียบเรียงโดย สาขาวิชาโรคเมืองร้อนและแรงดันเลือดสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519), หน้า 22.

² O'Brien and O'Malley, Op.cit., p. 14.

³ Janis W. Fink, "The Challenge of High Blood Pressure Control," Nursing Clinics of North America, 16, No.2(June, 1981): 303.

⁴ Kochar and Daniels, Op.cit., p. 1.

⁵ Ibid., p. 12.

โลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (Borderline hypertension)^{1,2,3}

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ มักพบในคนที่มียาอยู่ระหว่าง 30-70 ปี ส่วนอายุที่ต่ำกว่า 20 ปีพบได้น้อย พบในเพศหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย มีหลักฐานที่ค่อนข้างแน่ชัดว่า การที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ คนอ้วนมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติ และพบมากในผู้ที่มีความเครียด⁴

โรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ 5,6,7

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นชนิดนี้คือ

¹Loc.cit.

²Joan Luckmann and Karen Creason Sorensen, Medical-Surgical Nursing, (2 nd ed.; Philadelphia: W.B. Saunders, 1980), p. 863.

³Fink, Loc.cit.

⁴Irene L. Beland and Joyce Y. Passos, Clinical Nursing: Pathophysiological and Psychosocial Approaches, (4 th ed.; New York: Macmillan Publishing, 1981), p. 833.

⁵ดวงมณี วิเศษกุล, เรื่องเดิม, หน้า 77-78.

⁶Beland and Passos, Op.cit., p.832.

⁷Marcinek, Loc.cit.

พบได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด^{1,2} ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคอยู่ในขณะนี้

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทุรารสาเหตุ (Secondary hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุแล้ว ความดันโลหิตสูงก็จะหายไปด้วย³ โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด^{4,5,6}

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทุรารสาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทุรารสาเหตุที่พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง

¹Anderson and Bauwens, Op.cit., p. 77.

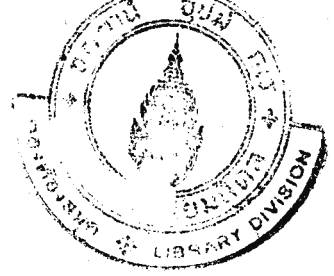
²Mason, Loc.cit.

³ทวงมี วิเศษกุล, เรื่องเกี่ยวกันหน้าเดียวกัน.

⁴Lillian Sholtis Brunner and Doris Smith Suddarth, The Lippincott Manual of Nursing Practice, (3 rd ed.; Philadelphia: J.B. Lippincott, 1982), p. 353.

⁵Carlene Minks Grim, "Nursing Assessment of the Patient with High Blood Pressure," Nursing Clinics of North America, 16, No.2(June, 1981): 353.

⁶Anderson and Bauwens, Loc.cit.



ส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุระหว่าง 35-55 ปี ผู้ป่วยชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตราย และการพยากรณ์โรคเลวไ้มากกว่าผู้ป่วยหญิงประมาณ 2 เท่า¹ ได้มีผู้สันนิษฐานเกี่ยวกับสาเหตุไว้หลายประการ แต่ยังไม่ตกลงเป็นที่แน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง และเชื่อว่าต้องมีหลายสาเหตุร่วมกัน^{2,3}

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงทั้งเล็ก และใหญ่ทั่วร่างกาย เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้^{4,5,6,7}

1. หัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง

¹Edward D. Freis, "Age, Race, Sex and Other Indices of Risk in Hypertension," The American Journal of Medicine, 55, No.3(September, 1973): 275-280.

²Kochar and Daniels, Op.cit., pp. 17-21.

³ควงมณี วิเศษกุล, เรื่องเกิมี, หน้า 78-80.

⁴สาธิต อาชานานุกาพ, ความดันโลหิต, (กรุงเทพมหานคร : บริษัท มีเค็ยพริ้นท์จำกัด, 2528), หน้า 31-35.

⁵โสภณ พานิชพันธ์, การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์เกษตร, 2526), หน้า 13.

⁶ควงมณี วิเศษกุล, เรื่องเกิมี, หน้า 81-82

⁷Marcinek, Op.cit., p. 931.

ในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัวขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่ถ้าความดันยังสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจก็ไม่สามารถจะขยายตัวให้พอกับความต้อการที่เพิ่มมากขึ้น เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนยานลง ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เมื่อหัวใจซีกซ้ายไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ ก็จะทำให้เลือดไหลกลับสู่ปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วอาจทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักเกินไป และเป็นอัมพาตได้ในที่สุด

2. หลอดเลือดในสมองแตก แรงกดดันที่เกิดติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้เกิดเป็นตุ่มเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือดเรียกว่า หลอดเลือดโป่งพอง เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นกระทั่งหนัก อาจทำให้ตุ่มเหล่านี้แตกและเลือดไหลพุ่งออกมา เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมองที่อยู่ข้างเคียงหรือทำให้สมองเป็นอัมพาตได้

3. หลอดเลือดแข็งตัว ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดหนาขึ้น เนื่องจากต้องรับน้ำหนักมากขึ้น และยังเกิดการบีบงอ ผนังที่ราบเรียบของหลอดเลือดจะถูกทำลาย ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นปกติและเกิดอุดตันได้ หลอดเลือดที่ผิดปกติ อาจทำให้เกิดเป็นลิ่มในหลอดเลือด ถ้าเป็นที่หัวใจจะทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดอุดตัน เกิดอาการหัวใจล้มเหลว และถ้าเป็นที่สมองจะทำให้เป็นอัมพาตและการพูดผิดปกติได้

4. ไตวาย โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นมากและเป็นมานาน อาจมีผลให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงเป็นเหตุให้ไตทำงานไม่เต็มที่ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจทำให้เกิดภาวะไตวาย และโลหิตเป็นพิษเนื่องจากไตพิการ และไม่สามารถขับปัสสาวะได้

5. การเปลี่ยนแปลงที่เรตินา โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้หลอดเลือดที่ตาหนาขึ้น และมีการบีบงอมากขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมา เป็นผลทำให้ประสาทตาเสื่อมสมรรถภาพถึงกับตาบอดได้

จากการศึกษาฟรามิงแฮม (The Framingham Study) พบว่า สาเหตุส่งเสริมเด่นชัดที่ทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง คือ ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าความดันโลหิตสูงทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งมีถึงร้อยละ 75 และพบโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า^{1,2,3}

จะเห็นว่าอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงคือ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง ไต และเรตินา ถึงแม้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรคก็ตาม แต่จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเวลานาน จะลดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้⁴

¹William B. Kannel, et.al., "Epidemiologic Assessment of the Role of Blood Pressure in Stroke: The Framingham Study," The Journal of the American Medical Association, 214, No.2(January, 1970): 301-310.

²William B. Kannel, et.al., "Role of Blood Pressure in the Development of Congestive Heart Failure," The New England Journal of Medicine, 287, No.16(October, 1972): 781-787.

³Patrick McKee, et.al., "The Natural History of Congestive Heart Failure," The New England Journal of Medicine, 285, No.26(December, 1971): 1441-1445.

⁴U.S. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents, Op.cit., p. 1143.

5. การควบคุมโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษาคือ การควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากความดันโลหิตสูง โดยใช้วิธีที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และบุคคลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้¹ การควบคุมโรคนี้หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่สูงลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่มีอันตราย^{2,3,4}

หลักของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีดังต่อไปนี้⁵

1. การควบคุมอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การหลีกเลี่ยงจากปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของโรค
4. การใช้ยา

¹Kochar and Daniels, Op.cit., p. 61.

²Beland and Passos, Op.cit., p. 841.

³Grim, Op.cit., p. 363.

⁴Carolyn Sievers Schoof, "Hypertension: Common Questions Patients Ask," American Journal of Nursing, 80, No.5(May, 1980): 926.

⁵กวางมณี วิเศษกุล, เรื่องเดิม, หน้า 83.

การควบคุมอาหาร

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรประกอบด้วย เนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ ข้าวหรืออาหารที่ทำจากแป้ง ไขมัน ผัก และผลไม้เช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่เนื่องจากอาหารประเภทที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว โคเลสเตอรอล เกลือโซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานเป็นจำนวนมากเหล่านี้เป็นอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง รวมทั้งความอ้วน จากการศึกษาฟรามิงแฮมพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนจะเกิดโรคหัวใจ และตายก่อนเวลาไค่มากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ไม่อ้วนถึงสองเท่า¹ ดังนั้นอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเป็นอาหารประเภทลดเค็ม มีไขมันและแคลอรีต่ำ^{2,3} การกำหนดแคลอรีมีความสำคัญมาก ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเป็นคนอ้วนต้องลดน้ำหนักตัวทันที พบว่า เมื่อน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตจะลดลงด้วย⁴ หลักการใช้เหมือนอาหารลดน้ำหนักตัวคือ ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักที่ควรเป็น (Ideal weight) ของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ วิธีคำนวณน้ำหนักที่ควรเป็นอาจใช้ตารางส่วนสูงและน้ำหนักมาตรฐานเป็นเกณฑ์ นอกจากนี้ ดร. จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้กล่าวว่า การคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายเป็นวิธีที่ดีกว่า คำนวณได้ง่ายและสะดวก สามารถใช้ได้กับประชากรที่แตกต่างกัน มีวิธีการคำนวณดังนี้

¹Kochar and Daniels, Op.cit., p. 100.

²Moser, Loc.cit.

³Brunner and Suddarth, Op.cit., p. 356.

⁴Beland and Passos, Op.cit., p. 838.

$$\text{ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายในคนปกติมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง¹ และเนื่องจากบุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีน้ำหนักของร่างกาย 20 เปอร์เซนต์ ถือว่าเป็นคนอ้วน^{2,3} ดังนั้นผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายเกินกว่า 27 ในเพศชาย และ 26 ในเพศหญิงจึงถือว่าเป็นคนอ้วน ซึ่งต้องควบคุมอาหารให้ดีเพื่อลดน้ำหนักตัวลง

อาหารไขมัน เนื่องจากอาหารไขมันเป็นอาหารที่ให้แคลอรีสูงคือ ไขมัน 1 กรัมจะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี⁴ จึงจำเป็นต้องลดอาหารประเภทนี้ลง แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย และเนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัว และมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ ดังนั้นไขมันที่ได้รับจากอาหารควรเป็นไขมันชนิดที่ไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันพืช นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะควรรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม ลูกเกด เป็นต้น เพื่อทดแทนโปแตสเซียมที่เสียไปทางปัสสาวะ⁵

¹O'Brien and O'Malley, Op.cit., p. 51.

²Underhill, et.al., Loc.cit.

³Judith Fitzgerald Miller, Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness, (Philadelphia: F.A. Davis, 1983), p. 85.

⁴ทวงมณี วิเศษกุล, เรื่องเกม, หน้า 26.

⁵Kochar and Daniels, Op.cit., p. 103.

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างหนึ่งในการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระ ซึ่งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และยังช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงจากการใช้พลังงาน นอกจากนี้ยังเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกายด้วย ¹ ดังนั้นการออกกำลังกายสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ การออกกำลังกายแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดดังนี้ ²

1. การออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิก (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ แต่ความตึงตัวคงที่ ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ และการถีบจักรยาน เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้

2. การออกกำลังกายชนิดไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น ได้แก่ การยกของหนัก การแบกหาม หรือการใช้แรงมาก ๆ ตลอดบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้แม้ว่าจะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อยก็ตาม แต่มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน โดยการเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ตีกอล์ฟหรือถีบจักรยานวันละประมาณ 15-30 นาทีและหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดไอโซเมตริก ซึ่งได้แก่ การยกของหนัก การแบกหาม หรือการออกแรงกดมาก ๆ เป็นต้น

¹ Beland and Passos, Op.cit., p. 839.

² Kochar and Daniels, Op.cit., pp. 96-97.

การหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของโรค

ปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียด ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น¹ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว โดยการปฏิบัติดังนี้

1. การควบคุมน้ำหนัก หรือการลดน้ำหนักในรายที่อ้วน เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งเนื่องจากความอ้วนจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดมีโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นผลทำให้หลอดเลือดแข็งและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การควบคุมน้ำหนักทำได้โดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดที่ได้อธิบายข้างต้น

2. การเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท สูบบุหรี่วันละ 10 มวนหรือมากกว่า จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 110² เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินอยู่ ซึ่งจะให้มีผลการหลั่งสารแคทีโกลามีนเป็นผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น^{3,4} บางครั้งผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มักจะมึนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระยะแรก ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแคลอรีต่ำในการชดเชยการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอีก⁵

¹Ibid., p. 8.

²Ibid., p. 91.

³Underhill, et.al., Op.cit., p. 622.

⁴Kochar and Daniels, Op.cit., p. 92.

⁵Loc.cit.

3. การเลิกดื่มสุรา เนื่องจากถ้าดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เกิดหลอดเลือดแข็ง¹ จากการศึกษาฟรามิงแฮมพบว่า ถ้าดื่มจำนวนเล็กน้อยความดันโลหิตจะลดลง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มเป็นจำนวนมากซึ่งมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น^{2,3} นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ของยาได้⁴

4. หลีกเลี้ยงภาวะเครียด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบ เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยบางคนแสดงพฤติกรรมกาเหี่ยงภาวะเครียดโดยแสดงออกมาในรูปของการดื่ม การรับประทาน การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย เป็นต้น⁵ ซึ่งพฤติกรรมนี้จะมีผลเสียต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการดื่ม การรับประทาน และการสูบบุหรี่ เนื่องจากจะทำให้หน้าหนักตัวเพิ่มและ

¹Ibid., p. 8.

²Kannel, et.al., "Epidemiologic Assessment of the Role of Blood Pressure in Stroke: The Framingham Study," Loc.cit.

³Kannel, et.al., "Role of Blood Pressure in the Development of Congestive Heart Failure: The Framingham Study," Loc.cit.

⁴Kochar and Daniels, Op.cit., p.95.

⁵Janice M. Bell, "Stressful Life Events and Coping Methods in Mental-Illness and Wellness Behaviors," Nursing Research, 26, No.2(March-April, 1977): 137.

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้ความดันโลหิตลดลง ภาวะเครียดนี้มีทั้งภายในและภายนอกร่างกาย มีภาวะเครียดจำนวนมากที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายความเครียดนอกจากการออกกำลังกายแล้วอาจกระทำโดยการนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้

การพักผ่อนอย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้นอนไม่หลับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อย 7-8 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการผ่อนคลายหลังอาหารทุกมื้อ¹ ซึ่งจะช่วยให้ภาวะเครียดของร่างกายลดลง

การใช้ยา

ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ ยาขับปัสสาวะ และยาลดความดันโลหิต ซึ่งเป็นยาที่ขัดขวางการทำงานของระบบซิมพาเทติก และขยายหลอดเลือด ทำให้แรงต้านในหลอดเลือดลดลง รายละเอียดของยาแต่ละชนิดจะไม่ขอกล่าวไว้ในที่นี้

สิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรทราบและปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาคังนี้²

1. เป้าหมายของการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้มีเป้าหมายเพื่อควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระดับความ

¹Beland and Passos, Loc.cit.

²Kochar and Daniels, Op.cit., pp. 107-108.

คันโลหิตที่ต้องการคือ 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือน้อยกว่า โดยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา ^{1,2,3}

2. การรักษานั้นเป็นเพียงการควบคุมโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต

3. ชื่อ ชนิด และปฏิกิริยาของยาที่มีต่อร่างกาย รวมทั้งเหตุผลในการใช้ยา

4. ขนาดของยา และจำนวนครั้งที่รับประทานในหนึ่งวัน

5. การเปลี่ยนแปลงหรืออาการข้างเคียงของยาอาจเกิดขึ้นได้ การใช้ยาขึ้นอยู่กับระดับความดันโลหิต ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์หรือพยาบาลทราบทันที

6. การรับประทานยาทุกวันตามคำสั่งแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7. ผู้ป่วยไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล

8. ผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และเมื่อมาตรวจควรนำยาที่เหลือมาทั้งหมด เพราะแพทย์หรือพยาบาลอาจต้องการตรวจสอบให้แน่ใจว่า ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดเจ็บป่วยขึ้นและได้รับยาชนิดอื่นด้วย ซึ่งแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับยานั้นด้วย

9. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่น ซึ่งแพทย์และพยาบาลไม่ได้แนะนำ เพราะยานั้นอาจจะขัดขวางการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้

¹Grim, Op.cit., p. 363.

²Beland and Passos, Op.cit., p. 841.

³Schoof, Loc.cit.

6. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเผชิญไปตลอดชีวิต เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีการควบคุมโรคที่ถูกต้อง และเข้าใจถึงแผนการรักษาที่มีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้¹ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงนี้ต้องอาศัยการปฏิบัติและความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเองเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยการสอน หรือแนะนำ และคอยติดตามผลการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญและเป็นหน้าที่ของพยาบาลในด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะไต่ผลดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล โอเรม (Orem) ได้กล่าวว่า การที่จะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลดีนั้น พยาบาลจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพในระดับต่างกัน ขึ้นกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ป่วยอาจต้องการดูแลตนเองทั้งหมด หรือต้องการดูแลตนเองบางส่วน² การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักถึง และนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยอาศัยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เนื่องจากความ

¹Mason, Op.cit., p. 55.

²Dorothea E. Orem, Nursing: Concepts of Practice, (2 nd ed.; New York: McGraw-Hill Book, 1980), Cited by Jane D. Braithwaite and Bruce G. Morton, Op.cit., p. 322.

เชื่อกันสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ในการดำเนินการส่งเสริมหรือปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย พยาบาลควรตระหนักถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งปัจจัยร่วมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเบคเคอร์และไมแมน (Becker & Maiman) ได้กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อกันสุขภาพว่า สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อพยาบาลได้ทราบข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าว ก็สามารถที่จะวางแผนเพื่อปรับปรุงหรือส่งเสริมความร่วมมือของผู้ป่วย โดยสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้ถูกต้องตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีดังนี้ ¹

1. การประเมินปัญหาการพยาบาล (Nursing Assessment)

การประเมินปัญหาการพยาบาลนี้ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการแปลความของข้อมูล โดยประเมินร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในการประเมินปัญหาพยาบาลจะต้องตระหนักอยู่เสมอว่า การประเมินนี้เป็นการประเมินคนทั้งคน (Whole person) ที่มีบุคลิกลักษณะแตกต่างกันออกไป ข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน

¹Susan D. Grancio, "Opportunities for Nurses in High Blood Pressure Control," Nursing Clinics of North America, 16, No.2(June, 1981): 317-319.

ปัญหาประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ปัจจัยร่วมต่าง ๆ ข้อมูลทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรคและการรักษา การตอบสนองทางจิตสังคม แบบแผนการปรับตัว รวมทั้งการประเมินสภาพร่างกายทั่วไป และระบบหัวใจและหลอดเลือด

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

การวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนต้องอาศัยข้อมูลที่กล่าวข้างต้น มาวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และทำการวินิจฉัยการพยาบาล ดังนั้นข้อมูลที่ได้อาจจะต้องมีความละเอียด ครอบคลุม และถูกต้อง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง และเป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย จากนั้นนำแผนการพยาบาลที่ได้มาวางแผนการพยาบาลต่อไป

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning)

การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนเป้าหมายของการพยาบาล และวิธีการปฏิบัติการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาลก็คือ ผลที่คาดหวังจะให้เกิดขึ้น ซึ่งมีลักษณะที่สามารถวัดได้ ตัวอย่างเช่น "ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดเป็นเวลา 6 สัปดาห์" เป็นต้น ผลที่เกิดขึ้นนั้นขึ้นอยู่กับ ระดับความรู้ของบุคคล การเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต ประสิทธิภาพของการปรับตัว แบบแผน การปฏิบัติกิจกรรม การรักษาและการควบคุมโรค และความเชื่อด้านสุขภาพต่างๆของบุคคล การวางแผนการพยาบาลนี้พยาบาลจะต้องตระหนักถึงสิ่งดังกล่าว และประเมินควมว่ามีมากน้อยเพียงใด ถูกต้องแค่ไหน ตั้งแต่ขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ถ้าผู้ป่วยยังขาดความรู้ และมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลจะต้องวางแผนให้ความรู้ และแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย โดยการสอนและแนะนำ ซึ่งอาจจะทำการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มขึ้นอยู่กับปัญหาและตัวผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากนี้ควรคำนึงถึงสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วย

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation)

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่นำเอาแผนการพยาบาลที่ได้วางไว้มาปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งเป้าหมายหลักก็คือ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการสอนและให้คำแนะนำ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ และทักษะของพยาบาลเป็นอย่างดี การสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว และประโยชน์ของการดูแลตนเองตามแผนการรักษาจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น ควรให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งแผนการรักษา การสอนและให้คำแนะนำนี้ต้องใช้เวลาแก่ผู้ป่วยพอสมควรในการทำ ความเข้าใจ และมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ฮัลกา และคณะ (Hulka, et. al.) ได้ศึกษาพบว่า การที่จะให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้นั้น การอธิบายถึงข้อปฏิบัติต่าง ๆ ในการรักษาหรือควบคุมโรคเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ควรจะกล่าวถึงจุดมุ่งหมายเฉพาะและผลที่เกิดขึ้นหรือปฏิกิริยาของยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานด้วย¹ การสอนและให้คำแนะนำนี้พยาบาลควรจะต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในคำแนะนำหรือคำอธิบายต่าง ๆ ที่ให้ ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องมีการซักถามหรือให้ผู้ป่วยอธิบายซ้ำ การให้คำแนะนำพร้อมกับแจกเอกสารที่อ่านง่ายเป็นสิ่งที่มียประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจดีขึ้น และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะยึดถือความเชื่อบางอย่างทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง

¹Barbara S. Hulka, et.al., "Communication, Compliance and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications," American Journal of Public Health, 66, No.9(September, 1976): 847.

เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนที่มีอิทธิพลมาจากเพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่เชื่อกันมาเป็นเวลานาน ถ้าความเชื่อที่ผู้ป่วยมีอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มิมีประโยชน์ก็ควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีความเชื่อนั้นต่อไป แต่ถ้าความเชื่อนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและเป็นอันตรายต่อสุขภาพพยาบาลควรจะได้หาวิธีการที่เหมาะสม เพื่อโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความเชื่อไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งต้องอาศัยข้อเท็จจริงและเหตุผล

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)

การประเมินผลการพยาบาลนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล ภายหลังจากได้นำแผนการพยาบาลมาปฏิบัติกับผู้ป่วย จะต้องมีการประเมินผลการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว โดยนำผลที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดแล้วพิจารณาว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุเป้าหมายจะต้องศึกษาสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเริ่มต้นกระบวนการพยาบาลใหม่เป็นขั้นตอนอีกจนกว่าผลการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ในการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ป่วย ต่อภาวะความเจ็บป่วย รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้สามารถวิเคราะห์ปัญหา และทำนายทิศทางพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการแก้ปัญหาโดยการใช้กระบวนการพยาบาล ทำให้พยาบาลสามารถกำหนดแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ขจัดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรักษาหรือควบคุมโรค โดยการวางแผนการสอนในเรื่องต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา กระตุ้นและจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อการรักษาหรือควบคุมโรคให้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ที่มารับการรักษาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2528 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ไม่เป็นโรคหรือมีความผิดปกติทางด้านจิตใจมาก่อน
4. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน และสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล

ศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้ในการรักษา การมาตรวจตามนัด และภาวะควบคุมโรค (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก.)

2. แบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบบวัดนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร รวมทั้งการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคำตอบไว้เป็น 3 ข้อคือ ก. ข. และ ค. ส่วนคำตอบที่นอกเหนือจากคำตอบที่กำหนดสามารถระบุในข้อ ง. ซึ่งเปิดกว้างไว้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข.)

การให้คะแนน พิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วยดังนี้

คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	ได้ 2 คะแนน
คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องบ้างบางส่วน	ได้ 1 คะแนน
คำตอบซึ่งแสดงถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง	ได้ 0 คะแนน

สำหรับคำตอบข้อ ง. ผู้วิจัยจะรวบรวมคำตอบให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมจำนวน 5 ท่านพิจารณาว่า คำตอบนั้นแสดงถึงการปฏิบัติตัวในระดับใด แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ดังกล่าว ดังนั้นคะแนนความร่วมมือในการรักษาจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน

3. แบบวัดความเชื่อค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการคัดแปลงและเรียบเรียงจากเครื่องมือวัดความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ไมแมน และคณะ (Maiman, et.al.) ได้สร้างขึ้น และอาศัยแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพของเบคเคอร์ (Becker) เป็นพื้นฐาน แบบวัดนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้านคือ แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความที่ใช้ในการสอบถามความรู้สึก ความคิดเห็น และความเชื่อของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย มีทั้งข้อความที่เป็นบวก และข้อความที่เป็นลบ ลักษณะคำตอบเป็นการจัดลำดับคุณภาพ 6 อันดับดังนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย
- ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่
- ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
- เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเป็นส่วนใหญ่
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

แบบวัดความเชื่อค่านิยมของผู้น่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้นมี 35 ข้อ

ดังนี้

1. แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป มี 7 ข้อคือ ข้อ 1-7 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อคือ ข้อ 1,2,7 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 4 ข้อคือ ข้อ 3,4,5,6
2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน มี 5 ข้อคือ ข้อ 8-12 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อคือ ข้อ 8,9,11 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อคือ ข้อ 10,12
3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มี 6 ข้อคือ ข้อ 13-18 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อคือ ข้อ 14,15,16,17 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 2 ข้อคือ ข้อ 13,18
4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มี 6 ข้อคือ ข้อ 19-24 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อคือ ข้อ 20,23,24 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือ ข้อ 19,21,22
5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มี 7 ข้อคือ ข้อ 25-31 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 4 ข้อคือ ข้อ 25,26,28,31 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคือ ข้อ 27,29,30
6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ มี 4 ข้อคือ ข้อ 32-35 ในแบบวัด ข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อคือ ข้อ 32,34,35 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 1 ข้อคือ ข้อ 33

การให้คะแนน พิจารณาจากคำตอบของผู้ป่วยดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้	5	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	6	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	6	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ได้	5	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้	4	คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้	2	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้	1	คะแนน

ดังนั้นคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมจึงมีค่าอยู่ระหว่าง 35-210

คะแนน

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาที่สร้างขึ้น โดยอาศัยความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ และพยาบาล จำนวน 10 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งสองภายหลังปรับปรุงแก้ไขแล้ว โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha coefficient)

จากสูตร ¹

$$r = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ r = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคำตอบที่ได้จากข้อความแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดทั้งหมด

K = จำนวนข้อความทั้งหมดในแบบวัด

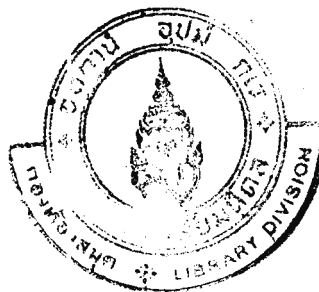
ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.690 และแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เท่ากับ 0.653

¹สุภาพ วาดเขียน, เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิดและวิธีหาคุณภาพ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525), หน้า 45.

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกเวชระเบียนและสถิติ และคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จาก คณะบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประมาณวันละ 15-90 คน และคัดเลือกเฉพาะประวัติผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ มีประมาณวันละ 10-50 คน
3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยซึ่งได้รับการคัดเลือกไว้แล้ว และผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยการสอบถามผู้ป่วยจนแน่ใจว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ต้องการ
4. สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและแบบวัดความร่วมมือในการรักษาที่สร้างขึ้น
5. ผู้ป่วยให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้น ไม่จำกัดเวลาในการตอบแบบสอบถาม ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาขณะตอบแบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถามเนื่องจากสายตาสั้นหรือไม่เห็น หรือไม่ได้นำแว่นสายตามาค่อย ผู้วิจัยจะอ่านข้อความดังกล่าวให้ฟังที่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลได้ประมาณวันละ 2-10 คน
6. ตรวจสอบข้อมูลที่ไต่จากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยแต่ละราย ให้สมบูรณ์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 3 เดือน
7. ตรวจสอบให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาตามที่ได้กำหนดไว้แล้ว



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (Statistical package for the social science) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

1. หาคความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนความเชื่อค้ำนสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยใช้สูตร¹

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อค้ำนสุขภาพ หรือคะแนนความร่วมมือในการรักษา

$\sum_{i=1}^n X_i$ = ผลรวมของคะแนนความเชื่อค้ำนสุขภาพ หรือคะแนนความร่วมมือในการรักษาของแต่ละคน $i = 1, 2, 3, \dots, n$

n = จำนวนผู้ตอบแบบวัด

¹จรัญ จันทลักขณา และอนันตชัย เชื้อนธรรม, สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2523), หน้า 34.

3. หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนความร่วมมือในการรักษา โดยใช้สูตร ¹

$$SD = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}}$$

เมื่อ SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือคะแนนความร่วมมือในการรักษา

X_i = คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือคะแนนความร่วมมือในการรักษาของตัวอย่างที่ i ,

$i = 1, 2, 3, \dots, n$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือคะแนนความร่วมมือในการรักษา

n = จำนวนผู้ตอบแบบวัด

4. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและภาวะควบคุมโรคต่างกัน โดยใช้การทดสอบที (t-test) จากสูตร ²

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}, \quad df = n_1 + n_2 - 2$$

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 48.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 163.

เมื่อ $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$ = ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ
คะแนนความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีเพศ หรือภาวะควบคุมโรคต่างกัน

S_p^2 = ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

n_1 = จำนวนผู้ตอบแบบวัดในกลุ่มที่ 1

n_2 = จำนวนผู้ตอบแบบวัดในกลุ่มที่ 2

5. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาระหว่าง
กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกัน
โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance)
ทดสอบค่าเอฟ (F-test) โดยใช้สูตร¹

แหล่งความแปรปรวน (Source of variation)	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม (Between groups)	$k-1$	$SSB = \sum_{j=1}^k \left[\frac{T_j^2}{n_j} \right] - \frac{T^2}{N}$	$MSB = \frac{SSB}{k-1}$	$F = \frac{MSB}{MSW}$
ภายในกลุ่ม (Within groups)	$N-k$	$SSW = SST - SSB$	$MSW = \frac{SSW}{N-k}$	
รวม (Total)	$N-1$	$SST = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} x_{ij}^2 - \frac{T^2}{N}$		

¹ชูศรี วงศ์รัตนะ, เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย, (กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์เจริญผล, 2525), หน้า 152-153.

เมื่อ $T_j =$ ผลรวมของคะแนน n ค่าในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} X_{ij}^2 =$ ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสองทุก ๆ ค่าในทุก
 กลุ่มตัวอย่าง

$n_j =$ จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

$N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$k =$ จำนวนคะแนนทั้งหมด

$T =$ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

6. นำความเชื่อค้ำสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มี
 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาทดสอบความแตกต่างในแต่ละคู่ โดยวิธีของ
 เชฟเฟ (Scheffe test) จากสูตร ¹

$$\hat{\psi} = \bar{X}_1 - \bar{X}_2$$

$$\hat{\sigma}_{\hat{\psi}} = \sqrt{MSW \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}$$

เมื่อ $\bar{X}_1, \bar{X}_2 =$ ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ 1, 2

$MSW =$ ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

$n_1, n_2 =$ จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่ 1, 2

¹วิเชียร เกตุสิงห์, สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย, (พิมพ์ครั้งที่ 3;
 กรุงเทพมหานคร: [ม.ป.ท.], 2524), หน้า 82-83.

เปรียบเทียบค่า $\hat{\mu}/\hat{\sigma}$ กับค่า $\sqrt{(k-1)F}$ ถ้าค่า $\hat{\mu}/\hat{\sigma}$ มากกว่า แสดงว่า ไม่ยอมรับสมมติฐาน และสรุปว่า ค่าเฉลี่ยคู่ั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปิด ตารางเอฟ(F) ที่ $df_1 = k-1, df_2 = N-k$

7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้¹

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \cdot \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษา

$\sum XY$ = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ กับคะแนนความร่วมมือในการรักษา

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

$\sum Y$ = ผลรวมของคะแนนความร่วมมือในการรักษา

$\sum X^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

$\sum Y^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนความร่วมมือในการรักษา

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สูตร²

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 31.

² เรื่องเดียวกัน, หน้า 33.

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และภาวะควบคุมโรค ซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนและร้อยละ
อายุ	
ต่ำกว่า 40 ปี	11
40-60 ปี	69
สูงกว่า 60 ปี	20

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนและร้อยละ
สถานภาพสมรส	
โสด	7
คู่ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่	71 22
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	57
มัธยมศึกษา	25
อุดมศึกษาขึ้นไป	18
อาชีพ	
ทำงานบ้าน หรืออยู่เฉย ๆ	43
ค้าขาย	14
รับราชการ	20
ทำนา ทำสวน ทำไร่	6
รับจ้าง	17
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	
ต่ำกว่า 3,000 บาท	14
3,000-5,000 บาท	26
สูงกว่า 5,000 บาท	60

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69 กลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปีมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11 และในแต่ละกลุ่มอายุมีจำนวนเพศชายและหญิงพอ ๆ กัน มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57 และมีระดับอุดมศึกษาขึ้นไปจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18 ในเรื่องอาชีพ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43 ทำงานบ้าน หรืออยู่เฉย ๆ รองลงมาคืออาชีพรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 20 อาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาทมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และภาวะควบคุมโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนและร้อยละ
ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษา	
ผู้ป่วยหรือครอบครัวออกเอง	23
เบิกจากส่วนราชการคนสังกัด หรือบริษัท	63
สังคมสงเคราะห์	14
ระยะเวลาที่เป็นโรค	
1-5 ปี	42
6-10 ปี	26
นานกว่า 10 ปี	32

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนและร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	
เคยมี	38
ไม่เคยมี	62
ภาวะควบคุมโรค	
ควบคุมได้	44
ควบคุมไม่ได้	56

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาได้จากส่วนราชการต้นสังกัดหรือบริษัท คิดเป็นร้อยละ 64 รองลงมาผู้ป่วยหรือครอบครัวออกเอง คิดเป็นร้อยละ 23 และต้องให้สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลช่วยเหลือมีเพียงร้อยละ 13 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีตั้งแต่ 1-30 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการเป็นโรค 1-5 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมาคือระยะเวลานานกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 และระยะเวลา 6-10 ปีมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 62 และ 56 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษา

ตารางที่ 4 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	ช่วงคะแนนของ กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	7-42	23-42	36.44	5.225
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	5-30	9-30	23.57	4.723
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	6-36	6-36	30.10	5.437
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	6-36	19-36	29.51	4.460
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	7-42	17-42	32.56	5.413
ปัจจัยรวม	4-24	14-24	19.70	2.389
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	35-210	126-200	171.88	16.143
ความร่วมมือในการรักษา	0-30	11-29	20.50	3.920

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านกระจายตั้งแต่ระดับน้อยมาก จนถึงระดับมากที่สุด แต่โดยส่วนรวมของความเชื่อด้านสุขภาพกระจายจากระดับกลาง ๆ ไปถึงระดับมากที่สุด และมีความเชื่อโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูง สำหรับความร่วมมือในการรักษานั้นโดยเฉลี่ยจะอยู่ระดับกลาง ๆ

ตารางที่ 5 ความร่วมมือในการรักษาแบ่งตามความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม

ความร่วมมือในการรักษา	ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม		รวม
	กลุ่มคะแนนต่ำกว่า	กลุ่มคะแนนสูงกว่า	
	ค่าเฉลี่ย (คน)	ค่าเฉลี่ย (คน)	
11-15 คะแนน	6	4	10
16-20 คะแนน	18	21	39
21-25 คะแนน	18	19	37
26-30 คะแนน	5	9	14
รวม	47	53	100

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความร่วมมือในการรักษาอยู่ระดับกลาง คือมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-25 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 76 และช่วงคะแนน 16-20 คะแนนมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมต่ำกว่าค่าเฉลี่ย และสูงกว่าค่าเฉลี่ยมีจำนวนใกล้เคียงกันในแต่ละระดับของความร่วมมือในการรักษา

3. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน

3.1 เพศ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายกับเพศหญิง

ตัวแปร	ชาย (N= 50)		หญิง (N= 50)		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป	36.76	5.208	36.12	5.275	0.61 ^{NS}
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	22.98	5.077	24.16	4.311	-1.25 ^{NS}
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	30.16	5.957	30.04	4.924	0.11 ^{NS}
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	29.54	4.500	29.44	4.464	0.16 ^{NS}
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	31.64	5.361	33.48	5.361	-1.72 ^{NS}
ปัจจัยรวม	19.20	2.250	20.20	2.441	-2.13 [*]
ความเชื่อค่านิยมสุขภาพโดยส่วนรวม	170.32	16.196	173.44	16.102	-0.97 ^{NS}
ความร่วมมือในการรักษา	21.14	4.036	19.86	3.731	1.65 ^{NS}

* $p < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และโดยส่วนรวม รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) แต่มีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมเพียงด้านเดียวที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 อายุ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี, 40-60 ปี และสูงกว่า 60 ปี

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป				
ระหว่างกลุ่ม	2	28.258	14.129	0.314 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2674.379	27.571	
รวม	99	2702.637		
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน				
ระหว่างกลุ่ม	2	20.094	10.047	0.445 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2188.406	22.561	
รวม	99	2208.500		
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค				
ระหว่างกลุ่ม	2	45.048	22.524	0.758 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2881.941	29.711	
รวม	99	2926.989		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	1.440	0.720	0.035 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	1967.534	20.284	
รวม	99	1968.974		
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	2	208.268	104.134	3.752 [*]
ภายในกลุ่ม	97	2692.339	27.756	
รวม	99	2900.607		
ปัจจัยร่วม				
ระหว่างกลุ่ม	2	11.843	5.921	1.038 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	553.137	5.702	
รวม	99	564.980		
ความเชื่อกันสุขภาพโดยส่วนรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	166.088	83.044	0.314 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	25634.447	264.272	
รวม	99	25800.531		
ความร่วมมือในการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	66.723	33.361	2.225 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	1454.252	14.992	
รวม	99	1520.975		

* $p < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเชื่อค่านิยมสุขภาพในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน และโดยรวม รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน

ค่าเฉลี่ย	ระดับอายุ	ต่ำกว่า 40 ปี	40-60 ปี	สูงกว่า 60 ปี
28.545	ต่ำกว่า 40 ปี	-	-4.339 *	-5.105 *
32.884	40-60 ปี		-	-0.766 NS
33.650	สูงกว่า 60 ปี			-

* $p < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี และสูงกว่า 60 ปีมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี และสูงกว่า 60 ปี

3.3 ระดับการศึกษา

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษาขึ้นไป

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป				
ระหว่างกลุ่ม	2	252.936	126.468	5.008**
ภายในกลุ่ม	97	2449.729	25.255	
รวม	99	2702.665		
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน				
ระหว่างกลุ่ม	2	54.060	27.030	1.217 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2154.443	22.211	
รวม	99	2208.503		
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค				
ระหว่างกลุ่ม	2	130.685	65.342	2.267 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2796.313	28.828	
รวม	99	2926.998		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	124.930	62.465	3.286*
ภายในกลุ่ม	97	1844.051	19.011	
รวม	99	1968.981		

ตารางที่ 9 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	2	100.354	50.177	1.738 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2800.271	28.869	
รวม	99	2900.625		
ปัจจัยรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	1.920	0.960	0.165 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	563.070	5.805	
รวม	99	564.990		
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	442.130	221.065	0.846 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	25358.347	261.426	
รวม	99	25800.477		
ความร่วมมือในการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	13.539	6.769	0.436 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	1507.442	15.540	
รวม	99	1520.981		

** p < .01

* p < .05

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพในค่านิยมแรงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไป และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเท่านั้นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนความเชื่อค่านิยมสุขภาพในด้านอื่น ๆ อีก 4 ด้าน และโดยส่วนรวม รวมทั้งความร่วมมือในการรักษามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความเชื่อค่านิยมสุขภาพในค่านิยมแรงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษาขึ้นไป
35.070	ประถมศึกษา	-	-3.450 *	-2.818 NS
38.520	มัธยมศึกษา		-	0.632 NS
37.888	อุดมศึกษาขึ้นไป			-

* $p < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความเชื่อค่านิยมสุขภาพในค่านิยมแรงใจค่านิยมสุขภาพโดยทั่วไปสูงกว่าระดับประถมศึกษาและอุดมศึกษาขึ้นไป และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา
ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ค่าเฉลี่ย	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษาขึ้นไป
30.403	ประถมศึกษา	-	2.643 *	1.292 NS
27.760	มัธยมศึกษา		-	-1.351 NS
29.111	อุดมศึกษาขึ้นไป			-

* $p < .05$

NS = ไม่นัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่ากลุ่มตัว
อย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษาขึ้นไป และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

3.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความเชื่อมั่นสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท, 3,000-5,000 บาท และสูงกว่า 5,000 บาท

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป				
ระหว่างกลุ่ม	2	134.113	67.056	2.532 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2568.543	26.479	
รวม	99	2702.656		
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน				
ระหว่างกลุ่ม	2	18.657	9.328	0.431 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2189.858	22.575	
รวม	99	2208.515		
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค				
ระหว่างกลุ่ม	2	153.550	76.775	2.685 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2189.858	22.575	
รวม	99	2926.987		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	35.879	17.939	0.900 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	1933.101	19.929	
รวม	99	1968.980		

ตารางที่ 12 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	2	6.312	3.156	0.106 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	2894.324	29.838	
รวม	99	2900.636		
ปัจจัยรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	2.773	1.386	0.239 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	562.220	5.796	
รวม	99	564.993		
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	648.556	324.277	1.251 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	25151.953	259.298	
รวม	99	25800.507		
ความร่วมมือในการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	44.590	22.295	1.465 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	1476.388	15.220	
รวม	99	1520.978		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านและโดยส่วนรวม รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 ระยะเวลาที่เป็นโรค

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคนาน 1-5 ปี, 6-10 ปีและนานกว่า 10 ปี

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป				
ระหว่างกลุ่ม	2	54.255	27.127	0.994 NS
ภายในกลุ่ม	97	2648.412	27.303	
รวม	99	2702.667		
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน				
ระหว่างกลุ่ม	2	29.299	14.649	0.652 NS
ภายในกลุ่ม	97	2179.206	22.466	
รวม	99	2208.505		
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค				
ระหว่างกลุ่ม	2	6.598	3.299	0.110 NS
ภายในกลุ่ม	97	2920.415	30.107	
รวม	99	2927.013		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	29.447	14.723	0.736 NS
ภายในกลุ่ม	97	1939.525	19.995	
รวม	99	1968.972		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน				
ระหว่างกลุ่ม	2	63.795	31.897	1.091 NS
ภายในกลุ่ม	97	2836.818	29.245	
รวม	99	2900.613		
ปัจจัยรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	19.844	9.922	1.765 NS
ภายในกลุ่ม	97	545.155	5.620	
รวม	99	564.999		
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	146.187	73.093	0.276 NS
ภายในกลุ่ม	97	25654.339	264.477	
รวม	99	25800.526		
ความร่วมมือในการรักษา				
ระหว่างกลุ่ม	2	25.078	12.539	0.813 NS
ภายในกลุ่ม	97	1495.910	15.421	
รวม	99	1520.988		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านและโดยส่วนรวม รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ภาวะควบคุมโรค

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้กับควบคุมโรคไม่ได้

ตัวแปร	ควบคุมโรคได้		ควบคุมโรคไม่ได้		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	36.318	5.038	36.535	5.410	-0.21 NS
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	22.386	4.751	24.500	4.529	-2.27 *
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	29.431	4.800	30.625	5.879	-1.09 NS
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	28.909	4.549	29.982	4.371	-1.20 NS
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	33.340	5.890	31.946	4.974	1.28 NS
ปัจจัยรวม	19.886	2.545	19.553	2.272	0.69 NS
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	170.272	15.192	173.142	16.881	-0.88 NS
ความร่วมมือในการรักษา	21.772	3.747	19.500	3.790	2.99 **

**

p < .01

*

p < .05

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคต่างก็มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านกรรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านกรรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน และโดยส่วนรวมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน

ตัวแปร	ก	ข	ค	ง	จ	ฉ	ช	ซ
เพศ	NS	NS	NS	NS	NS	$p < .05$	NS	NS
อายุ	NS	NS	NS	NS	$p < .05$	NS	NS	NS
การศึกษา	$p < .01$	NS	NS	$p < .05$	NS	NS	NS	NS
ฐานะทางเศรษฐกิจ	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
ระยะเวลาที่เป็นโรค	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
ภาวะควบคุมโรค	NS	$p < .05$	NS	NS	NS	NS	NS	$p < .01$

ก = แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

ข = การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

ค = การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

ง = การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

จ = การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

ฉ = ปัจจัยรวม

ช = ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม

ซ = ความร่วมมือในการรักษา

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 15 จะเห็นว่า ผลการวิเคราะห์ที่ได้นี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 เพียงบางส่วนเท่านั้น

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา

ความเชื่อด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	t
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	0.165	1.663*
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	-0.102	-1.023 ^{NS}
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	0.032	0.323 ^{NS}
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	0.041	0.415 ^{NS}
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	0.107	1.122 ^{NS}
ปัจจัยรวม	0.094	0.943 ^{NS}
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	0.096	0.999 ^{NS}

* $p < .05$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 16 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับความร่วมมือในการรักษา ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้านและโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นว่าการวิเคราะห์ที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 เพียงด้านเดียวเท่านั้น คือ ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

อภิปรายผล

การศึกษาในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามผลการทดสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. สมมติฐานข้อที่หนึ่ง ที่ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการสนับสนุนเพียงบางองค์ประกอบ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะมีพื้นฐานด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างก็ตาม จะมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะต่าง ๆ เป็นเอกพันธ์ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยกลางคน(40-60 ปี) ฐานะทางเศรษฐกิจดี อาชีพทำงานบ้านหรืออยู่เฉย ๆ ไม่ต้องรับผิดชอบครอบครัวมากนัก ไม่เคยมีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และมีความศรัทธาต่อแพทย์และพยาบาลเหมือนกัน ตัวแปรดังกล่าวจึงไม่มีผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต่างกัน ซึ่งผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) ที่กล่าวว่า อายุ เพศ อาชีพ และวัฒนธรรมประเพณีอาจมีผลต่อการรับรู้เรื่องราวด้านสุขภาพของบุคคล¹ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพใน

¹Kasl and Cobb, Op.cit., p. 249.

ค่านอื่น ๆ อีก 5 ค่านมีความแตกต่างกันบางองค์ประกอบดังนี้

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายและหญิงมีความเชื่อค่านปัจเจก
 ร่วมแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยชายมีความเชื่อค่านปัจเจกร่วมต่ำกว่าผู้ป่วยหญิง ทั้งนี้อาจเป็น
 เพราะ เพศชายมีความต้องการทางด้านที่จะเป็นผู้มีอำนาจหรือเป็นผู้นำ (Dominance)
 มากกว่าเพศหญิง¹ และได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นผู้นำของครอบครัว ดังนั้นแนว
 โน้มที่เพศชายจะเชื่อถือหรือยอมรับคำแนะนำจากผู้อื่นจึงมีน้อย ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่
 ยอมรับการเป็นผู้ตามได้ดีกว่า โดยเฉพาะในสังคมไทย ดังนั้นเพศหญิงจึงมีแนวโน้มที่จะ
 เชื่อถือผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้เพศหญิงส่วนใหญ่
 ทำงานในบ้าน ย่อมเกิดความผูกพันและใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวมากกว่าเพศชาย
 ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ด้วยเหตุนี้สมาชิกในครอบครัวจึงให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อ
 การเจ็บป่วยของผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย

1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี, 40-60 ปี
 และสูงกว่า 60 ปี มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติคนแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุ
 ต่ำกว่า 40 ปีมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติคนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 40-60 ปีและสูง
 กว่า 60 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยที่เริ่มต้น
 ทำงานเป็นหลักเป็นฐาน ต้องรับผิดชอบงานในหน้าที่สูง ทำให้ไม่มีเวลาที่จะให้กับการ
 ดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ในขณะที่ผู้ป่วย

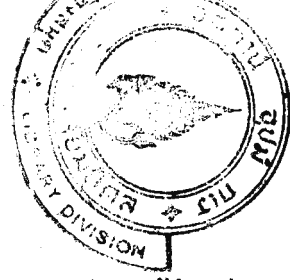
¹Mary F. O'Neil, "Patient with Hypertension:
 A Study of Manifest Needs with Self-actualization,"
Nursing Research, 25, No.5(September-October, 1976):
 349-351.

ที่มีอายุ 40-60 ปีและสูงกว่า 60 ปีส่วนใหญ่จะทำงานในบ้านหรืออยู่เฉย ๆ ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อสิ่งใดมากนัก จึงมีเวลาสำหรับการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมากกว่า ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี

1.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา มีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ได้กว้างขวาง โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากโรค มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้มีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูง ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮีฟเนอร์ และเคอร์ชท์ (Haefner & Kirscht) ที่กล่าวว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค และอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากโรคนั้น เล็งเห็นประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกันโรค จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลทำให้เกิดความสนใจและตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น¹ นอกจากนี้ จรรยา สุวรรณทัต ยังได้กล่าวไว้ว่า ระดับการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ความเชื่อของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปได้ บุคคลที่มีการศึกษามากจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถให้ตนเอง ทำให้เกิดแนวคิดที่กว้างขวางในสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น²

¹ Haefner and Kirscht, Op.cit., p. 483.

² จรรยา สุวรรณทัต, เรื่องเดิม, หน้า 817.



สำหรับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษานั้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีการรักษาหรือป้องกันโรคมามากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จึงทำให้มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำจะมีความรู้ในสิ่งต่าง ๆ ไม่กว้างขวาง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสเชื่อผู้อื่นและถูกชักจูงได้ง่าย¹ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เป็นผลทำให้มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา

1.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคได้และไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูง เกิดความวิตกกังวลและความเครียดต่อภาวะของโรคที่เป็นอยู่สูง มีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาธิค (Sympathetic nerve) ถูกกระตุ้น มีการหลั่งสารอะดรีนาลิน (Adrenaline) ในกระแสโลหิตเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว² ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ แต่จากแบบแผนความเชื่อ

¹จรัญ พรหมอยู่, สังคมและวัฒนธรรม, (พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์กรุงสยามการพิมพ์, 2522), หน้า 5.

²Phipps, Op.cit., p. 268.

ด้านสุขภาพ กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ดี¹ และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้^{2,3}

2. สมมติฐานข้อที่สอง ที่ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรค ต่างกัน จะให้ความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการสนับสนุนเพียงปัจจัยเดียว คือ ภาวะควบคุมโรค กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าจะมีพื้นฐานด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกันก็ตาม จะให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในวัยกลางคน มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาชีพทำงานบ้านหรืออยู่เฉย ๆ ไม่ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบครอบครัวมากนัก ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง และมีความศรัทธาต่อแพทย์และพยาบาลตั้งได้กล่าวข้างต้น นอกจากนี้แผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงก็ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จำนวนยาที่รับประทานแต่ละครั้งก็ไม่มาก และการมาตรวจแต่ละครั้งก็ไม่บ่อยจนเกินไป ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรค เป็นผลให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน ผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ คิวอน และเพาว์เวอร์ส (DeVon & Powers)

¹Maiman, et.al., "Scales for Measuring Health Belief Model Dimensions," Loc.cit..

²Nelson, et.al., Op.cit., p. 898.

³Hershey, et.al., Op.cit., p. 1083.

และ เฮอร์เช่ และคณะ (Hershey, et.al.) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย^{1,2} แต่จากการศึกษาของ คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb) และ เนลสัน และคณะ (Nelson, et.al.) พบว่า ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย^{3,4} นอกจากนี้ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et.al.) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคมีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา⁵ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาข้างพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้และไม่ได้ ให้ความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ แสดงว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการควบคุมโรค กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนลสัน และคณะ (Nelson, et.al.) และ เฮอร์เช่ และคณะ (Hershey, et.al.) ซึ่งพบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต^{6,7} นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนใหญ่จะล้มเหลวต่อการควบคุมความดันโลหิต⁸

¹DeVon and Powers, Loc.cit..

²Hershey, et.al., Loc.cit..

³Kasl and Cobb, Op.cit., pp. 250-251.

⁴Nelson, et.al., Op.cit., pp. 901-903.

⁵Caldwell, et.al., Op.cit., p. 589.

⁶Nelson, et.al., Op.cit., p. 898.

⁷Hershey, et.al., Loc.cit..

⁸Wagner, et.al., Op.cit., p. 519.

3. สมมติฐานข้อที่สาม ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการสนับสนุนเพียงด้านเดียว คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้านมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะได้แยกอภิปรายที่ละด้านดังต่อไปนี้

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในทางบวก กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เนื่องจากแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี¹ ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟอสเตอร์ และเคาส์ (Foster & Kousch) และ ฮีฟเนอร์ และเคอร์ชท์ (Haefner & Kirscht) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา^{2,3} นอกจากนี้ โรเซนสต็อก (Rosenstock) ยังได้กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรค⁴

¹Becker and Maiman, Op.cit., p. 18.

²Foster and Kousch, Loc.cit..

³Haefner and Kirscht, Loc.cit..

⁴Rosenstock, "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior," Loc.cit..

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮอร์เช และคณะ (Hershey, et.al.) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹ แต่ไม่เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เคอร์ชท์ และโรเซนสต็อก (Kirscht & Rosenstock) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง² นอกจากนี้ กอชมาน (Gochman) ยังพบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง มีพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ³

¹Hershey, et.al., Loc.cit.

²John P. Kirscht and Irwin M. Rosenstock, "Patient Adherence to Antihypertensive Medical Regimens," Journal of Community Health, 3(1977): 115-124.

³Davis S. Gochman, "The Organization Role of Motivation in Health Belief and Intentions," Journal of Health and Social Behavior," 13, No.3(September, 1972):286.

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตั้งนั้นถึงแม้ว่าจะทราบถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์นั้นยังไม่เกิดขึ้นก็อาจจะไม่ค่อยเชื่อ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยที่ปฏิเสธการกล่าวถึงความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นกับตน ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮอร์เช และคณะ (Hershey, et.al.) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา¹ แต่ไม่สอดคล้องกับรายงานการศึกษาต่าง ๆ ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด^{2,3,4} เนลสัน และคณะ (Nelson, et.al.) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง ให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงนี้จะมี ความรุนแรง⁵

¹Hershey, et.al., Loc.cit.

²Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Population," Loc.cit.

³Becker, et.al., "Predicting Mother's Compliance with Pediatric Medical Regimens," Loc.cit.

⁴Francis, et.al., Loc.cit.

⁵Nelson, et.al., Loc.cit.

เฮลเลนแบรנד (Hellenbrand) กล่าวว่า การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีผลในการกระตุ้นพฤติกรรมอนามัย ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรือลอคอินทรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและไม่สามารถหรือไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยนั้น จะทำให้เกิดกลไกการป้องกันขึ้น เช่น อาจจะมีการปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยนั้น ุมากกว่าที่จะมีพฤติกรรมความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย¹ นอกจากนี้เบคเคอร์ และไมแมน (Becker & Maiman) ได้สรุปว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะความเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ในทางลบ ส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงเกินไป²

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูงแผนปัจจุบันนี้มีประสิทธิภาพ

¹Diane Hellenbrand, "An Analysis of Compliance Behavior: A Response to Powerlessness," Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness, (Edited by Judith Fitzgerald Miller; Philadelphia: F.A. Davis, 1983), p.220.

²Becker and Maiman, Op.cit., p. 15.

สามารถลดระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เหตุที่ทำให้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มตัวอย่างบางรายถึงแม้ว่าจะตระหนักถึงประโยชน์ของการรักษาก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะความเคยชินแต่เดิม ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยาก เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารรสไม่เค็ม เป็นต้น ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้รายงานไว้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา^{1,2} แต่ไม่เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮีฟเนอร์ และ เคอร์ชท์ (Haefner & Kirscht)³ และ เบคเคอร์ และคณะ (Becker, et.al.)⁴ นอกจากนี้ เนลสัน และคณะ (Nelson, et.al.) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา และการควบคุมความดันโลหิต⁵

¹Hershey, et.al., Loc.cit.

²Andreoli, Loc.cit.

³Haefner and Kirscht, Loc.cit.

⁴Becker, et.al., "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations," Loc.cit.

⁵Nelson, et.al., Loc.cit.

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่า ตนไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรอคอยในการตรวจรักษา ความอดทนต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น แต่ในด้านการเปลี่ยนแปลงนิสัยความเคยชิน ส่วนใหญ่เชื่อว่า การที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้นต้องเปลี่ยนแปลงนิสัยความเคยชินของตนเองหลายอย่าง ซึ่งความเชื่อนี้อาจเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะนิสัยความเคยชินเกี่ยวกับ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ หรือสามารถเลิกดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ได้แล้ว ดังนั้นความเชื่อในด้านนี้จึงไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ผลที่ได้นี้ไม่เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮอร์เชย์ และคณะ (Hershey, et.al.) ที่พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และระยะเวลาของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ¹

¹Hershey, et.al., Loc.cit.

6. ปัจจัยร่วมต่าง ๆ

ปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจและเชื่อแพทย์ผู้รักษา มีความรู้สึกที่แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำด้วยความเป็นกันเอง และสมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ส่วนในด้าน การได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนี้มีทั้งผู้ที่ต้องการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เห็นว่า จะตรวจรักษาจากแพทย์คนไหนก็ได้ เนื่องจากการตรวจนี้ไม่ยุ่งยาก และส่วนใหญ่ก็รับยาชนิดเดิมไปรับประทานต่อ ดังนั้นปัจจัยด้านนี้จึงไม่เป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา ผลที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแมททิวส์และฮิงสัน (Matthews & Hingson) ที่พบว่า ผู้ที่มีความพอใจในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษาจะให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี¹ เดวิส (Davis) พบว่าความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองของแพทย์ และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม มีส่วนทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา² ชาร์นีย์ และคณะ (Charney, et.al.) พบว่า มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น เมื่อบุตรของตนได้รับการตรวจจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง³

¹Matthews and Hingson, Op.cit., pp. 881-882.

²Davis, "Variations in Patients' Compliance with Doctors' Advice: An Empirical Analysis of Patterns of Communication," Loc.cit.

³Charney, et.al., Loc.cit.

7. ความเชื่อค้ำสุภาพโดยส่วนรวม

ความเชื่อค้ำสุภาพโดยส่วนรวม ซึ่งเป็นผลรวมของความเชื่อค้ำสุภาพในแต่ละค้ำ ได้แก่ แรงจูงใจค้ำสุภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อค้ำสุภาพโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญ แม้ว่าค้ำแรงจูงใจค้ำสุภาพโดยทั่วไปจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม เนื่องจากความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะพฤติกรรมค้ำการควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทำได้ลำบากสำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความตั้งใจและความพยายามที่จะกระทำสิ่งนั้น นอกจากนี้จะมีปัจจัยทางค้ำร่างกายสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องแล้ว ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าววว่า บุคคลที่มีความรู้และความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว มิใช่ว่าบุคคลนั้นจะปฏิบัติตามความรู้และความเชื่อนั้นเสมอไป ¹

¹ประภาเพ็ญ สุวรรณ, เรื่องเติม, หน้า 6.

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะต่างกัน โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง จำนวน 100 คน เป็นชาย 50 คน หญิง 50 คน ตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย และตอบแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากแบบสัมภาษณ์และแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วย แบบวัดความร่วมมือในการรักษา และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมาวิเคราะห์ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตามเพศ และภาวะควบคุมโรค โดยใช้การทดสอบที (t-test)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างตามอายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรค โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance)

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เป็นโรค และภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกัน แต่มีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้านแตกต่างกันในบางตัวแปรดังนี้
 - 1.1 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงมีความเชื่อด้านปัจจัยร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีมีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปีและสูงกว่า 60 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 1.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ
 - 1.4 กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้มีความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เป็นโรคต่างกัน มีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคได้กับไม่ได้

3. ความเชื่อด้านสุขภาพในค่านิยมแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไปมีคัมภีร์สัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงด้านเดียว ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม และด้านต่าง ๆ อีก 5 ด้านมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีภาวะควบคุมโรคได้กับไม่ได้ แสดงว่า ความร่วมมือในการรักษามีผลต่อการควบคุมโรค และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี พยาบาลในฐานะบุคลากรทางด้านสุขภาพมีหน้าที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพื่อการควบคุมโรค ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนลสัน และคณะ(Nelson, et.al.) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และประสิทธิภาพของการรักษาที่สามารถลดอันตรายจากโรคได้ จะเป็นแรงจูงใจที่ช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา¹ นอกจากนี้ประสบการณ์ในทางบวกเกี่ยวกับการติดตามผลการรักษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ดังนั้นความคับข้องใจและความไม่สะดวกที่ไม่จำเป็น เช่น การรอคอยการตรวจรักษาที่ยาวนาน การขาดความสม่ำเสมอของผู้ให้การรักษา และความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการตรวจ

¹Nelson, et.al., Op.cit., p. 904.

รักษา เป็นต้น ไม่ควรทำให้เกิดขึ้นเลยถ้าเป็นไปได้ หรือทำให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด การช่วยเหลือด้านสังคมและอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย¹

แม้ว่าผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนให้การพยาบาล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้สามารถเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อ ๆ ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคน ควรได้รับการประเมินความเชื่อ ด้านสุขภาพ เพื่อทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย และเป็นข้อบ่งชี้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยต่อไป

1.2 ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แพทย์และพยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เพื่อการควบคุมโรค และมีการติดตาม ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอยู่เสมอ

1.3 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และวิธีการรักษาหรือควบคุมโรคที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ การให้ความรู้ควรคำนึงถึงระดับการศึกษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะประถมศึกษา ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษานี้ควรให้ความรู้ในลักษณะที่ไม่ซับซ้อน ยุ่งยาก เข้าใจง่าย และไม่มากเกินไป

¹Mason, Op.cit., p. 57.

1.4 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่นัดมาตรวจแต่ละวันแตกต่างกันมาก โดยมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ในช่วง 15-90 คน ซึ่งถ้าวันไหนมีผู้ป่วยที่นัดมาตรวจรักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้การบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพไม่ดี ผู้ป่วยต้องใช้เวลารอคอยในการตรวจรักษานาน แพทย์และพยาบาลมีเวลาให้แก่ผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในการนัดผู้ป่วยมาตรวจรักษาควรพิจารณาและเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยที่นัดมาตรวจรักษาในแต่ละวันให้ใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะสำหรับนำไปใช้ในการศึกษาพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการควบคุมโรค และความเชื่อด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นมโนทัศน์หนึ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นมโนทัศน์หนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ในการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินพฤติกรรมด้านอนามัยและด้านความร่วมมือในการรักษา ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล เพื่อให้ทราบถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถกำหนดแนวทางในการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาดีกับไม่ดี เพื่อศึกษาผลให้ชัดเจนขึ้น

3.2 ควรศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการสอนให้มีการรับรู้สอดคล้องกับมโนทัศน์ของความเชื่อด้านสุขภาพ

3.3 ควรนำแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปศึกษาเพื่อหาเกณฑ์มาตรฐานของคะแนนสำหรับคนไทย เพื่อให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพในการวัดได้ชัดเจนขึ้น

3.4 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งชนิดที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุ เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด และเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทั้งสอง

3.5 ควรศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง วัณโรคปอด หรืออัมพาต เป็นต้น

บรรณานุกรม

หนังสือตำรา

- กวี เจริญลาภ. "Program of Investigation for Its Causes".
การอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับแรงดันเลือดสูง. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย
สาขาวิชาโรคเมืองร้อนและแรงดันเลือดสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519, หน้า 22-23.
- จรัญ จันทลักษณ์ และอนันตชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- จรรยา สุวรรณพิศ. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก." เอกสารการสอนชุด
วิชาคุณกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2526.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
เจริญผล, 2525.
- คำรง กิจกุล. การออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์,
2527.
- ดวงมณี วิเศษกุล. "โรคความดันโลหิตสูง." โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3;
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2525.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

นิกา จริญญาวัฒน์. "Cause, Mechanism and Consequences of High Blood Pressure." การอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับแรงดันเลือดสูง. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย สาขาวิชาโรคเม็องร็อนและแรงดันเลือดสูง ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519, หน้า 1-21.

นวลศิริ เปาโรหิตย์, จันทมาศ ปรีชยานุช และอรทัย ชื่นมนุชย์. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2520.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 ; กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ธีระพัฒนา, 2526.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3 ; กรุงเทพมหานคร : [ม.ป.ท.], 2524.

สาธิต อาษานานุภาพ. ความทันโลก. กรุงเทพมหานคร : บริษัทมีเดียพริ้นท์จำกัด, 2528.

สุโท เจริญสุข. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2520.

สุธีรา อายุวัฒน์. ความเชื่อและการเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 2 ; กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ชนิษฐการพิมพ์, 2527.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์ ลักษณะที่ดี ชนิดและวิธีหาคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

โสภณ หานิชพันธ์. การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พิมพ์เกษตร, 2526.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทางอายุรศาสตร์.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2521.

เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และเพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. หลักการพยาบาลอายุรศาสตร์

การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร :

ม.ป.ท. , 2524.

Anderson, Linnea, et.al. Nutrition in Health and Disease.

17 th ed.; Philadelphia: J.B. Lippincott, 1982.

Anderson, Sandra V. and Bauwens, Eleanor E. Chronic Health Problems: Concepts and Application.

London: C.V. Mosby, 1981.

Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Personal

Health Behavior. Thorofare: Charles B. Slack,

1974.

Beland, Irene L. and Passos, Joyce Y. Clinical Nursing:

Pathophysiological and Psychosocial Approaches.

4 th ed.; Macmillan Publishing, 1981.

Bem, Daryl J. Beliefs, Attitudes and Human Affairs.

California: Brooks/Cole Publishing, 1970.

- Brunner, Lillian Sholtis and Suddarth, Doris Smith.
The Lippincott Manual of Nursing Practice.
3 rd ed.; Philadelphia: J.B. Lippincott, 1982.
- Brunner, Lillian Sholtis and Suddarth, Doris Smith.
Textbook of Medical-Surgical Nursing. 5 th ed.;
Philadelphia: J.B. Lippincott, 1984.
- Corman, Kintzel Kay. Advanced Concepts in Clinical Nursing.
Philadelphia: J.B. Lippincott, 1977.
- Dillehay, Ronald C. "Attitudes and Beliefs." The Individual,
Society and Health Behavior. Edited by Andie L.
Knutnson; New York: Russell Sage Fundation, 1965.
- Fishbein, Martin and Ajzen, Icek. Belief, Attitude,
Intention and Behavior. Massachusetts: Addison-
Wesley Publishing, 1975.
- Gavras, Haralambos and Gavras, Irene. Hypertension in the
Elderly. Boston: John Wright, 1983.
- Genest, Jacques, et.al. Hypertention. New York: McGraw-
Hill Book, 1977.
- Haynes, R. Brain, Taylor, D. Wayne and Sackett, David L.
Compliance in Health Care. Baltimore: Johns
Hopkins University Press, 1979.

- Hinkle, Dennis E., Wiersma, William, Jurs, Stephen G.
Basic Behavioral Statistics. Boston: Houghton
Mifflin, 1982.
- Iasmin, Sylvia and Trygstad, Lonise N. Behavior Concepts
and the Nursing Process. Saint Louis: C.V. Mosby,
1979.
- Janis, Irving. "Vigilance and Decision Making in Personal
Crises." Coping and Adaptation. Edited by George
Coelho, David Hamburg and John B. Adam; New York:
Basic Books, 1974.
- Keppel, Geoffrey. Design and Analysis: A Researcher's
Handbook. 2 nd ed.; New Jersey: Prentice-Hall,
1982.
- Kochar, Mahendr S. and Daniels, Linda M. Hypertension
Control: For Nurses and Other Health Professionals.
Saint Louis: C.V. Mosby, 1978.
- Laragh, John H. Hypertension Manual. New York: Dun-Donnelley
Publishing, 1975.
- Luckmann, Joan and Sorensen, Karen Creason. Medical-Surgical
Nursing. 2 nd ed.; Philadelphia: W.E. Saunders,
1980.

Marston, Mary Vesta. "Nursing Management of Compliance with Medical Regimens." Medical Compliance: A Behavioral Management Approach. Edited by I. Barofsky; Thorofare: Slack, 1977.

Mason, Shirley Coggins. Hypertension Care: A Guide for Patient Education. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1982.

McGuire, William. "The Nature of Attitudes and Attitude Change." The Handbook of Social Psychology. Edited by Gardner Lindzey and Elliot Arcanson, Vol.3; Massachusetts: Addison Wesley, 1968.

Miller, Judith Fitzgerald. Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. Philadelphia: F.A. Davis, 1983.

Milton, Rokeach. Belief, Attitude and Value: A Theory of Organization and Change. Sanfrancisco: Jessey Bass, 1970.

Murray, Ruth Becker and Huelskoetter, Marilyn Wilson. Psychiatric Mental Health Nursing. New Jersey: Prentice-Hall, 1983.

Nie, Norman H., et.al. SPSS: Statistical Package for the Social Sciences. 2 nd ed.; New York: McGraw-Hill Book, 1975.

- O'Brien, Eoin and O'Malley, Kevin. High Blood Pressure: What It Means for You and How to Control It.
London: Martin Dunitz, 1982.
- Orem, Dorothea E. Nursing: Concepts of Practice. 2 nd ed.;
New York: McGraw-Hill Book, 1980.
- Phipps, Wilma J., Long, Barbara C. and Woods, Nancy Fugate.
Medical-Surgical Nursing. 2 nd ed.; Saint Louis:
C.V. Mosby, 1983.
- Ragland, Ethel C. "Teaching Health Concepts to Families."
Community Health Nursing: Philosophy, Process,
Practice. Edited by Wendy Burgess; Norwalk:
Appleton-Century-Crofts, 1983.
- Sackett, David L. "Hypertension in the Real World: Public
Reaction, Physician Response and Patient Compliance."
Hypertension. Edited by Jacques Genest, et.al.;
New York: McGraw-Hill Book, 1977.
- Sackett, David L. and Haynes, R. Brain. Compliance with
Therapeutic Regimens. Baltimore: Johns Hopkins
University Press, 1976.
- Sokolow, Maurice and McILROY, Malcolm B. Clinical Cardiology.
3 rd ed.; California: Lange Medical Publications,
1981.

Swales, John Douglas. Clinical Hypertension. London:
Chapman and Hall, 1979.

Thurm, Richard H. Essential Hypertension. Chicago: Year
Book Medical Publishers, 1979.

Underhill, Sandra L., et.al. Cardiac Nursing. Philadelphia:
J.B. Lippincott, 1982.

Wolff, Hanns P. Speaking of High Blood Pressure. New York:
Consolidated Book Publishers, 1978.

วารสาร

เกษม วัฒนชัย, ปดิธาน สันติภวังก์ และสมภพ พระธานี. "โรคความดันโลหิตสูง."
สารพัดดีเวชสาร. 2, ฉ.1(มกราคม-มีนาคม, 2524): 43-51.

ไชแสง โรจน์สถาพร. "อุปสรรคในการรักษาความดันโลหิตสูง." วารสารศูนย์แพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2, ฉ.6(พฤศจิกายน-ธันวาคม, 2519): 21-26.

ธานี ประเสริฐช่วง. "ความดันโลหิตสูง." วารสารศูนย์แพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น. 5, ฉ.4(กรกฎาคม-สิงหาคม, 2522): 179-181.

นิภา จรุงเวสม์. "ภาวะแรงดันเลือดสูง ต้นเหตุ กลไก และผลภายหลัง."
เวชปฏิบัติบันทึก. 2, ฉ.4(2521): 219-239.

นิภา จรุงเวสม์, กวี เจริญลาภ และวิกิจ วีรานวัตต์. "Normal Blood
Pressure and Incidence of High Blood Pressure in
the Thai Population." จดหมายเหตุทางแพทย์. 63, ฉ.7
(กรกฎาคม, 2523): 391-401.

- พยงค์ จูฑา. "ความดันเลือดสูง : ภาวะแทรกซ้อนและการพิจารณารักษา." วารสารอายุรศาสตร์. 3, ฉ.3-4(กรกฎาคม-ธันวาคม, 2526):106-109.
- พร พิศกนก. "แรงดันเลือดสูง." วิทยาสารเสนารักษ์. 26, ฉ.5(กันยายน, 2516): 404-408.
- วิรัตน์ คลังบุญครอง. "โรคความดันโลหิตสูง." วารสารศูนย์แพทยศาสตรมหาวิทาลัย ขอนแก่น. 8, ฉ.2(มีนาคม-มิถุนายน, 2525): 73-77.
- สุวิทย์ อารีกุล. "อาหารสำหรับคนที่มีความดันโลหิตสูง." วารสารสุขภาพ. 6, ฉ.1 (ตุลาคม, 2520): 35-37.
- เสนอ อินทรสุขศรี. "แรงดันเลือดสูง." วารสารสุขภาพ. 6, ฉ.3(ธันวาคม, 2520): 75-83.
- อมร ลีลารัตน์. "Essential Hypertension." เวชปฏิบัติบันทึก. 2, ฉ.5 (2521): 300-306.
- Alpert, Joel J. "Broken Appointments." Pediatrics. 34, No.1 (July, 1964): 127-132.
- Andreoli, Kathleen G. "Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients." Nursing Research. 30, No.6(November-December, 1981): 323-328.
- Ayers, Carlos R. "Hypertension: Checklist for Management." Hospital Medicine. 12, No.11(November, 1976): 6-9.



Batterman, Betty, Stegman, M.R. and Fitz, Annette.

"Hypertension Part I Detection and Evaluation."
Cardiovascular Nursing. 11(July-August, 1975):
30-45.

Becker, Marshall H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." Health Education Monographs. 2, No.4 (Winter, 1974): 409-419.

Becker, Marshall H. and Maiman, Lois M. "The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory." Health Education Monographs. 2, No.4 (Winter, 1974): 336-353.

Becker, Marshall H. and Maiman, Lois M. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations." Medical Care. 13, No.1(January, 1975): 10-24.

Becker, Marshall H., Drachman, Robert H. and Kirscht, John P. "A New Approach to Explaining Sick Role Behavior in Low-Income Populations." American Journal of Public Health. 64, No.3(March, 1974): 205-216.

Becker, Marshall H., Drachman, Robert H. and Kirscht, John P. "Predicting Mothers' Compliance with Pediatric Medical Regimens." The Journal of Pediatrics. 81, No.4(October, 1972): 343-854.

- Becker, Marshall H., et.al. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment." Journal of Health and Social Behavior. 18, No.4(December, 1977): 348-366.
- Bell, Janice M. "Stressful Life Events and Coping Methods in Mental-Illness and Wellness Behaviors." Nursing Research. 26, No.2(March-April, 1977): 136-140.
- Blackwell, Barry. "Drug Therapy: Patient Compliance." The New England Journal of Medicine. 289, No.5 (August, 1973): 249-252.
- Bloom, Corkoney and Hart, Laura K. "The Relationship between the Health Belief Model and Compliance of Persons with Diabetes Mellitus." Diabetes Care. 3, No.5(September-October, 1980): 594-598.
- Borhani, Nemat O. "Prevention of Death and Morbidity Associated with Hypertension in the Community: A Ten-Year Appraisal, 1972 to 1982." Heart Lung. 11, No.1(January-February, 1982): 48-57.
- Borhani, Nemat O. "Symposium Epidemiology of Hypertension as a Guide to Treatment and Control." Heart Lung. 10, No.2(March-April, 1981): 245-254.

- Braithwaite, Jane Davis and Morton, Bruce G. "Patient Education for Blood Pressure Control." Nursing Clinics of North America. 16, No.2(June, 1981): 321-329.
- Caldwell, John R., et.al. "The Dropout Problem in Anti-hypertensive Therapy." Journal of Chronic Disease. 22, No.8(August, 1970): 579-592.
- Charney, Evan, et.al. "How Well Do Patients Take Oral Penicillin: A Collaborative Study in Private Practice." Pediatrics. 40, No.2(August, 1967): 188-195.
- Craig, Heather M. "Accuracy of Indirect Measures of Medication Compliance in Hypertension." Research in Nursing and Health. 8, No.1(March, 1985): 61-66.
- Daniels, Linda M. and Kochar, Mahendr S. "What Influences Adherence to Hypertension Therapy." Nursing Forum. 18, No.3(1977): 231-244.
- Davis, Milton S. "Physiologic, Psychological and Demographic Factors in Patient Compliance with Doctors'Orders." Medical Care. 6, No.2(March-April, 1968): 188-195.
- Davis, Milton S. "Variations in Patients'Compliance with Doctors'Advice: An Empirical Analysis of Communication." American Journal of Public Health. 58, No.2(February, 1968): 274-288.

Deeds, Sigrid G., et.al. "Patient Behavior for Blood Pressure Control." The Journal of the American Medical Association. 241, No.23(June, 1979): 2534-2537.

DeVon, Holli A. and Powers, Marjorie J. "Health Beliefs, Adjustment to Illness and Control of Hypertension." Research in Nursing and Health. 7, No.1(March, 1984): 10-16.

Donabedian, Avedis and Rosenfeld, Leonard S. "Follow Up Study of Chronically Ill Patients Discharged from Hospital." Journal of Chronic Disease. 17, No.9(September, 1964): 847-862.

Dracup, Kathleen A. and Meleis, Afaf I. "Compliance: An Interactionist Approach." Nursing Research. 31, No.1(January-February, 1982): 31-36.

Fink, Janis W. "The Challenge of High Blood Pressure Control." Nursing Clinics of North America. 16, No.2(June, 1981): 301-308.

Fletcher, Suzanne W., Appel, Francis A. and Bourgeois, Michelle A. "Management of Hypertension: Effect of Improving Patient Compliance for Follow-Up Care." The Journal of the American Medical Association. 233, No.3(July, 1975): 242-244.

- Foster, Sue B. and Kousch, Deborah. "Adherence to Therapy in Hypertensive Patients." Nursing Clinics of North America. 16, No.2(June, 1981): 331-341.
- Foster, Sue B. and Kousch, Deborah. "Promoting Patient Adherence." American Journal of Nursing. 78, No.5(May, 1978): 829-832.
- Francis, Vida, et.al. "Gaps in Doctor-Patient Communication: Patients' Response to Medical Advice." The New England Journal of Medicine. 280, No.10(March, 1969): 535-540.
- Freis, Edward D. "Age, Race, Sex and Other Indices of Risk in Hypertension." The American Journal of Medicine. 55, No.3(September, 1973): 275-280.
- Gabrielson, Ira W., Levin, Lowell S. and Ellison, Margaret D. "Factors Affecting School Health Follow Up." American Journal of Public Health. 57, No.1 (January, 1967): 48-59.
- Giblin, Elizabeth. "Controlling High Blood Pressure." American Journal of Nursing. 78, No.5(May, 1978): 824.
- Gillum, Richard F. and Barsky, Arthur J. "Diagnosis and Management of Patient Noncompliance." The Journal of the American Medical Association. 228, No.6 (June, 1974): 1563-1567.

- Gillum, Richard F., et.al. "Indices of Obesity and Blood Pressure in Young Men Followed 32 Years." Journal of Chronic Disease. 35, No.3(1982): 211-219.
- Given, Barbara A. and Given, Charles W. "Adherence to Hypertensive Therapy." Geriatric Nursing. 4, No.3(May-June, 1983): 172-175.
- Given, Charles W., et.al. "The Association of Knowledge and Perception of Medications with Compliance and Health States Among Hypertensive Patients: A Prospective Study." Research in Nursing and Health. 1, No.2(June, 1978): 76-84.
- Gochman, David S. "The Organizing Role of Motivation in Health Beliefs and Intentions." Journal of Health and Social Behavior. 13, No.3(September, 1972): 285-293.
- Gordis, Leon, Markowitz, Milton and Lilienfeld, Abraham M. "Why Patients Don't Follow Medical Advice: A Study of Children on Long-Term Antistreptococcal Prophylaxis." Journal of Pediatrics. 75, No.6 (December, 1969): 957-968.
- Grancio, Susan D. "Opportunities for Nurses in High Blood Pressure Control." Nursing Clinics of North America. 16, No.2(June, 1981): 309-320.

Gray, Robert M., Kesler, Joseph P. and Moody, Philip M.

"Effects of Social Class and Friends'Expectation on Oral Poliovaccination Participation."

American Journal of Public Health. 56, No.12

(December, 1966): 2028-2032.

Grim, Carlene Mink. "Nursing Assessment of the Patient

with High Blood Pressure." Nursing Clinics of

North America. 16, No.2(June, 1981): 349-364.

Haefner, Don P. and Kirscht, John P. "Motivational and

Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs."

Public Health Report. 85, No.6(June, 1970):478-483.

Haynes, R. Brain, et.al. "Improvement of Medication

Compliance in Uncontrolled Hypertension."

The Lancet. 1, No.7972(June, 1976): 1265-1268.

Heinzelmann, Fred and Bagley, Richard W. "Response to

Physical Activity Program and Their Effects on

Health Behavior." Public Health Report. 85, No.10

(October, 1970): 905-911.

Hershey, John C., et.al. "Patient Compliance with Anti

hypertensive Medication." American Journal of

Public Health. 70, No.10(October, 1980):

1081-1089.

- Hill, Martha N. and Foster, Sue B. "High Blood Pressure." Nursing'82. 12, No.2 (February, 1982): 72-75.
- Hulka, Barbara S., et.al. "Communication, Compliance and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications." American Journal of Public Health. 66, No.9 (September, 1976): 847-853.
- Hutchins, Linda Newell. "Drug Treatment of High Blood Pressure." Nursing Clinics of North America. 16, No.2 (June, 1981): 365-376.
- Izzo, M. "Assessing the Coping Abilities of Hypertensive Patients." Topics in Clinical Nursing. 4, No.2 (July, 1982): 33-40.
- Johannsen, Walter J., Hellmuth, George A. and Sorauf, Thomas. "On Accepting Medical Recommendations." Archives Environmental Health. 12, No.1 (January, 1966): 63-69.
- Kannel, William B., et.al. "Epidemiologic Assessment of the Role of Blood Pressure in Stroke: The Framingham Study." The Journal of the American Medical Association. 214, No.2 (January, 1970): 301-310.

- Kannel, William B., et.al. "Role of Blood Pressure in the Development of Congestive Heart Failure." The New England Journal of Medicine. 287, No.16 (October, 1972): 781-787.
- Kasl, Stanislav V. "The Health Belief Model and Behavior Related to Chronic Illness." Health Education Monographs. 2, No.4(Winter, 1974): 433-436.
- Kasl, Stanislav V. and Cobb, Sidney. "Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior." Archives Environmental Health. 12, No.2(February, 1966): 250-251.
- Kerr, Jean A. "Adherence and Self-Care." Heart Lung. 14, No.1(January, 1985): 24-31.
- Korsch, Barbara M., Gozzi, Ethel K. and Francis, Vida. "Gaps in Doctor-Patient Communication: I Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction." Pediatrics. 42, No.5(November, 1968): 855-871.
- Langlie, Jean K. "Social Networks, Health Beliefs and Preventive Health Behavior." Journal of Health and Social Behavior. 18, No.3(September, 1977): 244-260.

- Leventhal, Howard. "Changing Attitudes and Habits to Reduce Risk Factors in Chronic Disease." American Journal of Cardiology. 31, No.5(May, 1973): 571-580.
- Levine, David M., et.al. "Health Education for Hypertensive Patients." The Journal of the American Medical Association. 241, No.16(April, 1979): 1700-1703.
- Lew, Edward A. "High Blood Pressure, Other Risk Factors and Longevity: The Insurance Viewpoint." The American Journal of Medicine. 55, No.3 (September, 1973): 281-302.
- Long, Madelaine L., et.al. "Hypertension: What Patient Need to Know." American Journal of Nursing. 76, No.5(May, 1976): 765-770.
- Loustau, Anne and Blair, B.J. "A Key to Compliance-Systemic Teaching to Help Hypertensive Patients Follow Through on Treatment." Nursing'81. 11, No.2 (February, 1981): 84-87.
- Lowther, Nola B. and Carter, Vicki D. "How to Increase Compliance in Hypertensives." American Journal of Nursing. 81, No.5(May, 1981): 963.

- MacDonald, Mary E., Hagberg, Katherine L. and Grossman, Burton J. "Social Factors in Relation to Participation in Follow-Up Care of Rheumatic Fever." Journal of Pediatrics. 62, No.4(April, 1963): 503-513.
- Maiman, Lois A., et.al. "Scales for Measuring Health Belief Model Dimensions: A Test of Predictive Value, Internal Consistency and Relationships among Beliefs." Health Education Monographs. 5, No.3 (Fall, 1977): 215-230.
- Marcinek, Margeret B. "Hypertension: What It Does to the Body." American Journal of Nursing. 80, No.5 (May, 1980): 928-932.
- Marston, Mary V. "Compliance with Medical Regimens: A Review of the Literature." Nursing Research. 19, No.4(July-August, 1970): 312-323.
- Matthews, Daryl and Hingson, Ralph. "Improving Patient Compliance: A Guide for Physicians." Medical Clinics of North America. 61, No.4(July, 1977): 879-888.
- McKee, Patrick, et.al. "The Natural History of Congestive Heart Failure: The Framingham Study." The New England Journal of Medicine. 285, No.26(December, 1971): 1441-1445.

- Mikhail, Blanche. "The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation of the Model, Research and Practice." Advance in Nursing Sciences. 4, No.1 (October, 1981): 65-80.
- Mitchell, Ellen S. "Protocol for Teaching Hypertensive Patients." American Journal of Nursing. 77, No.5 (May, 1977): 308-309.
- Moser, Marvin. "Hypertension: How Therapy Works." American Journal of Nursing. 80, No.5 (May, 1980): 937-941.
- Nelson, Eugene C., et.al. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension." Medical Care. 16, No.11 (November, 1978): 893-906.
- O'Neill, Mary F. "Patient with Hypertension: A Study of Manifest Needs with Self-Actualization." Nursing Research. 25, No.5 (September-October, 1976): 349-351.
- Pender, Nola J. "Physiologic Responses of Clients with Essential Hypertension to Progressive Muscle Relaxation Training." Research in Nursing and Health. 7, No.3 (September, 1984): 197-203.
- Pleuss, J. and Kochar, Mahendr S. "Dietary Considerations in Hypertension." Postgraduate Medicine. 69, No.6 (June, 1981): 34-43.

- Powers, Marjorie J., et.al. "Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Compliance of Hypertensive Patients." Research in Nursing and Health. 5, No.4(December, 1982): 171-182.
- Pratt, Lois. "The Relationship of Socioeconomic Status to Health." American Journal of Public Health. 61, No.2(February, 1971): 281-291.
- Reinders, T.P. "Patient Compliance: A Program for Compliance." Hospital Formula. 13, No.2(February, 1978):144-145.
- Reisin, Efrain and Frohlich, Edward D. "Effects of Weight Reduction on Arterial Pressure." Journal of Chronic Disease. 35, No.12(1982): 887-891.
- Rosenstock, Irwin M. "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior." Health Education Monographs. 2, No.3(Winter, 1974): 354-387.
- Rosenstock, Irwin M. "Historical Origins of the Health Belief Model." Health Education Monographs. 2, No.4(Winter, 1974): 328-335.
- Rosenstock, Irwin M., Derryberry, Mayhew and Carriger, Barbara K. "Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination." Public Health Reports. 74, No.2 (February, 1959): 98-103.

- Sackett, David L., et.al. "A Randomized Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertension." The Lancet. 1, No.7918 (May, 1975): 1205-1207.
- Safran, Claire. "Down with High Blood Pressure." Reader's Digest. 44, No.261(December, 1984): 109-112.
- Schoof, Carolyn S. "Hypertension: Common Questions Patients Ask." American Journal of Nursing. 80, No.5(May, 1980): 926-927.
- Steele, James L. and McBroom, William H. "Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behavior." Journal of Health and Social Behavior. 13, No.4 (December, 1972): 332-392.
- Stokes, Gordon S. "Hypertension and Alcohol: Is There a Link?." Journal of Chronic Disease. 35, No.10 (1982): 759-762.
- Suchman, Edward A. "Preventive Health Behavior: A Model for Research on Community Health Campaigns." Journal of Health and Social Behavior. 8, No.2 (June, 1967): 197.
- Tash, Rosalie H., O'Shea, Robert M. and Cohen, Lois K. "Testing a Preventive-Asymptomatic Theory of Dental Health Behavior." American Journal of Public Health. 59, No.3(March, 1969): 514-521.

- Thibodeau, J.A. and Hebert P. "Use of Nursing Model to Develop a Hypertension Protocol." Nurse Practice. 6, No.2(March-April, 1981): 21-27.
- U.S. Veterans Administration Cooperative Study on Antihypertensive Agents. "Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension: II Results in Patients with Diastolic Blood Pressure Averaging 90 Through 114 mmHg." The Journal of the American Medical Association. 213, No.7(August, 1970): 1143-1152.
- Vincent, Pauline. "Factors Influencing Patient Noncompliance: A Theoretical Approach." Nursing Research. 20, No.6(November-December, 1971): 509-516.
- Wagner, Edward H., Truesdale, Richard A. and Warner, Jeanne T. "Compliance, Treatment, Practices and Blood Pressure Control: Community Survey Findings." Journal of Chronic Disease. 34, No.11(1981):519-525.
- Walts, Rosalyn J. "Sexual Functioning, Health Beliefs and Compliance with High Blood Pressure Medication." Nursing Research. 31, No.5(September-October, 1982): 278-283.
- Ward, Graham W., Bandy, Patricia and Fink, Janis W. "Treating and Counseling the Hypertensive Patient." American Journal of Nursing. 78, No.5(May, 1978): 824-828.

Weintraub, Michael, Au, William Y.W. and Lasagna, Louis.

"Compliance as a Determinant of Serum Digoxin Concentration." The Journal of the American Medical Association. 224, No.4(April, 1973): 481-485.

Willcox, R.C., Gillan, R. and Hare, E.H. "Do Psychiatric Out-Patients Take Their Drugs." British of Medical Journal. 2, No.5465(October, 1965): 790-792.

Williams, Allan F. and Wechsler, Henry. "Interrelationship of Preventive Actions in Health and Other Areas." Health Surveys Reports. 87, No.10(December, 1972): 969-976.

Ziesal, Harold A. "Behavioral Modification in the Treatment of Hypertension." International Journal of Psychiatry in Medicine. 8, No.3(1977-1978): 257-265.

วิทยานิพนธ์

ดวงกมล อัครอนุสรณ์. "การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษา ความเชื่อ ค่านิยม และความเชื่ออำนาจในตน-นอกตน ค่านิยมของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

บุญรอด เล็กศิริไล และวิโรจน์ สิงห์สุสาหะ. "สาเหตุและภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันเลือดสูง." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.

พิกุล บุญช่วง. "การศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

หวังพยอม การภิญโญ. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

วัลภา ผิวทน. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค." วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.





เลขที่แบบบันทึกข้อมูล.....

1 2 3

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. ชื่อ..... นามสกุล..... เลขที่หัวใจ(HN)

2. อายุ.....ปี

4 5

3. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

6 7 8

4. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม

9 10

5. เพศ () หญิง () ชาย

11

6. สถานภาพสมรส () โสด () คู่

() หย่า หม้าย แยกกันอยู่ () อื่น ๆระบุ.....

12

7. ระดับการศึกษา () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา () อุดมศึกษาหรือสูงกว่า

13

8. อาชีพ () ทำงานบ้าน () ค้าขาย

() รับราชการ () ทำนา ทำสวน ทำไร่

() รับจ้าง () อื่น ๆระบุ.....

14

9. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,000-2,999 บาท

() 3,000-5,000 บาท () สูงกว่า 5,000 บาท

15

10. ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

() ผู้ป่วยหรือครอบครัวเอง

() เบิกจากส่วนราชการต้นสังกัด หรือบริษัท

() สังคมสงเคราะห์

16

11. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี

17 18



ภาคผนวก ข.

แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษา

แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เลือกคำตอบที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยถือปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ เพียงข้อละ 1 คำตอบ

1. ลักษณะอาหารที่ท่านรับประทานเป็นประจำคืออะไร

- ก. อาหารที่มีรสจืด ไม่เค็ม
- ข. อาหารที่มีรสพอเหมาะ
- ค. อาหารที่มีรสเค็ม
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

21

2. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ แกงกะทิมัน ๆ หรือไม

- ก. ไม่ค่อยได้รับประทาน
- ข. รับประทานบ้าง ปริมาณไม่มาก
- ค. รับประทานเป็นประจำ
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

22

3. ไขมันที่ใช้ในการประกอบอาหารของท่านส่วนใหญ่เป็นชนิดใด

- ก. ไขมันมะพร้าว และไขมันจากสัตว์ เช่น ไขมันหมู
- ข. ไขมันจากพืช เช่น ไขมันถั่ว ไขมันงา
- ค. ไม่แน่นอน แต่ส่วนใหญ่ใช้น้ำมันพืช
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

23

4. ในระหว่างรับประทานอาหาร ท่านเคยเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือลงในอาหารหรือไม่

- ก. ไม่เคย
- ข. เคย นาน ๆ ครั้ง
- ค. เคย บ่อยครั้ง
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

24

5. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักต่าง ๆ หรือไม่

- ก. นาน ๆ จะรับประทานสักครั้ง
- ข. รับประทานบ่อย แต่ไม่ทุกวัน
- ค. รับประทานเป็นประจำทุกวัน
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

25

6. ท่านรับประทานผลไม้จำพวกกล้วย ส้ม หรือไม้

- ก. ไม่ค่อยได้รับประทาน
- ข. รับประทานสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
- ค. รับประทานเป็นประจำทุกวัน
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

26

7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ (เช่น เหล้า เบียร์ ชาคองเหล้า) หรือไม่

- ก. ไม่เคยดื่ม หรือเลิกดื่มเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ข. ดื่มนานาน ๆ ครั้ง
- ค. ดื่มเป็นประจำ
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

27

8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

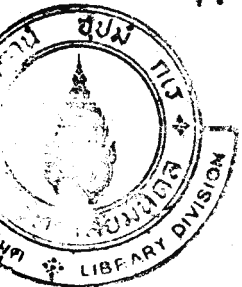
- ก. ไม่เคยสูบ หรือเลิกสูบเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- ข. สูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน
- ค. สูบมากกว่า 10 มวนต่อวัน
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

28

9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยลิ้มรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

- ก. ไม่เคย
- ข. เคย 2-3 ครั้ง
- ค. เคยมากกว่า 3 ครั้ง
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

29



10. ท่านปฏิบัติอย่างไรเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง

- ก. รับประทานยาตามขนาด และเวลาที่แพทย์สั่ง
- ข. รับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง แต่เวลาไม่แน่นอน
- ค. รับประทานยาไม่ค่อยได้ตามขนาดที่แพทย์สั่ง เวลาไม่แน่นอน
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

30

11. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีใด

- ก. เดิน วันละ 5-10 นาที
- ข. เดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ หรือว่ายน้ำ วันละ 15-30 นาที
- ค. ทำงาน เช่น แยกหาม หรือออกแรงยกของหนัก
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

31

12. ท่านปฏิบัติอย่างไรเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

- ก. ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน
- ข. ออกกำลังกายประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ค. ไม่ได้ออกกำลังกายเลย
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

32

13. ในวันหนึ่ง ๆ ท่านได้นอนพักผ่อนในช่วงกลางคืนเป็นเวลานานเท่าใด

- ก. น้อยกว่า 5 ชั่วโมง
- ข. 5-6 ชั่วโมง
- ค. 7-8 ชั่วโมง
- ง. อื่น ๆ ระบุ.....

33

ข้อ 14 และ 15 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง

14. การควบคุมน้ำหนักตัว

- ก. ควบคุมได้ดี
- ข. ควบคุมได้ปานกลาง
- ค. ควบคุมได้ไม่ดี

15. การมาตรวจตามนัดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

- ก. มาทุกครั้งที่นัด
- ข. มาน้อยกว่าร้อยละ 80 ของการนัด
- ค. มามากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 ของการนัด

34

35



ภาคผนวก ค.

แบบสอบถามความเชื่อค่านิยมสุขภาพ

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรักษาหรือควบคุมโรค ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความให้ท่านอ่านเพื่อพิจารณาถึงความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อตามความเป็นจริงของท่าน ดังนั้นคำตอบจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านให้มากที่สุด คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อผู้ตอบแต่อย่างใดเลย นอกจากนี้จะเป็นวิทยาทานซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม โดยจะนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้น

ขอขอบคุณที่ท่านกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง
ที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
ซึ่งแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

การเลือกตอบคือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่
ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย

ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่
ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง

ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่
ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย

เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับ
ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรง
กับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับ
ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ก. การออกกำลังกายเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง						✓

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย			
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1. ความคืบหน้าสูงเป็น โรคที่สามารถควบคุมได้.....							36
2. การป้องกันภาวะแทรก ซ้อนจากโรคความคืบ หน้าสูงขึ้นอยู่กับความ รับผิดชอบของตนเอง.....							37
3. การล้มรับประทานยาไม่ เป็นสิ่งที่อันตราย.....							38
4. ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะ ก็ไม่จำเป็นต้องรับประ- ทานยารักษาโรคความ คืบหน้าสูง.....							39
5. เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจ ตามนัด.....							40
6. การตรวจร่างกายประ จำปีไม่มีความจำเป็น ถ้าไม่มีอาการเจ็บป่วย เกิดขึ้น.....							41
7. การมาตรวจตามนัดเป็น สิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง.....							42

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย			
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
8. ฉันมีโอกาสเจ็บป่วยได้ ง่ายกว่าคนที่ไม่เป็น โรคความดันโลหิตสูง							43
9. ฉันมีโอกาสเป็นโรค หัวใจ โรคไต ถ้าไม่ สามารถควบคุมความ ดันโลหิตได้							44
10. แม่ความดันโลหิตจะ สูงเป็นระยะเวลานาน ฉันก็ไม่มืโอกาสเป็น อัมพาตหรือตาบอดได้							45
11. ถ้าฉันอ้วน ฉันมีโอกาส เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มากขึ้น							46
12. แม่ฉันจะขาดการรักษา ไปชั่วคราวิก้ตามภาวะ แทรกซ้อนจะไม่เกิดขึ้น ได้ง่ายและรวดเร็ว							47
13. ความดันโลหิตสูงเป็น โรคที่ไม่มีอันตรายต่อ สุขภาพ							48

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน						
15. ถ้าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ฉันอาจเป็นอัมพาตหรือตาบอดได้						49
16. ถ้าฉันดื่มสุราหรือสูบบุหรี่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น						50
17. ถ้าควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ฉันอาจเป็นโรคหัวใจ โรคไตได้						51
18. การออกกำลังกายโดยการเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ หรือว่ายน้ำอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง						52

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย			
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
19. ยากกลางบ้านหรือชุมชน ใครใช้รักษาความดัน โลหิตสูงได้ก็							54
20. การรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอสามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้							55
21. การงดอาหารที่มีรส เค็มหรือมีไขมันมาก ไม่ สามารถลดอันตรายจาก โรคความดันโลหิตสูงได้							56
22. การออกกำลังกาย สม่ำเสมอทุกวัน ไม่ช่วย ให้ความดันโลหิตลดลง							57
23. การทำจิตใจให้สบาย ไม่โมโห หรือฉุนเฉียว ง่ายสามารถช่วยทำให้ ความดันโลหิตลดลง							58
24. การรักษาโรคความดัน โลหิตสูงแผนปัจจุบัน สามารถลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนได้							59

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
25. การควบคุมอาหาร ของฉัน ไม่เป็นการ ต่อครอบครัวในการ เตรียมอาหาร						
26. การที่ต้องรับประทาน ยาทุกวันทำให้ชีวิตขาด ความสุข						60
27. ฉันเสียเวลาหรือ คอยในการมาตรวจ แต่ละครั้งมาก						61
28. การออกกำลังกาย ตามคำแนะนำของ แพทย์ ไม่ทำให้ฉันเสีย เวลามากเกินไป						62
29. การที่จะควบคุมความ ดันโลหิตให้ได้นั้นต้อง เปลี่ยนแปลงนิสัยความ เคยชินของฉันหลาย อย่าง						63
30. ฉันไม่มีความอดทนพอที่ จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์ พยาบาลได้						64

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย			
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
31. ปัญหาด้านการเงินไม่ เป็นอุปสรรคต่อการ รักษา							
32. ฉันมีความพอใจและ เชื่อถือแพทย์ที่ให้การ รักษา							66
33. การมาตรวจแต่ละครั้ง ฉันไม่ได้รับการตรวจ จากแพทย์คนเดิม							67
34. แพทย์และพยาบาลให้ คำแนะนำแก่ฉันด้วย ความเป็นกันเอง							68
35. สมาชิกในครอบครัว ให้ความสนใจเอาใจใส่ ต่อการเจ็บป่วยของฉัน เป็นอย่างดี							69
							70



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความเชื่อค่าน
 สุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

- | | |
|---|--|
| 1. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิภา จรุงเวสม์ | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ กวี เจริญลาก | คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รองศาสตราจารย์ ศารีดา อิบราฮิม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ บังอร ผลเนื่องมา | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดวงมณี วิเศษกุล | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิภา มนูญปัจ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อรวรรณ สุวจิตตานนท์ | คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. อาจารย์ วัลลา ตันตโยทัย | ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล |

