สำนักหอสมุด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Relationships among Selected Basic Conditioning Factors Social Support and Self-Care Agency in Essential Hypertensive Patients

จิรภา หงษ์ตระกูล

อภินันทนาการ
จาก
ปีณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2532

ISBN 974-586-710-1

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

18478

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จิรภา หงษ์ตระกูล
ผู้วิจัย

สมจิต หนุเจริญกุล , วท.บ., M.S.,Ph.D.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วัลลา ตันตโยทัย , วท.บ.,วท.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มันตรี จุลสมัย , พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สมจิต หนุเจริญกุล , วท.บ.,M.S.,Ph.D.
ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 13 พฤศจิกายน 2532

จิรภา หงษ์ตระกูล

ผู้วิจัย

สมจิต หนุเจริญกุล ,วท.บ.,M.S.,Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

สันต์ หัตถีรัตน์ ,พ.บ.,F.R.C.P.(C)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วัลลา ตันตโยทัย ,วท.บ.,วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

มันตรี จุลสมัย ,พ.บ.,Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรรถสิทธ์ เวชชาชีวะ M.B.,B.S..(Land), F.R.C.P.,F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว. (อายุรศาสตร์-ประสาทวิทยา)

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว จิรภา หงษ์ตระกูล
วันเดือนปีเกิด	13 พฤษภาคม 2498
สถานที่เกิด	อ.เมือง จ.ภูเก็ต
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ พ.ศ.2519
	ปริญญาวิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2524
ทุนวิจัย	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ 5 หน่วยผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลา ตันตโยทัย อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ นพ.สันต์ หัตถีรัตน์ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจตั้งแต่เริ่มแรกด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต รองศาสตราจารย์ ดรุณี ชุณหวัต และ อาจารย์ ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย และให้คำแนะนำในจุดที่บกพร่องต่างๆเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณวงเดือน สายสุวรรณ คุณกิติวรรณ พรรณวดี และเจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ตลอดทั้งกลุ่มผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีทำให้การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณอาจารย์ศักดิ์รินทร์ เทว ธีระรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการประมวลข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการพิมพ์เป็นอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนๆทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอมอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้แด่บิดามารดา ที่ได้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

จิรภา หงษ์ตระกูล

Copyright by Mahidol University

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผู้วิจัย จิรภา หงษ์ตระกูล

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมจิต หนุเจริญกุล, วท.บ.,M.S.,Ph.D.

วัลลา ตันตโยทัย, วท.บ.,วท.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 13 พฤศจิกายน, พ.ศ. 2532

บทคัดย่อ

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อป้องกันการตายอย่างกระทันหัน และความพิการที่เกิดขึ้นจากอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย ดังนั้น การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นเป้าหมายของการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 ราย การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง วัดโดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง โดยใช้แบบวัดการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างโดยเอเวอร์และคณะ (1985) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม วัดโดยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ตอนที่ 2 สร้างโดย แบรนด์และไวเนิร์ท (1981)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเอง และระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับรายได้ของครอบครัว ส่วนเพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียว

Copyright by Mahidol University

กับที่ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่เพศมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าผู้หญิงมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ชาย และเมื่อนำปัจจัยบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการการทำนายถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ และตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 26

ผลการศึกษา ได้สะท้อนให้เห็นถึงความตรงของทฤษฎีของโอเรมในบางส่วนที่อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เสนอข้อจำกัดในการศึกษา การนำไปใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาล ทางการศึกษาพยาบาล และ การวิจัยในครั้งต่อไป

Copyright by Mahidol University

Thesis Title Relationships among Selected Basic Conditioning Factors , Social Support and Self-Care Agency in Essential Hypertensive Patients.

Name Chirapa Hongtrakul

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Somchit Hanucharurnkul,B.Sc.,M.S.,Ph.D.

Valla Tantayotai,B.Sc.,M.S.

Date of Graduation 13 November B.E.2532 (1989)

ABSTRACT

Self-Care is one of the most important components in prevention of sudden death or disabilities resulting from target organ damages among essential hypertensive patients. Therefore increasing patients' self-care abilities should be the goal of nursing. Thus , the purpose of this research was to examine the relationships among selected basic conditioning factors of gender, socioeconomic status , social support and self-care agency in essential hypertensive patients, The purposive sample consisted of 100 essential hypertensive patients receiving medical therapy at an out patient medical department of Ramathibodi Hospital. Self-care agency was measured by the patients' self-report on the Appraisal of Self-Care Agency Scale developed by Evers ,et al. (1981). The perceived social support was measured by the Personal Resource Questionnaire (Part 2) developed by Brandt and Weinert (1981).

Results of the study indicated that self-care agency was positively correlated with duration of education , income and

Copyright© by Mahidol University

social support. Duration of education and income were positively related to each other. No significant relationships were found between gender and social support , it was found that women perceived higher social support than men. When all basic conditioning factors and social support were entered into the regression model to predict self-care agency , only duration of education, income and social support were significant predictors. All variables accounted for 26 % of variance in self-care agency which was statistical significant.

The findings seem to support the validity of Orem' s conceptualization of factors related to self-care agency. The limitations of this study, implications for practice and suggestions for further study were recommended.

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การดูแลตนเอง	11
ความสามารถในการดูแลตนเอง	13
ความต้องการในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	16
แรงสนับสนุนทางสังคม	18
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการดูแลตนเอง	21
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม	23

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	28
สถานที่ศึกษา	29
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูล	29
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	33
ความสามารถในการดูแลตนเอง	37
แรงสนับสนุนทางสังคม	37
ผลการทดสอบสมมติฐาน	37
บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย	
การอภิปรายผล	44
ข้อจำกัดของงานวิจัย	52
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	
การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	54
การทำวิจัยครั้งต่อไป	55
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	65

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1. จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 35

2. ความถี่ และร้อยละของแหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง 36

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ 39

4. การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นทำนายความสามารถ ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 41

5. การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทำนายความสามารถ ในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 43

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1

บทนำ และ กรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีอาการปรากฏจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจหรือหลอดเลือดเกิดขึ้น จึงมีผู้เรียกโรคนี้ว่า "เพชรฆาตเงียบ" (ชมพูนุท อ่องจริต, ใน สัจจพันธ์ อิศรเสนา ประดิษฐ์ เจริญลาภ และศรีจิตรา บุนนาค, บรรณาธิการ 2527: 127) โดยก่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างฉับพลันหรือเกิดความพิการเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันตลอดไป

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการทำลายอวัยวะเป้าหมายที่มีความสำคัญ (Billings & Stokes 1986: 1095; Brown & Albight, In Kinney, Paca & Bunbar, Editor 1989: 666; Halen & Daly, In Long & Phipps, Editor 1985: 720-722) คือ การเกิดโรคหลอดเลือดของสมอง จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข (กองสถิติสาธารณสุข 2529: 81) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายหนึ่งในสิบอันดับแรกของประชากร คือ เป็นอันดับที่แปดของประเทศ ซึ่งคาสเทลลี่ (Castelli 1983: 1194) ได้เน้นว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไตทำให้เกิดภาวะไตวาย มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในเรตินาซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดสายตามัวและตาบอดได้ในที่สุด และประการสุดท้ายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกระทันหัน คือ ก่อให้เกิดการแตกของหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าที่โป่งพอง (Luckmann & Sorensen 1987: 949)

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่พบได้สูงถึงร้อยละ 92 - 94 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Williams

Copyright by Mahidol University

& Braunwald , In Braunwald et al., Editor 1987: 1025) ดังนั้นการรักษาจึงเป็นเพียงการปรับหรือควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะเพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะเป้าหมาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และเรตินา ถูกทำลาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องมีความเข้าใจถึงภาวะของโรค และความสำคัญของการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะยังไม่มีอาการแทรกซ้อนปรากฏ ตลอดทั้งมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม (สมจิต หนุเจริญกุล, ใน สมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ 2531: 123 - 124) ได้แก่ 1) ควบคุมการรับประทานอาหารเค็ม 2) ควบคุมน้ำหนักตัวโดยการกำจัดอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรทสูง 3) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดเว้นการออกกำลังกายที่เพิ่มความดันเลือดให้สูงขึ้น เช่น การลาก ดึง ดัน หรือ ยกของหนัก 4) รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ 5) หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ 6) เผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความจริง และ 7) มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Brown & Albright, In Kinney, Packa & Dunbar, Editor 1988: 667 - 668 ; Lowther & Carter 1981: 963)

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Connelly 1987: 623) และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น (Swain & Steckel 1981 : 213 - 220) ดังนั้น พยาบาลจึงควรทราบถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโอเรมได้แจกแจงปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในภาวะสุขภาพปกติ ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ ระดับพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม ระบบการดูแลสุขภาพ ระบบครอบครัว และรูปแบบในการดำรงชีวิต (Orem 1987 : 79) แต่อย่างไรก็ตามได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ผลการศึกษามีทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ เพศ (Haug & Folmar 1986: 332 - 345 ; Muhlenkamp & Broerman 1988: 637 - 646) การศึกษาและรายได้ของครอบครัว (เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ 2524 ; รัตนา มาศเกษม 2527 ; สมใจ ยิ้มวิไล 2531) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (นวลชนิษฐ์ ลิมปนวัสส์ 2531;

Copyright by Mahidol University

สุนันทา ภู่เกลี้ยะ: 2524 ; Caldwell, et al. 1970: 579 - 592) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Hubbard, et al. 1984: 266 - 269 ; Muhlenkamp & Sayles 1986: 334-338) แต่ในการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพของฮับบาร์ตและคณะ และ มุชเลนแคมป์และเชเลส ซึ่งได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติ จึงมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วย และมีผู้นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ในผู้ป่วยภาวะไตวายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง (สุภาภรณ์ ด้วงแพง 2531) ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ 2531) และในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (Hanucharurnkul 1989:21-27) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ มีความต้องการในการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนั้นยังมีข้อจำกัดของงานวิจัยเนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นการเลือกโดยวิธีเจาะจง และแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองก็แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆเหล่านี้ซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่พบสาเหตุ โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมเป็นแนวทางศึกษา

กรอบทฤษฎี

เพื่อให้เข้าใจถึงกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรมและปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเรม (Orem 1985: 105) ได้กล่าวว่า " ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับการดำรงชีวิตหรือรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของบุคคลตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการและสวัสดิภาพ " ความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็น

Copyright by Mahidol University

พลังของบุคคลที่จะกระทำในสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ (N.D.C.G., 1979: 181)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำในด้าน 1) การตรวจสอบ เป็นการหาข้อมูลตลอดทั้งความรู้ต่าง ๆ เพื่อที่จะเข้าใจความหมายของเหตุการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองและการปรับการดูแลตนเอง 2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรกระทำ และจะกระทำเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และ 3) กระทำกิจกรรมต่าง ๆที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และตรวจตราผลของการกระทำ พิจารณาว่าสิ่งที่ทำนั้นประสบผลสำเร็จหรือไม่ หรือควรปฏิบัติต่อหรือไม่ โดยใช้ความรู้และทักษะให้ตรงกับความต้องการในการดูแลตนเอง (N.D.C.G., 1979: 192 - 195 ; Orem & Taylor 1986: 48) การที่บุคคลจะมีความสามารถทั้ง 3 อย่างดังกล่าวได้นี้จะต้องมีพลังความสามารถ(Power Components) 10 ประการ คือ 1) สนใจและดูแลเอาใจใส่ตนเอง ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง 2) มีความสามารถในการควบคุมการใช้พลังงานในการดูแลตนเองได้พอเพียง 3) มีความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหว 4) สามารถให้เหตุผลในการดูแลตนเองได้ 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7) สามารถแสวงหาความรู้ต่างๆ ที่จะนำมาใช้ในการดูแลตนเอง 8) มีทักษะในด้านความนึกคิด การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มีความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน (N.D.C.G., 1979: 195 - 196 ; Taylor 1987: 13) พลังความสามารถจึงเป็นสื่อกลางระหว่างการทำหน้าที่ของบุคคลกับการรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือ จิตสังคม ซึ่งจะเป็นลักษณะที่เฉพาะกับการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยสัญชาติญาณ นอกจากนี้การที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ จะต้องมีความรู้ และความสามารถในการกระทำซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการดูแลตนเองอย่างจงใจของบุคคลในรูปแบบอื่น ๆ(Orem & Taylor 1986: 48)

ดังนั้นในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะประเมินได้จากพลังความสามารถ 10 ประการ แต่อาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ เพราะบุคคลอาจมีความสามารถทั้ง 10 ประการ แต่ความสามารถนั้นอาจไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแลตนเอง (Kearney & Fleischer 1978: 25 - 34 ; Evers & Isenberg

Copyright by Mahidol University

1985 ; Hanucharurnkul 1988: 151) อนึ่ง ในการศึกษาความพร่องในการดูแลตนเอง โอเรม (Orem 1985: 128)ได้เสนอวิธีการศึกษาความพร่อง โดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับ ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลมีไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดก็จะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ การประเมินความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้ใกล้เคียงที่สุดจึงน่าจะประเมินจากการใช้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆใน 3 ประการดังกล่าว เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดก่อน และเมื่อทราบความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จึงจะวิเคราะห์ว่าเนื่องจากขาดพลังความสามารถในข้อใด ซึ่งโอเรม (Orem 1985: 90 - 99) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดเป็น 3 ประเภท ดังนี้ คือ

1. ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่พบได้ทุกช่วงชีวิตของบุคคล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตาม อายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่ และ สวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ 1) การได้รับอากาศ น้ำ และ อาหารอย่างเพียงพอ 2) การดูแลในเรื่องของการขับถ่ายและกำจัดของเสีย 3) การรักษาสมดุลของการมีกิจกรรมต่าง ๆ และการพักผ่อน 4) การรักษาสมดุลของการอยู่ตามลำพังและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 5) การป้องกันอันตรายที่จะมีต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ และ 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพหรือข้อจำกัดของบุคคลนั้น ๆ

2. ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะเจาะจง กับระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การสูญเสียบิดามารดา หรือคู่สมรส โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งสภาพที่จะสนับสนุนพัฒนาการ ตั้งแต่ในครรภ์จนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ วอลตัน(Walton 1985 : 55) ได้ชี้ให้เห็นว่า ถ้าความต้องการในการพัฒนาได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถป้องกันความพิการทางด้านพัฒนาการ และทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาไปตามศักยภาพของตนเอง และ 2) การกระทำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลที่จะกระทบต่อระดับพัฒนาการของบุคคล บรรเทา หรือเอาชนะผลที่เกิดจากขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วยหรือความพิการ การขาดญาติมิตร เพื่อน ผู้ร่วมงาน การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่างๆ ตลอดทั้งความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

Copyright by Mahidol University

3. ความต้องการในการดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีความพิการหรือมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษา ได้แก่ 1) แสวงหาและดำรงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางด้านการรักษา 2) รับรู้ สนใจถึงผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการ 3) ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ปรับการทำหน้าที่ของบุคคล และแก้ไขความพิการหรือทดแทนความพิการนั้น ๆ 4) รับรู้และสนใจความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงที่เกิดจากโรคและการรักษา ตลอดทั้งผลต่อระดับพัฒนาการ 5) ปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งการยอมรับภาวะสุขภาพและความจำเป็นในการรักษา และ 6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตและอยู่กับผลของโรค และภาวะของโรคในขณะนั้น รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบของแบบแผนการดำรงชีวิต เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

ดังนั้นในภาวะเจ็บป่วย และ การรักษาของแพทย์ จะมีผลทำให้บุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น หรือ มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการดำรงชีวิตประจำวัน ความต้องการในการดูแลตนเอง จึงเป็นโครงสร้างที่รวบรวมชนิดและปริมาณของการดูแลตนเองที่บุคคลจะต้องกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เฉพาะในขณะนั้น ตลอดทั้งการปรับการทำหน้าที่หรือพัฒนาการของบุคคลนั้น ๆ (Orem 1987: 77) กล่าวโดยสรุปได้ว่า บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การส่งเสริมให้บุคคลและครอบครัวมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและรับผิดชอบที่จะดูแลตนเองทั้งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการปรับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด แหล่งประโยชน์ และความพร้อมที่จะจัดการดูแลตนเอง (Orem 1985: 194) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเข้าใจปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

<u>ปัจจัยพื้นฐาน</u>

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem 1985 : 220) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกศึกษาเฉพาะ

Copyright by Mahidol University

ปัจจัยทางด้าน เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยบางประการที่โอเรมได้กล่าวไว้

<u>เพศ</u> โอเรม ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับเพศ เพียงแต่ชี้ให้เห็นว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ และสวัสดิภาพ (Orem 1985 : 42) และจากงานวิจัยต่าง ๆ ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้

<u>แหล่งประโยชน์</u> เป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของโอเรมสามารถแบ่งแหล่งประโยชน์ได้เป็น 2 ประการ คือ

1) ฐานะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัว และ

2) แรงสนับสนุนทางสังคม

ตามแนวคิดของโอเรมเชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) โดยสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความต้องการในการดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ดี (Orem 1985 : 86) เพราะการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจในแผนการรักษาตลอดทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 336) นอกจากนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีรายได้ดี ในขณะที่คนที่มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้น้อย และ มีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความสามารถที่จะเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาได้ (Hanucharurnkul 1988 : 17) ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงและมีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาและรายได้น้อย

ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น โอเรม (Orem 1985 : 91-120) ได้เน้นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน มีความเป็นเพื่อน และ มีการแลกเปลี่ยนความคิดต่าง ๆ โดยเฉพาะสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะส่งเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความ

Copyright by Mahidol University

สามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 59) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 333-336) ดังนั้นบุคคลที่รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในเครือข่ายสังคมมาก น่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

ประสบการณ์ชีวิต โอเรมเชื่อว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ นั้น จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem 1985 : 120) ผู้ที่เจ็บป่วยในระยะสั้น จะเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมานาน แต่อย่างไรก็ตาม การรักษามานานอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และลดความสามารถในการดูแลตนเองลงได้ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงยังไม่สามารถสรุปทิศทางที่แน่นอนได้ นอกจากนี้ยังแตกต่างกันตามลักษณะของโรคด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว กับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

3. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้หรือไม่

Copyright by Mahidol University

สมมุติฐาน

1. ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง

2. ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวก กับ แรงสนับสนุนทางสังคม

3. เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

5. เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม จึงมีส่วนในการเพิ่มพูนศาสตร์สาขาพยาบาล

2. ทำให้ทราบความสามารถในการดูแลตนเอง และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาล ที่จะศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานหรือตัวแปรอื่นที่จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ

Copyright by Mahidol University

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่สอดคล้องกับภาวะโรคและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ 1) การได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ 2) การดูแลในเรื่องของการขับถ่ายและกำจัดของเสีย 3) การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในสังคม 5) การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ และ สวัสดิภาพของตนเอง และ 6) การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพ หรือ ข้อจำกัดของตนเอง วัดโดยแบบประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self Care Agency Scale : Form A) ของเอเวอร์และคณะ (Ever, et al. 1985) ตามการรับรู้ของผู้ถูกประเมิน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่า บุคคลนั้นมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูล คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น 4) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 5) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง วัดโดยแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) ของแบรนด์และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert 1981) คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ คือ การดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับ ความสามารถในการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

การดูแลตนเอง และ ความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นธรรมชาติที่มนุษย์ได้ปฏิบัติกันมาช้านาน ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ถึงแม้จะช่วยลดปัจจัยในการเกิดโรค และขณะเดียวกันก็จะส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น แต่ความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ ในสังคมอาจทำให้มนุษย์เกิดความเครียดมากขึ้น มีความคับข้องใจในวิธีการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง ซึ่งมีผลต่อบุคคลนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โรคที่เกิดเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องจึงเพิ่มมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยาเสพติด จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (Bargagliotti 1987: 37) คลัสและเอปสไตน์ (Cluss & Epstein, In Karoly, Paul, Editor 1985 :404) ได้เน้นว่า ประสิทธิภาพของการรักษาโรคเรื้อรังนั้น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาและความร่วมมือในแผนการรักษาของผู้ป่วย โดยมุ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก ซึ่งต่างจากการศึกษาของเชาว์แมน (Schulman 1979 :267-279) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในแผนการรักษาที่ไม่เพียงพอ จะเป็นข้อจำกัดของ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University

การรักษา และการส่งเสริมผลของการรักษา จึงควรให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากกว่าการเป็นเพียงผู้รับการรักษา ได้มีผู้ให้คำจำกัดความของ "ความร่วมมือในแผนการรักษา" ไว้ในลักษณะที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น เดวิส (Davis 1968: 115) ได้เน้นว่า ความร่วมมือในแผนการรักษา "เป็นความเต็มใจของบุคคลที่จะทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำและหยุดกระทำเมื่อแพทย์แนะนำให้หยุด" ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตามโดยมิได้ไตร่ตรองของผู้ป่วย (DiMatteo & DiNicola 1982 :7) ในขณะที่ดราคัพและมิเลียส (Dracup & Meleis 1982 :31) เชื่อว่าความร่วมมือในแผนการรักษาของแพทย์ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา จึงเห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งที่บุคคลต้องปฏิบัติตาม โดยขาดการประเมินพฤติกรรมที่จะดูแลตนเองในการที่จะส่งเสริมสุขภาพหรือสวัสดิภาพของตนเอง และ จากการศึกษาของแซคเกตและคณะ (Sackett, et al. 1975 :1205 - 1207) ในกลุ่มคนงานทำเหล็กที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 240 ราย พบว่าการให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแผนการรักษาไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น นั่นแสดงถึงการไม่ได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือพูดคุยถึงปัญหาที่ผู้ป่วยประสบจากแผนการรักษา จะไม่สามารถส่งเสริมความร่วมมือในแผนการรักษาที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการที่จะส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จนั้น นักทฤษฎีและนักวิจัยในเรื่องการดูแลตนเองต่างเห็นตรงกันที่จะให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่จะดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ มีความเชื่อถือในแผนการรักษา เข้าใจและปฏิบัติตามการรักษาได้ดีกว่าการให้เพียงความรู้ในเรื่องโรค อาการและอาการแสดงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายของโรคความดันโลหิต ซึ่งเป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับเพียงฝ่ายเดียว โดยขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Powers & Wooldridge 1982 : 171 - 182)

เลวิน (Levin 1978 : 172) ได้เน้นให้เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลได้กระทำการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหา และให้การรักษาในระยะเริ่มแรกนอกเหนือจากการตัดสินใจ มุ่งเน้นการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของ

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วย ดังนั้นการพยาบาลที่ให้จึงเน้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อคงการมีสุขภาพที่ดีมากกว่าการดูแลเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Kinlein 1977 : 600 - 607)

ในแนวคิดของโอเรม (Orem 1985 : 84) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การดูแลตนเองจึงเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย มีรูปแบบและขั้นตอน เป็นการกระทำที่บุคคลจงใจ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demands) และถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีผลดังนี้ คือ 1) สนับสนุนการดำรงชีวิต 2) การคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลให้อยู่ในภาวะปกติ 3) สนับสนุนระดับพัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล 4) ป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 5) ส่งเสริมการปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ และการเกิดโรค 6) สนับสนุนการดูแลรักษาหรือควบคุมพยาธิสภาพของโรค และ 7) ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล (Orem 1985: 90) จึงเป็นบทบาทของพยาบาลที่จะพิจารณาและส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต

<u>ความสามารถในการดูแลตนเอง</u>

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เฉพาะกับในช่วงเวลานั้น (Orem 1985 : 107) ซึ่งจะแสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ 1) มีการตรวจสอบสถานการณ์และปัจจัยของบุคคลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ตลอดทั้งการให้ความหมายของสถานการณ์ที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง รวมถึงความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) มีการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำหรือสามารถกระทำได้ และ 3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Orem & Taylor 1986 : 48) แต่ถ้าเมื่อใดที่บุคคลนั้นขาดความรู้ และทักษะในการกระทำ ไม่สามารถตัดสินใจได้ถูกต้องหรือขาดแหล่งประโยชน์ จะมีผลต่อการริเริ่มหรือกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Orem 1985: 122) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความสามารถในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำที่ได้รับ เพื่อให้การ

Copyright by Mahidol University

ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และ ความต้องการในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

เนื่องจากแนวคิดของการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรมนั้นซ้ำซ้อน และการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่เข้าใจยาก มีขอบเขตกว้างโดยรวมกิจกรรมต่างๆ ที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการ คือ ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและความต้องการในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าววัดได้ยากโดยเฉพาะในสถานการณ์เจ็บป่วย เพราะพฤติกรรมการดูแลตนเองจะรวมถึงความต้องการเพื่อที่จะสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การจัดการกับผลของโรคและการรักษา และการปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ (Hanucharurnkul 1988 : 150) สมิธได้วิจารณ์แนวคิดของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีลักษณะไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโอเรมได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นผลของการกระทำที่บุคคลมีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยตรง เพื่อควบคุมการทำหน้าที่และสวัสดิภาพของตนเอง ในขณะที่ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติหรือกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น และบุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้ ย่อมแสดงว่า บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Smith 1987 : 98)

ในความหมายของการดูแลตนเอง และ ความสามารถในการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงกันมากนี้ ทำให้เกิดความสับสนในการวัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งโอเรมได้ให้หลักในการตัดสินความพร่องในการดูแลตนเองว่า เกิดจากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าการที่บุคคลซึ่งมีความสามารถแต่อาจใช้ความสามารถนั้นได้ไม่เต็มที่ ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ จึงมีผู้พยายามวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Exercise of Self - Care Agency or Productive Operation of Self - Care Agency) ได้แก่ เคียร์เน่ย์และฟลิสเชอร์ (Kearney & Fleischer 1979 : 25 - 34) และ เอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) อย่างไรก็ตาม สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ได้ให้ข้อคิดว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองนั้นแยกกันได้ยาก

Copyright© by Mahidol University

เอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) โดยนำไปทดสอบความเที่ยงระหว่างบุคคล (Intersubjectivity) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองคู่กับพยาบาลผู้ดูแลโดยประเมินจากเครื่องมือเดียวกัน พบว่าได้คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองจากสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และ ผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งพักอยู่ที่บ้านได้ประเมินตนเองคู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่คอยดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านจำนวน 40 คน โดยประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า คะแนนการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของทั้ง 2 ครั้ง มีความสัมพันธ์ในทางบวก ($r = 0.72$) และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach alpha) = 0.77-0.92 นอกจากนี้เอเวอร์และคณะได้ศึกษาความคงที่ของเครื่องมือ (Stability) โดยศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี่ 6 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับระยะเวลาภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.56$, $p < .001$)

สำหรับความตรงของเครื่องมือ เอเวอร์และคณะได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้นักศึกษาระดับปริญญาเอกที่มีความเชี่ยวชาญในมโนมติของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม จำนวน 8 ท่าน ร่วมกับผู้สร้างทฤษฎี คือ โดโรที อี โอเรม เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับจนเหลือเพียง 24 ข้อ ส่วนข้อความตรงตามโครงสร้าง(Construct Validity) ผู้สร้างเครื่องมือได้ศึกษาโดยใช้วิธีKnown group technique โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลและกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญตรงตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้ผู้สร้างเครื่องมือได้วัดความตรงตามทำนาย (Predictive Validity) ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี่ 6 เดือน และวัดระดับการรับรู้ถึงการมีภาวะสุขภาพดีและการมีสวัสดิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการมีสุขภาพดีและสวัสดิภาพที่ดี มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยในแต่ละโรค สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurukul 1986)จึงได้

Copyright by Mahidol University

ดัดแปลงเครื่องมือเล็กน้อย เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาให้เหมาะสมและเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก มีคะแนนการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ค่อนข้างสูง

ความต้องการในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โอเรม (Orem 1985 : 88) ได้เน้นว่า ความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเองเนื่องจากแผนการรักษาบุคคลนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Kubricht 1984 : 45) และการที่บุคคลจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรมและเทลเลอร์ (Orem & Taylor 1986) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองและการที่จะก่อให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูลและคำแนะนำ และชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติตัว รองจากแพทย์และครอบครัวของผู้ป่วยในการที่จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ (Dodd 1982 :451) นอกจากนี้ โรเบิร์ต และครูซ (Robert & Krouse 1988 : 44-52) ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคและแผนการรักษา มีเป้าหมาย และมีการวางแผนที่จะดูแลตนเอง ตลอดทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกับพยาบาล ความต้องการในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Long , et al. 1976 : 765-770) ประกอบด้วย

1. ควบคุมน้ำหนักตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต แมคมาฮอน (McMahon 1984: 46) ได้เน้นว่า การลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัม จะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท

Copyright by Mahidol University

2. การจำกัดเกลือ โดยไม่รับประทานอาหารเค็มจัด ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้ว เกลือแกงที่ใช้ในการปรุงอาหารไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ตลอดทั้งหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองต่าง ๆ (เกษม วัฒนชัย 2531 : 114)

3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น การงดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับไขมันในเส้นเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดทั้งการพูดคุยชี้แจงถึงแหล่งที่เป็นสาเหตุของความเครียด ตลอดทั้งวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ชื่อยาลดความดันโลหิต ขนาด ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยาลดความดัน รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต เช่น อาการหน้ามืดเนื่องจากความดันโลหิตต่ำ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากการรับประทานยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน และที่สำคัญคือควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น ไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์หรือซื้อยาอื่นรับประทานร่วมกับยาลดความดันโลหิต เพราะอาจเพิ่มหรือยับยั้งฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตได้ (สมจิต หนุเจริญกุล ในสมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ 2531 : 124 ; Billings & Stokes 1986 : 1095) ตลอดทั้งมีการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า มโนมติของการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ เลวีน มองการดูแลตนเองในด้านสุขภาพและสังคม ในขณะที่แพทย์จะมองการดูแลตนเองในลักษณะของความร่วมมือในการรักษา และการปฏิบัติตามโดยมีแพทย์เป็นผู้ควบคุมดูแล แต่ในทางการพยาบาล นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงการดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมทางสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Hanucharurnkul 1988 : 33) ตามแนวคิดของโอเรมได้เน้นถึงความสำคัญของการใช้สติปัญญา ความนึกคิด การใช้เหตุและผลในการปรับกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง การตระหนักถึงสิทธิในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมและการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ตลอดทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวในการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้น ๆ (Orem

Copyright by Mahidol University

1985) และการที่บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้ในการดูแลตนเองจากการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

แรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นที่ยอมรับกันว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (Cohen & Wills 1985 : 310-357 ; Gore 1978 : 157-165 ; Lin , et al. 1979 : 108-119 ; Nuckolls, et al. 1971 : 431-441) แรงสนับสนุนทางสังคมในความหมายของโอเรมก็คือ แหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ในการที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน เช่น ไวสส์ (Weiss cited in Lindsey, et al. 1981 : 378) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความใกล้ชิดผูกพันซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง 2) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล และความห่วงใยซึ่งกันและกัน 3) การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น 4) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง 5) การรับรู้ถึงความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น ทำให้บุคคลเกิดความแน่ใจที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และ 6) การได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ เพราะการได้รับข้อมูลจะทำให้บุคคลเชื่อว่า ตนได้รับความรักความดูแลเอาใจใส่ มีความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม (Cobb 1976 : 300) แต่ทั้งไวสส์ และคอบบ์ไม่ได้เน้นถึงการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และสิ่งของซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สำคัญประการหนึ่ง

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et al. 1981 : 385-386) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือและ

Copyright by Mahidol University

ไว้วางใจบุคคล 2) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว และ 3) แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Support) จะรวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการโดยตรง นอกจากนี้เฮ้าส์ (House cited in Brown 1986 : 5) ยังได้เน้นถึงแรงสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นแรงสนับสนุนในการรับรอง การเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาถึงผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวในภาวะเครียด โดยผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพและการปรับตัว จึงควรทราบถึงกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

<u>กลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ</u>

โคเฮน และ วิลล์ (Cohen & Wills 1985 : 310-313) ได้เสนอสมมติฐานเกี่ยวกับบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1. แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Main Effect Model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดี นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีกว่าผู้แรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า จากการศึกษาของเบิร์คแมน และ ไซม์ (Berkman & Syme 1979 : 186-203) เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางสังคมของบุคคลกับอัตราตายของประชาชน โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6,928 ราย และติดตามนาน 9 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีอัตราตายต่ำกว่าบุคคลที่ขาดแหล่งสนับสนุนหรือขาดการติดต่อกับสังคม เพราะการที่บุคคลขาดคนคอยบอกกล่าว แนะนำ อาจทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ได้แก่ การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา

Copyright by Mahidol University

การใช้ยานอนหลับ มีการออกกำลังกาย ตลอดจนการใช้บริการทางด้านสุขภาพลดน้อยลง ทั้งยังมีผลต่อภาวะจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้

2) แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) โดยจะป้องกันไม่ให้บุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเครียดเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า หมดหนทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียดได้โดย (1) ช่วยให้บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่าไม่รุนแรง หรือรุนแรงน้อยลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น จะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ หรือช่วยบรรเทาความเครียดให้น้อยลงได้ และ (2) ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดที่มีผลต่อทางด้านร่างกายโดยตรง โดยช่วยให้บุคคลได้มีการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดลดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้นโดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัวและสนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาทางด้านการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะในผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง ดังนั้นการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเป็นที่รักของผู้อื่นจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการให้ความร่วมมือในแผนการรักษา(Wortman 1984: 2352-2354) และที่สำคัญในภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเครียดหรือภาวะเจ็บป่วยรุนแรง แรงสนับสนุนทางด้านการมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยทำให้บุคคลสามารถแก้ไขสิ่งที่มาคุกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

เพนเดอร์ (Pender 1987: 398)ได้สรุปประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลได้ดังนี้ 1) ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง และทำให้บุคคลนั้นมีสวัสดิภาพ 2) ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต 3) ช่วยรับรองยืนยันว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วมและ

Copyright by Mahidol University

เป็นที่ต้องการของสังคม และ 4) ช่วยลดผลที่ได้รับในด้านลบ เช่น ลดเหตุการณ์ที่ตึงเครียดโดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์ และ การตอบสนองทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกลไกของแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดี คือ ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญต่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ตัวแปรนี้มากมพอควร

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเรม ได้เน้นถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งจะช่วยในการให้การพยาบาล และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆและมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจที่จะดูแลตนเอง ตลอดทั้งการควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ดังนั้นการให้ข้อมูลและคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ กำลังใจ การให้ข้อมูลป้อนกลับจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มสังคมจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น โจเซฟ (Joseph 1980 : 137) ได้เน้นถึงองค์ประกอบในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ความรู้ ทักษะ และ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างดียิ่ง

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard ,et al. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 15-77 ปี มีอายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 133 ราย ใช้แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle Questionnaire) ที่สร้างโดย บราวน์ และคณะ ซึ่งวัดกิจกรรมการดูแลตนเองใน

Copyright by Mahidol University

ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา และการป้องกันโรค และใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่สร้างโดยแบรนด์และไวเนิร์ท ซึ่งอาศัยแนวคิดของไวสส์ (Weiss 1974) วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของต่าง ๆ 3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูบุคคลอื่น หรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น 4) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ 5) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวก กับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ โดยคนที่แต่งงานจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่เป็นโสด และคนที่เป็นโสดจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนที่แต่งงานได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส จึงทำให้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคนที่ไม่แต่งงาน

มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338) ได้พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้บุคคลมีการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ตเมนท์ จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้สูงขึ้น แต่ในการดูแลตนเองที่มุชเลนแคมป์และเซเลสได้ศึกษานั้นจัดเป็นเพียงส่วนหนึ่งของความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปตามแนวคิดของโอเรม จึงมีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การดูแลตนเองโดยใช้แนวคิดของโอเรม ได้แก่ การศึกษาของสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531) และ สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1989 : 21-27)

สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ แรงสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาโดยวิธีชะล้างของเสียออกทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง จำนวน 70 ราย วัดการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม ได้แก่ การควบคุมอาหารและยา การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน ในด้านความรู้ได้วัดเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวของ

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วย สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสวัดตามแนวคิดของเฮ้าส์ใน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน การให้ข้อมูล และให้การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมจิต หนุเจริญกุล ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด (Hanucharurnkul 1989 : 21-27)

นอกจากนี้ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 ราย โดยใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ และคณะ ซึ่งสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ได้นำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจะแตกต่างไปจากแนวคิดการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ดังนั้นแม้ว่าการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองในแต่ละการศึกษาจะมีความแตกต่างกัน แต่ผลโดยสรุปได้แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของบุคคลเพิ่มมากขึ้นทั้งในภาวะที่มีสุขภาพปกติ หรือเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับ ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาปัจจัยบางประการที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อดูความสัมพันธ์ร่วมกับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ ดังนี้

Copyright© by Mahidol University

เพศ

มุชเลนแคมป์ และ โบรเออร์แมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าทางสุขภาพ และการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดี ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติจำนวน 172 ราย วัดความเชื่ออำนาจทางด้านสุขภาพ (Multidimensional Health Locus of Control) การสำรวจคุณค่าทางสุขภาพ(Health Value Survey) และ แบบสอบถามวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล (Personal Lifestyle Questionnaire) ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงจะปฏิบัติตนทางสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าผู้ชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีการควบคุมพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีรูปร่างสวยงาม ส่วนในด้านอื่น ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด ความปลอดภัย การใช้ยา และการป้องกันโรคพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮักและโฟล์มาร์ (Haug & Folmar 1986 : 332-345) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่พักที่บ้าน ทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 647 คน ติดตามผลนาน 9 ปี พบว่าผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 92 ปี จะมีการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงขาดความสามารถในด้านความนึกคิด (Impairment of Cognitive Ability) ขาดการได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส รายได้ไม่เพียงพอ อยู่เพียงลำพัง และมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายจึงมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้หญิงในช่วงอายุก่อน 92 ปี

จากการศึกษาของไนมิและคณะ (Niemi, et al. 1988 : 1101-1107) ในเรื่องคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังเกิดสโตร๊ค จำนวน 46 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 17-64 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้หญิงในด้านการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอก การมีงานอดิเรกและสิ่งที่สนใจทำ รวมทั้งความพึงพอใจในการพักผ่อน โดยผู้ป่วย 5 ใน 6 คนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการมีกิจวัตรประจำวัน คือ ผู้ชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเป็นผู้ไร้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น คุณภาพชีวิตจึงต่ำกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า จากการศึกษาทั้ง 3 เรื่องนี้ ยังไม่อาจสรุปได้ว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะของโรค อายุ หรือ การมีทัศนคติต่อภาพลักษณ์ของตนเอง

Copyright by Mahidol University

ส่วนเพศกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพรสตัน และ กริมีส (Preston & Grimes 1987 : 36-40) ได้ศึกษารูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม กับเพศและสถานภาพสมรส ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่พักอยู่ที่บ้าน จำนวน 900 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมใน 2 ลักษณะ คือ (1) การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และสังคม ได้แก่ การให้ความรัก ความเข้าใจ และเห็นใจ (2) การช่วยเหลือทางด้านวัตถุได้แก่ การให้ข้อมูลและ การช่วยเหลือต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่าผู้ชายที่แต่งงานแล้ว จะไว้วางใจและมีความเชื่อมั่นในภรรยามากกว่า ในขณะที่แหล่งของแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคมที่สำคัญของภรรยา คือ ครอบครัวและเพื่อนมากกว่าที่จะเป็นสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของครอนเนนเวทท์ (Cronenwett (b) 1985 : 347-352) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาภายหลังคลอดบุตรคนแรก จำนวน 54 คู่ โดยวัดเครือข่ายทางสังคมใน 4 ระยะ คือ 3 เดือนก่อนคลอด ถึงหลังคลอดบุตรได้ 8 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการได้รับข้อมูลป้อนกลับน้อยกว่าผู้หญิง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้หญิงมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าผู้ชาย จึงได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และมีความใกล้ชิดผูกพันมากกว่านั่นเอง

<u>ระยะเวลาในการศึกษา และ รายได้ของครอบครัว</u>

การศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ดี เพราะบุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งทำให้มีรายได้สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ไขปัญหา (Jalowiec & Powers 1981 : 10-15) ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาหรือไม่ให้เกิดเหตุการณ์นั้นอีก (Jenkins 1978 : 96)

ผลการศึกษาของ เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน รัตนา มาศเกษม (2527) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู และภัทรา จุลวรรณา (2529) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์

Copyright by Mahidol University

และปัจจัยบางประการ กับ การดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการศึกษาสอดคล้องกัน คือ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวน้อย การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล สามารถช่วยบรรเทาอาการของเหนื่อยได้ จึงทำให้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเองก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ทำให้การศึกษาและรายได้ไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

<u>ระยะเวลาที่เจ็บป่วย</u>

ในความหมายของโอเรม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจะถือว่าเป็นประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของโรค วัดคินส์ และคณะ (Watkins, et al. 1967 : 452-457) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การดูแลตนเองและการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลิน จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในด้านการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การฉีดยาและการใช้ขนาดยาฉีด รวมทั้งการดูแลรักษาเท้า ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เหตุผลว่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความเข้าใจในแผนการรักษาไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ และแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คาล์ดเวลล์ และคณะ (Caldwell, et al. 1970 : 579-592) ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษาก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่หยุดการรักษา และกลุ่มที่ยังคงรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ยังคงรักษาอย่างสม่ำเสมอมีระยะเวลาในการเป็นโรคนานกว่า และมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า กลุ่มที่หยุดการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคมานานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดทั้งประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมาก่อนผู้ป่วยที่ระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า

Copyright by Mahidol University

นวลชนิษฐ์ ลิมปนวัสส์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และเรมวล นันท์คุภวัฒน์ (2524) ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรค มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตนา มาศเกษม (2527) สุนันทา ภู่เกลี้ยะ (2524) และสมใจ ยิ้มวิไล (2531) ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ในภาวะเจ็บป่วย และการรักษาของแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดจากโรค เพื่อมิให้ตนเองเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531); อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531); Hanucharurnkul 1989 : 21-27 ; Hubbard , et al. 1984 : 266-269) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ การศึกษาและรายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่เจ็บป่วย พบว่ามีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้ดังกล่าวข้างต้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

<u>ลักษณะประชากรและการเลือกตัวอย่าง</u>

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และ
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจงตามลักษณะดังกล่าวข้างต้น (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2532 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ.2532 จำนวน 120 ราย แต่ในระหว่างเก็บข้อมูลมีผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 11 ราย ไม่เข้าใจแบบสัมภาษณ์จำนวน 3 ราย ตอบแบบสอบถามไม่ครบจำนวน 5 ราย และเน้นความสำคัญในการดูแลตนเองในโรคเบาหวานมากกว่าโรคความดันโลหิตสูง 1 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะเสนอในบทที่ 4

Copyright by Mahidol University

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ซึ่งมีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในทุกคลีนิกของแผนก เช่น คลีนิกประสาทวิทยา คลีนิกโภชนาการ และคลีนิกอายุรกรรมทั่วไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการมาตรวจตามนัดค่อนข้างสม่ำเสมอ สำหรับการให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยนั้น ได้แก่ การใช้ภาพประกอบเสียง การแจกเอกสารประกอบการสอนในเรื่องการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งแพทย์ส่งมาเพื่อขอคำแนะนำเป็นรายบุคคล และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย แหล่งของการได้รับข้อมูล และอื่นๆ(ดูในภาคผนวก ก.)

2. แบบประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ที่สร้างขึ้นโดยเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) มีทั้งหมด 24 ข้อ (ดูในภาคผนวก ข.) ในการสัมภาษณ์จะให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองว่า ข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่าของลิเกิต 5 อันดับ คือ ตรงกับตัวท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน และไม่ตรงกับตัวท่านเลย ให้ 1 คะแนน ข้อความในแบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 15 ข้อและข้อความด้านลบ 9 ข้อ สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 24 -120 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก

ในเรื่องความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่แปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และมะเร็ง

Copyright by Mahidol University

ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา (Hanucharurnkul 1986) นี้ มาปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช ได้ α =.78 ซึ่งตรงกับในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 60 ราย (Hanucharurnkul 1986) หลังจากนั้นจึงปรับภาษาบางข้อที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจภาษาให้เหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง สัมประสิทธิ์อัลฟ่าเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ค่าสูงขึ้น คือ α = .83

3. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว (The Personal Resource Questionnaire : PRQ 85 - Part 2) สร้างโดยแบรนด์ และไวเนิร์ท (Brandt and Weinert 1981) โดยใช้แนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss 1974) และมีการปรับปรุงเป็นระยะๆ มีทั้งหมด 25 ข้อ (ดูในภาคผนวก ค.) ในการสัมภาษณ์นี้ เป็นการวัดการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 5 ด้าน คือ (1) ความใกล้ชิดผูกพัน (2) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (3) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (4) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ (5) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองว่า ข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่าของลิเกิต 7 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ข้อความในแบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย ข้อความด้านบวก 20 ข้อ และข้อความด้านลบ 5 ข้อ สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่เป็นลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนก่อน แล้วจึงรวมคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 25-175 คะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนมาก

ในด้านความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน α =.85 และทำการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) ในกลุ่มนักศึกษารังสีเทคนิค ปี 1 ห่างกัน 2 สัปดาห์ จำนวน 10 ราย พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ (r = .62 p =.03) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับภาษาที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจให้ชัดขึ้น และให้ผู้เชี่ยวชาญ

Copyright by Mahidol University

ทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 1 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง สำหรับความเที่ยงของเครื่องมือเมื่อใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย นี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช α =.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึง หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตามรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นัดมารับการตรวจในวันนั้นๆ

2. หลังจากผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้รับการชั่งน้ำหนัก และรับหมายเลขตรวจแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าไปขอความร่วมมือในการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง.)

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในช่วงรอตรวจ และ บางรายภายหลังจากที่ได้รับการตรวจเสร็จแล้ว โดยอ่านข้อความตามแบบสอบถามในแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถาม และบันทึกคำตอบตามที่ผู้ป่วยเลือกจนครบ กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความที่ถาม ผู้ป่วยสามารถจะซักถามได้ตลอดเวลา

อนึ่งมีผู้ป่วยบางรายที่มีความรู้และขออนุญาตทำด้วยตัวเอง ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวิธีการทำจนผู้ป่วยเข้าใจเป็นอย่างดี จึงได้ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง และในระหว่างทำผู้ป่วยสามารถซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา มีผู้ป่วยเพียง 3 รายที่ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง

Copyright by Mahidol University

4. ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเรียงตามลำดับของแบบสอบถามดังนี้ คือ ข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว เพื่อป้องกันการมีอิทธิพลจากการตอบแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งจะมีผลในการตอบในแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามนาน 30-60 นาที

5. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้ง 3 ชุดนี้ มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS*

Copyright by Mahidol University

สำนักหอสมุด

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และศึกษาถึงความสามารถของตัวแปรต่าง ๆ ในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. แหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล และ ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง
4. แรงสนับสนุนทางสังคม
5. ผลการทดสอบสมมติฐาน ตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึง 5

<u>ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง</u>

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 100 คน (ตารางที่ 1) เป็นเพศหญิง และเพศชายในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือเพศหญิงร้อยละ 49 และ เพศชายร้อยละ 51 มีอายุระหว่าง 35 ถึง 78 ปี อายุเฉลี่ย 59.21 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 79 และมีการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง คือ มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมถึงระดับปริญญาโท จำนวนร้อยละ 56 รองลงมาคือ ระดับประถม จำนวนร้อยละ 38 มีเพียงร้อยละ 6 ที่ไม่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษาเฉลี่ย 8.43 ปี โดยมีเพียง 1 ราย ที่มีระยะเวลาในการศึกษานานถึง 26 ปี เนื่องจากมีการศึกษาต่อเนื่องตลอดเวลาในขณะปฏิบัติงาน ส่วนรายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างสูงคือร้อยละ 35 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 29 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 6,001 - 10,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 13 มีรายได้ของครอบครัวอยู่

Copyright by Mahidol University

18478

ระหว่าง 2,001 - 4,000 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 2 ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 27 ปี (324 เดือน) ระยะเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วย 7.5 ปี (91 เดือน) สำหรับระยะเวลาที่ได้รับการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการรักษาใกล้เคียงกับระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยมีระยะเวลาที่รับการรักษาตั้งแต่ 1 เดือนถึง 25 ปี(300 เดือน)และมีระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 6.8 ปี (81 เดือน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดค่อนข้างสม่ำเสมอ คือ สูงถึงร้อยละ 84 และ 96 ตามลำดับ

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 100)

ตัวแปร	n	%	ตัวแปร	n	%
เพศ			รายได้ของครอบครัว		
ชาย	51	(51)	ต่ำกว่า 2,000 บาท	2	(2)
หญิง	49	(49)	2,001-4,000 บาท	13	(13)
อายุ			4,001-6,000 บาท	21	(21)
ค่าพิสัย (ปี)	35-78		6,001-8,000 บาท	13	(13)
ค่าเฉลี่ย	59.21		8,001-10,000 บาท	16	(16)
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.97		10,001 บาทขึ้นไป	35	(35)
สถานภาพสมรส			ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
โสด	4	(4)	ค่าพิสัย (เดือน)	1-324	
คู่	79	(79)	ค่าเฉลี่ย	90.65	
หม้าย	12	(12)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	80.23	
หย่า,แยก	5	(5)			
ระยะเวลาในการศึกษา			ระยะเวลาที่รักษา		
ค่าพิสัย (ปี)	00-26		ค่าพิสัย (เดือน)	1-300	
ค่าเฉลี่ย	8.43		ค่าเฉลี่ย	81.18	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.33		ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70.78	
ระดับการศึกษา			การรับประทานยา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	(6)	สม่ำเสมอ	84	(84)
ประถมศึกษา	38	(38)	ไม่สม่ำเสมอ	16	(16)
มัธยมศึกษา	31	(31)	การมาตรวจตามนัด		
อาชีวะหรืออนุปริญญา	12	(12)	สม่ำเสมอ	96	(96)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	(13)	ไม่สม่ำเสมอ	4	(4)

Copyright by Mahidol University

แหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย คือร้อยละ 100 ได้รับความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ รองลงมา คือ ร้อยละ 85 ได้รับข้อมูลและความรู้ในเรื่องโรคนี้จากสื่อการสอนต่าง ๆ และร้อยละ 48 ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 38 ได้รับจากพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากแหล่งประโยชน์ตั้งแต่สองแหล่งขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 98 มีเพียงร้อยละ 2 ที่ได้รับความรู้จากแหล่งประโยชน์เพียงแหล่งเดียว คือ จากแพทย์

ตารางที่ 2 ความถี่และร้อยละของแหล่งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง (N = 100)

แหล่งประโยชน์ที่ให้ความรู้	จำนวน	
	n	%
แพทย์	100	100
พยาบาล	38	38
สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน	48	48
สื่อการสอนต่าง ๆ	85	85

Copyright by Mahidol University

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ค่าพิสัยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง มีค่าอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 69-119 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 91.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.21 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางค่อนข้างเบ้ไปทางซ้ายเล็กน้อย (Skewness - 0.5) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม

ค่าพิสัยของคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 25-175 คะแนน คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 97-174 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 139.53 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.66 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางด้านซ้าย (Skewness -.16) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในสมมติฐานข้อที่ 1-4 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) และตัวแปรที่มีการวัดในระดับนามสเกล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อนการวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าที่ใช้ในการแปลงดังนี้ เพศหญิง = 1 เพศชาย = 0 สถานภาพสมรสคู่ = 1 โสด หม้าย หย่า แยก = 0 การรับประทานยาสม่ำเสมอ = 1 ไม่สม่ำเสมอ = 0 และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ = 1 ไม่สม่ำเสมอ = 0 ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

Copyright by Mahidol University

สมมติฐานข้อ 1 กล่าวว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ $r(98) = .25$, $p<.01$; $r(98) = .32$; $p<.001$; $r(98) = .43$, $p<.001$ นั่นแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง รายได้ของครอบครัวดีและมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ $r(98) = .57$; $p<.001$ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง มักมีรายได้ของครอบครัวสูงด้วยเช่นกัน

สมมติฐานข้อ 2 กล่าวว่า ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากตารางที่ 3 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัว กับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการปฏิเสธสมมติฐาน ข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม จากตารางที่ 3 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีนัยสำคัญ แต่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ $r(98) = .18$, $p<.05$ แสดงว่า เพศหญิงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเพศชาย ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 3 นี้จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง จากตารางที่ 3 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่มีนัยสำคัญ สมมติฐานข้อนี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

นอกจากนั้นยังพบว่า การรับประทานยา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง $r(98) = .26$, $p<.05$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความตรงในการทำนาย (Predictive Validity) ของเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

Copyright© by Chiang Mai University

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ (N=100)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. เพศ	1.00										
2. ระยะเวลาในการศึกษา	-.33***	1.00									
3. รายได้ของครอบครัว	-.15	.57***	1.00								
4. สถานภาพสมรส	-.38***	.30**	.24**	1.00							
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	.02	.03	-.00	-.12	1.00						
6. การรับประทานยา	-.06	.24**	.18*	.11	.07	1.00					
7. การมาตรวจตามนัด	-.00	.14	.01	.02	-.03	.47***	1.00				
8. แรงสนับสนุนทางสังคม	.18*	.12	.14	-.08	-.02	.13	.03	1.00		139.53	16.66
9. ความสามารถในการดูแลตนเอง	-.04	.25**	.32**	.03	.02	.26*	.08	.43***	1.00	91.91	10.21

หมายเหตุ * $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

ค่าตัวแปร : เพศ 0 = ชาย 1 = หญิง

สถานภาพสมรส 0 = เดี่ยว 1 = คู่

การรับประทานยา 0 = ไม่สม่ำเสมอ 1 = สม่ำเสมอ

การมาตรวจตามนัด 0 = ไม่สม่ำเสมอ 1 = สม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

สมมติฐานข้อที่ 5 กล่าวว่า เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ การทดสอบใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) และสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ในการใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น เป็นการกำหนดตัวแปรที่นำเข้าในสมการการทำนายตามลำดับระยะเวลาที่เกิดขึ้น ดังนี้ 1) เพศ 2) ระยะเวลาในการศึกษา 3) รายได้ของครอบครัว 4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ 5) แรงสนับสนุนทางสังคม จากตารางที่ 4 พบว่า เพศ เมื่อนำเข้าในสมการการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองเป็นอันดับที่ 1 ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันดับที่ 2 เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษาเข้าในสมการการทำนาย พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,97) = 6.38$, $p<.01$ และในอันดับที่ 3 เมื่อนำรายได้ของครอบครัวเข้าในสมการการทำนาย พบว่า รายได้ของครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,96) = 4.78$, $p<.05$ และเมื่อระยะเวลาที่เจ็บป่วยถูกนำเข้าสมการเป็นอันดับถัดมา พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ และในอันดับที่ 5 ซึ่งเป็นอันดับสุดท้าย เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมถูกนำเข้าในสมการทำนาย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 15 $F(5,94) = 19.07$, $p<.001$ และตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26 $F(5,94) = 6.54$, $p<.001$

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4 การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 100)

ตัวแปร	ขั้นตอนในการเข้าสมการ	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
เพศ	1	.00	.00	.12	.725	-.04
ระยะเวลาในการศึกษา	2	.06	.06	6.38	.013	.26
รายได้ของครอบครัว	3	.11	.05	4.78	.031	.28
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	4	.11	.00	.02	.886	.01
แรงสนับสนุนทางสังคม	5	.26	.15	19.07	.000	.40

Copyright by Mahidol University

จากตารางที่ 5 เมื่อนำตัวแปรทั้ง 5 ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม เข้าในสมการการทำนายโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง 2 ตัว คือ แรงสนับสนุนทางสังคม กับรายได้ของครอบครัว โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้ามาในสมการการทำนายก่อน และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 19, $F(1,98) = 22.32$, $p<.001$ สำหรับรายได้ของครอบครัวถูกเลือกเข้าเป็นอันดับที่ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 7, $F(2,97) = 8.47$, $p<.01$ ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,97) = 16.25$, $p<.001$ ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า จากผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 5 ข้อ สมมติฐานที่ 1 ได้รับการสนับสนุน และสมมติฐานที่ 3 และ 5 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน ในขณะที่สมมติฐานที่ 2 และ 4 ไม่ได้รับการสนับสนุน

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5 การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 100)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
แรงสนับสนุนทางสังคม	1	.19	.19	22.32	.000	.43
รายได้ของครอบครัว	2	.26	.07	8.47	.004	.26
เพศ	3	.26	.00	.63	.429	-.07
ระยะเวลาในการศึกษา	4	.26	.00	.21	.646	.05
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย	5	.26	.00	.07	.786	.02

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5

อภิปรายผล

ในบทนี้เป็นการอภิปรายถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแหล่งที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งความสามารถของตัวแปรต่าง ๆในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ดังนี้

<u>ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและแหล่งที่ได้รับความรู้</u>

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูง คือ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งการศึกษาและรายได้ของครอบครัวค่อนข้างสูง และยังพบว่าแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่สำคัญ คือ แพทย์ผู้รักษา โดยมีเพียงส่วนน้อยที่ตอบว่าได้รับความรู้จากพยาบาล อาจเป็นเพราะในแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลมักทำหน้าที่ในการจัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ การทำหน้าที่ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยมักกระทำในผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรก และในกลุ่มที่มีปัญหาในการควบคุมระดับความดันโลหิต และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีการกระทำในรูปแบบอื่น เช่น การใช้ภาพประกอบเสียง การแจกเอกสารหรือคู่มือการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูงแทนการให้คำแนะนำจากพยาบาลโดยตรง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ว่าเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลในการให้ความรู้ จึงมีผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย ที่ตอบว่าได้รับข้อมูลในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงโดยตรงจาก-พยาบาล แต่ได้จากสื่อการสอนต่าง ๆ สูงถึงร้อยละ 85

Copyright by Mahidol University

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลของการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูงเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 91.91 , SD = 10.21 , Skewness = -.05) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) ที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน ($\bar{X}$ = 100.99 , SD = 9.6) และต่ำกว่าผลการศึกษาของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1986) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ($\bar{X}$ = 98.2 , SD = 12.2) แต่ไม่ได้ทดสอบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ การศึกษาทั้งหมดนี้ได้ใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองแบบเดียวกัน ดังนั้นคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองที่ค่อนข้างสูงจึงสะท้อนให้เห็นถึงความตรงของเครื่องมือ ที่ใช้ในการศึกษาสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล และตามเหตุผลแล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ($\bar{X}$ = 139.53 , SD = 16.66 , Skewness = -.16) สอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266-269) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุและมีสุขภาพปกติ จำนวน 97 ราย ซึ่งมีคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง ($\bar{X}$ = 135 , SD = 19) และกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติเช่นกัน จำนวน 131 ราย มีคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมใกล้เคียงกัน ($\bar{X}$ = 130 , SD = 20) ส่วนการศึกษาของมุชเลนแคมป์ และ เซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่พักในอพาร์ตเมนต์ จำนวน 98 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมลดลงเล็กน้อย ($\bar{X}$ = 130.80 , SD = 19.31) โดยการศึกษาทั้งหมดนี้ใช้เครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเดียวกัน จึงพอจะสรุปได้ว่าการที่ผลการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติ อาจเนื่องจากในวัฒนธรรมและสังคมไทย เป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันภายในเครือข่ายสังคมค่อนข้างแน่นหนา

Copyright by Mahidol University

ดังนั้นการที่สมาชิกในเครือข่ายสังคมคนใดเจ็บป่วย ก็จะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้าน การให้คำแนะนำ การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจตลอดทั้งการช่วยเหลือทางด้านการเงิน วัตถุ และสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงได้

<u>ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง</u>

ผลการวิจัยพบว่า เพศ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26 เหลือถึงร้อยละ 74 ที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในบางส่วน นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้มากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ถึงร้อยละ 15 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) สูงที่สุด และยิ่งกว่านั้นยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง $r(98) = 43$, $p < .001$ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531) อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1989 : 21-27) ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266-269) มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 334-338) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษา จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้น โคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills 1985 : 312-313) ได้เน้นว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลจะช่วยให้บุคคลมีการประเมินสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง มีการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และที่สำคัญคือ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงเหตุผลในการรักษา ดังนั้นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลของการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ การพูดคุยอภิปรายถึงปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและมั่นใจที่จะดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้ถูกต้องยิ่งขึ้น สามารถ

Copyright by Mahidol University

แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการรักษาได้ และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง แพทย์ พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ สามารถประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ได้ตามความเป็นจริง และมีผลโดยตรงต่อการลดความเครียดจากการที่ไม่สามารถแก้ปัญหานั้นได้ (Schaefer , et al. 1981 :386)

นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง (Cobb 1976 : 300) มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp & Sayles 1986 : 337) เชื่อว่า การที่บุคคลได้รับความรักความสนใจและเอาใจใส่จากสมาชิกในเครือข่ายสังคม การเป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี โดยเฉพาะในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ด้วยเหตุนี้การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยดูดซับหรือลดความวิตกกังวลจากแผนการรักษา และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคมจึงส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี มีสวัสดิภาพ และ การทำหน้าที่ในสังคม จึงสรุปได้ว่าในภาวะเจ็บป่วยการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลและการมีคุณค่าในตนเอง จะเพิ่มแรงจูงใจให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ (Wortman 1984: 2339 - 2354) ข้อค้นพบนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเรมที่เน้นให้เห็นว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ และได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น (Orem 1985 : 59)

ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวต่างก็มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองนั่นคือ บุคคลที่มีการศึกษายิ่งสูงและรายได้ยิ่งมาก จะมีผลทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา มาศเกษม (2527) เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ภัทรา จุลวรรณา (2529) และสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1989 : 21-27) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการศึกษาสูง จะช่วยทำให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องโรค และแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น รู้จักตั้งคำถามกับบุคลากรทางการแพทย์ มีการผสมผสานข้อมูลที่ได้รับเข้ากับความรู้ทางการแพทย์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dodge 1969 : 511) มีความเข้าใจการวินิจฉัยโรคและทราบถึงพฤติกรรมใน

Copyright© by Mahidol University

การป้องกันโรคได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Bloom 1982 : 1336 ; Steele & McBroom 1972 : 390) ตลอดทั้งรู้จักใช้บริการทางด้านการแพทย์มากกว่า (Pender 1987: 66) ข้อค้นพบนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเรมที่ชี้ให้เห็นว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง จะพัฒนาได้จากสติปัญญา ความนึกคิด ดังนั้นการได้รับคำแนะนำ ชี้แนะจากบุคคลอื่น และจากการมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง หรือปรับเปลี่ยนการกระทำตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1985 : 106-107)

อย่างไรก็ตาม เมื่อนำระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวเข้าในสมการการทำนายพบว่า ระยะเวลาในการศึกษาเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อนำเข้าในสมการการทำนายก่อนรายได้ (ตารางที่ 4) แต่เมื่อนำเข้าไปในสมการการทำนายหลังรายได้ พบว่า ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ (ตารางที่ 5) เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวในระดับปานกลาง $r(98) = .57, p<.001$ ในขณะที่ระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ $r(98) = .25$, $p<.01$ ซึ่งน้อยกว่าความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับความสามารถในการดูแลตนเอง $r(98) = .32$, $p<.01$ ดังนั้นความแปรปรวนของระยะเวลาในการศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเป็นความแปรปรวนร่วมของระยะเวลาในการศึกษากับรายได้ของครอบครัว และเมื่อดึงความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยรายได้ของครอบครัวออก จึงทำให้ระยะเวลาในการศึกษาไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อีกต่อไป นั่นแสดงว่าระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและไม่สามารถแยกออกจากกันได้

ส่วนรายได้ของครอบครัว ไม่ว่าจะถูกนำเข้าสมการการทำนายก่อนหรือหลังระยะเวลาในการศึกษา ก็สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ แสดงว่ารายได้ของครอบครัวมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีรายได้ของครอบครัวมาก จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้มาก มีการใช้แหล่งประโยชน์และบริการทางด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้มีรายได้น้อย (Pratt 1971 : 284 -285) นอกจากนั้นบุคคลที่มีรายได้สูง จะมีการให้คุณค่ากับการมีสุขภาพที่ดี มีการ

Copyright by Mahidol University

ป้องกันโรคมากกว่า ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีรายได้น้อยมักทำงานหนักเพื่อหาเงินในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงอาจทำให้การดูแลสุขภาพลดน้อยลง (Caldwell, et al. 1970 : 587; Weisman 1971 : 11) ข้อค้นพบนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเรมที่เน้นถึงแหล่งประโยชน์ ซึ่งหมายถึง รายได้ของครอบครัวจะมีผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง และการปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Orem 1985 : 89)

ปัจจัยอื่นที่ไม่สัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ เพศ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิง และเพศชาย มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1986) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮักและโฟล์มาร์ (Haug & Folmar 1986 : 332-345) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 74-82 ปี พบว่าผู้ชายมีการกระทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่า เนื่องจากมีปัญหาทางด้านความจำเสื่อม และการมีความวิตกกังวลทางด้านจิตใจน้อยกว่าผู้หญิง แต่จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีความแตกต่างในด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านอายุและภาวะสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 59 ปี และไม่มีปัญหาทางด้านความจำ ดังนั้นเพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อาจสามารถอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย จะมีความต้องการในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาไม่แตกต่างกัน ดังนั้นไม่ว่าเพศใดจึงมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา มาศเกษม (2527) สมใจ ยิ้มวิไล (2531) และสุนันทา ภู่เกลี้ยะ (2524) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู ผู้ป่วยโรคหอบหืด และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตามลำดับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคาล์ดเวลล์ และคณะ ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและกลุ่มที่ขาดการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีประวัติของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูงซึ่งขาดการรักษาอย่างสม่ำเสมอและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานจะมีการเรียนรู้ถึงอันตรายของการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ ตลอดทั้งเรียนรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่

Copyright by Mahidol University

เจ็บป่วยน้อยกว่า(Caldwell, et al.1970 :579-592) จะเห็นได้ว่าในการศึกษาของคาล์ดเวลล์ และคณะ เป็นการวัดปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด และมีการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้วัดความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่วัดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองในเรื่องความต้องการที่เกิดจากความดันโลหิตสูงและความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่จะต้องดัดแปลงให้สอดคล้องกับโรค จึงอาจเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เจ็บป่วยมานาน และอาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเกิดขึ้น จะมีผลทำให้ความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นถึงแม้ผู้ป่วยจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่อาจจะไม่สามารถสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้ จึงทำให้ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดได้

<u>ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับปัจจัยต่าง ๆ</u>

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงมีการรับรู้กิงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพรสตัน และกริมิส (Preston & Grimes 1987 : 36-40) ที่พบว่าผู้ชายที่สมรสแล้วรายงานการไว้วางใจและมีความมั่นใจในตัวภรรยาในขณะที่ผู้หญิงที่แต่งงานรายงานการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากครอบครัว และเพื่อนมากกว่าสามี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่า ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น ความเห็นใจ ความเข้าใจ การได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงมีมากกว่าผู้ชาย ซึ่งต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว การที่สังคมกำหนดให้เป็นผู้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหา ต้องมีความสามารถมีเหตุผล มีอิสรภาพ ผู้ชายจึงหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ ความใกล้ชิดผูกพัน การแสดงออกถึงความอ่อนแอ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมจึงน้อยกว่าทำให้ผู้ชายมีสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมจำกัดเฉพาะกับคู่สมรส และผู้ร่วมงาน (Vaux 1985 : 92-97) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ชายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าผู้หญิง

สำหรับปัจจัยทางด้านระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษาและรายได้ของครอบครัว กับ แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ในกลุ่ม

Copyright by Mahidol University

ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะอาการ และการรักษาที่ค่อนข้างคงที่ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ค่อนข้างสูง และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเบิกค่ารักษาได้ หรือได้รับการช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาและรายได้แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1989 : 21-27) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งพบว่าระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเนื่องมาจากในขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ผู้ที่มีการศึกษาดีและมีรายได้ของครอบครัวดี จะมีการแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ประกอบกับสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จึงให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ สูงกว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม และตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 26 เหลืออีกร้อยละ 74 ที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นๆที่ไม่ได้รวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงต้องการการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ในการที่จะส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป

Copyright by Mahidol University

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal Validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1) ในการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดความลำเอียงได้จากการตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ และตอบได้ไม่ตรงตามความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบแบบสอบถามการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้มีผลต่อความตรงของงานวิจัยได้

2) ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นได้จากตัวผู้วิจัยในการอ่านและอธิบายข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ซึ่งผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลของการวิจัยอาจทำให้มีอิทธิพลต่อการตอบของกลุ่มตัวอย่างได้ และการใช้ระยะเวลานานเกิน 45 นาทีในการสัมภาษณ์ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความตั้งใจฟังและอาจมีผลต่อคำตอบได้

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External Validity) ของงานวิจัย คือ การไม่สามารถนำไปอ้างถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่เป็นการเก็บข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตามการพบความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับหลาย ๆการศึกษา แม้ว่าแนวคิดและการวัดทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง จะแตกต่างกันไปในประชากรที่แตกต่างกันไป แต่มีผลทำให้การสรุปผลอ้างอิงมีความตรงได้มากขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนมีนาคม 2532 ถึงเดือนมิถุนายน 2532 จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้ และ 3) ยินดีร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) ที่สร้างโดยเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) และแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire : Part 2) สร้างโดย แบรนด์และไวเนิร์ท (Brandt & Weinert 1981) ตามแนวคิดของไวสส์ (Weiss 1974) และวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS*

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และยังพบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับรายได้ของครอบครัว ในขณะที่เพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า เพศมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม

Copyright © by Chulalongkorn University

โดยพบว่า ผู้หญิงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากการมีสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมมากกว่า แต่ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม และ เมื่อนำปัจจัยบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าในสมการการทำนายถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ที่สามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ และสนับสนุนความตรงของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมเป็นบางส่วน

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ

<u>การนำไปใช้ทางด้านปฏิบัติการพยาบาล</u> จากการที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นแสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการเพิ่มและส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดย 1) เป็นแหล่งให้ความรู้โดยตรง ชี้แนะ และสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพของโรคและแผนการรักษาเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ตลอดทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดทั้งความมั่นใจที่จะสามารถดูแลตนเองได้ 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ร่วมแก้ไขปัญหาที่ทำให้ตนเองไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ซึ่งจะคงไว้หรือส่งเสริมความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น

Copyright by Mahidol University

และทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น 3) ส่งเสริมให้ครอบครัว ญาติ พี่น้องได้มีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนหรือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การจำกัดการรับประทานอาหารเค็ม การควบคุมน้ำหนัก การสนับสนุนและการให้กำลังใจ ตลอดทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยดี และ 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือญาติได้มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่รัฐจัดให้ โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้น้อย เช่น การส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

<u>การนำไปใช้ทางด้านหลักสูตรการเรียนการสอน</u> โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนำเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว คู่สมรส เพื่อน หรือผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาและประเมินลักษณะสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว หรือผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยโดยตรง ตลอดทั้งความต้องการการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล และให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยโดยตรง พัฒนา ดำรงรักษา และส่งเสริมให้สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

<u>ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป</u> โดย 1) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลต่าง ๆ และควรทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสามารถนำผลไปอ้างอิงถึงประชากรได้เพิ่มมากขึ้น และ 2) ทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเลือด และอื่น ๆ โดยมีการนำเอาไปใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาล

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. " ตารางลำดับสาเหตุการตายตามอัตรา ต่อประชากร 100,000 คน 10 กลุ่มแรก ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ." สถิติสาธารณสุข. แก้ไขครั้งที่ 9, 2529 : 81.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ท. 2531.

ชมพูนุท อ่องจริต. " ความดันโลหิตสูง." ใน อายุรศาสตร์เวชปฏิบัติ 1 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยนอก. หน้า 127. สัจพันธ์ อิศรเสนา, ประดิษฐ์ เจริญลาภ และศรีจิตรา บุนนาค, บรรณาธิการ. กรุงเทพ : สินประสิทธิ์การพิมพ์ , 2527.

นวลชนิษฐ์ ลิมปนวัสส์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ภัทรา จุลวรรณา. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ยุวดี ฤาชา และ คณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร วิคตอรี่เพาเวอร์พอยท์ จำกัด , 2531.

รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และ ปัจจัยบางประการกับ การดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

เรมวล นันท์ศุภวัฒน์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กรุงเทพฯ . ห้างหุ้นส่วนจำกัด

Copyright by Mahidol University

ภาพพิมพ์, 2527

สุนันทา ภู่เกลี้ยะ. การศึกษาความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

สมจิต หนุเจริญกุล. " การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม1. พิมพ์ครั้งที่ 8. หน้า 112. สมจิต หนุเจริญกุล , บรรณาธิการ กรุงเทพ : เอเชียเพรสจำกัด, 2531.

สมใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และ ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

สุภาภรณ์ ด้วงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

American Psychological Association. Publication Manual of the American Psychological Association. 3rd.ed. Banta Company ,Washington 1983.

Bargagliotti, T. " Stressors and Illness." In Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 3rd.ed. pp.31-44 Edited by J. Luckman & K.C.Sorensen. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.

Berkman ,L.F. & Syme ,S.L. " Social Networks, Host Resistance, And Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents." American Journal of Epidemiology. 109 (February 1979): 202-203.

Copyright by Mahidol University

Billings, D.M. & Stokes, L.G. Medical-Surgical Nursing : Common Health Problems of Adults and Children Across the Life Span. 2nd.ed. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1986.

Bloom, J.R. " Social Support, Accommodation to Stress and Adjustment to Breast Cancer." Social Science and Medicine. 16 (1982): 1329-1338.

Brown, M.A. " Social Support During Pregnancy : A Unidimensional Or Multidimensional Construct ? " Nursing Research. 35 (January - February 1986): 4-9.

Brown, M.M. & Albright, J.C. "Hypertention." In AACN'S Clinical Reference for Critical-Care Nursing. p.666 2nd.ed. Edited by M.R. Kinney. D.R. Packa.& S.B. Dunbar. New York : McGraw-Hill Book Co., 1988.

Burns , N. & Grove ,S.K. The Practice of Nursing Research : Conduct , Critique and Utilization. Philadelphia : W.B. Saunders Company , 1987.

Caldwell ,J.R., et al. " The Dropout Problem in Antihypertensive Treatment : A Pilot study of social and emotional factors influencing a patient's ability to follow Antihypertensive treatment ." Journal of Chronic Disease. 22 (1970) : 579-592.

Castelli , W.P. "Cardiovascular disease and multifactorial risk : Challenge of the 1980 S." American Heart Journal. 106 (November 1983): 1193-1194.

Cluss , P.A. & Epstein ,L.H. " The Measurement of Medical Compliance in the Treatment of Disease." In Measurement Strategies in Health Psychology. p.404 Edited by Karoly & Paul New York : John Wiley & Sons, 1985.

Copyright by Mahidol University

Cobb ,S. " Social Support as a Moderator of Life Stress." Psychosomatic Medicine. 38 (September-October 1976): 300-314.

Cohen ,S. & Wills, T.A. "Stres, Social Support, and the Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (Febuary 1985): 310-357.

Connelly ,C.E. " Self-Care and the Chronically Ill Patient." In The Nursing Clinics of North America. pp. 621-629 Edited by V.A. Lambert & C.E. Lambert. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987.

Cronenwett ,L.R. " Parental Network Structure And Perceived Support After Birth of First Child." Nursing Reseach. 34 (November-December 1985): 347-352.

Davis, M.S. "Physiologic , Psychological and Demographic Factors in Patient Compliance with Doctors'Orders." Medical Care. 6 (March-April 1968): 115.

DiMatteo, M.R. & DiNicola, D.D. Achieving Patient Compliance. New York : Pergamon Press, 1982.

Dodd, M.S. " Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy-Part 1. " Cancer Nursing. 5 (December 1982): 447-451.

Dodge, J.S. " Factors related to patients 'perceptions of their cognitive needs." Nursing Research. 18 (November-December 1969): 508-511.

Dracup, K.A.& Meleis, A.I " Compliance : An Interactionist Approach." Nursing Research. 31 (January-February 1982): 31-36.

Evers, G. et al. Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale. Paper presented at International Research Conference, Edmonton : Canada, 1985.

Copyright by Mahidol University

Gore, S. " The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment." Journal of Health and Social Behavior. 19 (June 1978): 157-158.

Hanucharurnkul, S. Self-care agency, coping strategies and locus of control in Thai cancer patients receiving radiation therapy. Unpublished field study. Colledge of Nursing, Wayne State University, Detroit , MI. 1986.

_____. Social Support, Self-Care, and Quality of Life in Cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. (Docteral dissertation) Colledge of Nursing , Wayne State University, Detroit , MI. 1988.

_____. " Predictors of self-care in cancer patients receiving radiotherapy." Cancer Nursing. 12 (February 1989): 21-27.

Haug, M.R. & Folmar, S.J. " Longevity ,Gender ,and Life Quality." Journal of Health and Social Behavior. 27 (December 1986) : 332-345.

Hubbard, P. Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. " The Relationship between Social Support and Self-Care Practices." Nursing Research. 33 (September-October 1984): 266-269.

Jalowiec, A. & Powers, M.J. " Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients." Nursing Research. 30 (January-February 1981): 10-15.

Jenkins, C.D. " Low education : A risk factor for death." editorial. New England Journal of Medicine. 299 (July 1978): 95-97.

Joseph, L.S. " Self-Care and the Nursing Process." In The Nursing Clinics of North America. pp. 131-143. Edited by J.G. Bennett. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1980.

Copyright by Mahidol University

Kearney, B.V. & Fleischer, B.J. " Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency." Research in Nursing and Health. 2 (March 1979): 25-34.

Kinlein, M.L. " The Self-Care Concept." American Journal of Nursing. 77 (April 1977): 598-601.

Lin, N., et al. " Social Support , Stressful Life Event , and Illness : A Model and Empirical Test." Journal of Health and Social Behavior. 20 (June 1979): 108-119.

Lowther, N.B. & Carter, V.D. " How to Increase Compliance In Hypertensives." American Journal of Nursing. 81 (May 1981): 963.

Luckmann, J. & Sorensen, K.C. Medical - Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 3 rd. ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company , 1987.

McMahon, F.G. Management of Essential Hypertention. New York: Futura Publishing Company, 1984.

Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. " Self-Esteem, Social Support, And Positive Health Practices." Nursing Research. 35 (November-December 1986): 334-338.

Muhlenkamp, A.F.& Broerman, N.A. " Health beliefs, health value, and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 (1988): 637-646.

Niemi, M-L., et al. " Quality of Life 4 Years After Stroke." Stroke. 19 (September 1988): 1101.

Nuckolls, K.B., Cassel, J. & Kaplan, B.H. " Psychosocial Assets , Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy." American Journal of Epidemiology. 95 (May 1972): 431-441.

Nursing Developmental Conference Group. Concept formalization in nursing process and product. 2 nd. ed. Editor by D.E. Orem New York : Little Brown & co., 1979.

Copyright by Mahidol University

Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.

_____. " Orem 's general theory of nursing." In Nursing Science : Major paradigms, theories, and critiques. pp. 17-90 Edited by R.Parse. Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1987.

Orem, D.E. & Taylor, S. " Orem 's general theory of nursing." In Case Studies in Nursing Theory. pp. 37-71. Edited by P. Winstead-Fry. New York : National League for Nursing. 1986.

Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2 nd.ed. California : Appleton & Lange, 1987.

Powers, M.J. & Wooldridge, P.J. " Factors Influencing Knowledge, Attitudes, and Compliance of Hypertensive Patients." Research in Nursing and Health. 5 (December 1982): 171-182.

Pratt, L. " The Relationship of Socioeconomic Status to Health." American Journal of Public Health. 61 (February 1971): 281-291.

Robert, S.J. & Krouse, H.J. " Enhancing Self-Care Through Active Negotiation." Nurse Practioner. 13 (August 1988): 44-52.

Sackett, D.L. et al. " Randomised Clinical Trial of Strategies for Improving Medication Compliance in Primary Hypertention." The Lancet. 31 (May 1975): 1205-1207.

Schaefer, C., Coyne, J.C. & Lazarus, R.S. " The Health Related Functions of Social Support." Journal of Behavioral Medicine. 4 (1981): 381-401.

Schulman, B.A. " Active Patient Orientation and Outcomes in Hypertensive Treatment : Application of Socio-Organizational Perspective." Medical Care. XVII (March 1979):

Copyright by Mahidol University

267-279.

Smith, M. " Critique of Orem 's Theory." In Nursing Science : Major paradigms, theories, and critiques. pp.91-105. Edited by R.Parse. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.

Steele, J.L.& McBroom, W.H. " Conceptual and Empirical Dimensions of Health Behavior." Journal of Health and Social Behavior. 13 (December 1972): 390.

Vaux, A. " Variations in Social Support Associated with Gender, Ethnicity and Age." Journal of Social Issues. 41 (January 1985): 89-110.

Watkins, J.D., et al. " A study of Diabetic Patients at home." American Journal of Public Health and The Nation's Health. 57 (March 1967): 452-457.

Williams, G.H. & Braunwald, E. " Hypertensive Vascular Disease." In Harrison 's Principles of Internal Medicine. p.1025 11th ed. Edited by Braunwald, E., et al. New York : McGraw-HillBook Company, 1987.

Wortman, C.B. " Social Support and the Cancer Patient Conceptual and Methodologic Issues." Cancer. 53 (May 15 Supplement 1984): 2339-2364.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก.

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลโดยทั่วไป

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก.

แบบบันทึกข้อมูลโดยทั่วไป

1. เพศ ( ) ชาย
( ) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส ( ) โสด
( ) คู่
( ) หม้าย
( ) หย่า แยก

4. ระยะเวลาที่ศึกษาในโรงเรียน.....ปี

5. วุฒิการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ
( ) ประถมศึกษาปีที่ 1 - ประถมศึกษาปีที่ 6
( ) มัธยมปีที่ 1 - มัธยมศึกษาปีที่ 6
( ) ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
( ) 0 - 2,000 บาท
( ) 2,001 - 4,000 บาท
( ) 4,001 - 6,000 บาท
( ) 6,001 - 8,000 บาท
( ) 8,001 - 10,000 บาท
( ) 10,001 บาทขึ้นไป

7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี

8. ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา.....ปี

9. ท่านได้มาตรวจตามแพทย์นัด ( ) สม่ำเสมอ
( ) ไม่สม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

10. ท่านรับประทานยาลดความดันโลหิต

( ) สม่ำเสมอ

( ) ไม่สม่ำเสมอ

11. ท่านได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง จาก

( ) แพทย์

( ) พยาบาล

( ) ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน

( ) หนังสือ วิทยุ เอกสารประกอบการสอนในโรคความดันโลหิตสูง

( ) อื่น ๆ โปรดระบุ .....

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ช.

ตัวอย่างแบบประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข.

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง

ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้วงรอบตัวเลขตามที่ท่านตอบ ตัวเลขน้อยแสดงว่าไม่ตรงกับลักษณะของตัวท่านเลย และตัวเลขยิ่งมากแสดงถึงข้อความนั้น ยิ่งมีลักษณะตรงกับตัวท่านมาก ดังนี้

วงรอบเลข 1 แสดงว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของตัวท่านเลย
วงรอบเลข 2 แสดงว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านบ้างเล็กน้อย
วงรอบเลข 3 แสดงว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านปานกลาง
วงรอบเลข 4 แสดงว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากพอควร
วงรอบเลข 5 แสดงว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของตัวท่านมากที่สุด

2. ฉันไม่ค่อยได้คิดทบทวนในสิ่งที่กระทำอยู่ว่า จะช่วยลดหรือควบคุมความดันได้หรือไม่	1	2	3	4	5
4. ฉันดูแลรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบตัวฉัน	1	2	3	4	5
6. ฉันไม่ค่อยมีกำลังวังชาที่จะดูแลตัวเองได้ตามที่ต้องการ	1	2	3	4	5

Copyright by Mahidol University

9. ฉันพยายามรับประทานอาหารที่คิดว่าเหมาะสมกับโรคอย่างเพียงพอ	1	2	3	4	5
11. ฉันมักจะนึกถึงการออกกำลังกายและการพักผ่อนในแต่ละวัน แต่มักไม่ค่อยได้กระทำตามที่คิด	1	2	3	4	5
12. ในชีวิตที่ผ่านมาฉันได้ผูกมิตรกับเครือญาติและเพื่อนฝูงเพียงพอ	1	2	3	4	5
16. เมื่อแพทย์ให้ยาใหม่ ฉันต้องถามเกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา	1	2	3	4	5
18. ฉันมักจะดูแลความปลอดภัยแก่ตัวฉันเองและครอบครัว	1	2	3	4	5
24. เนื่องจากฉันมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามที่ต้องการ	1	2	3	4	5

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค.

ตัวอย่างแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค.

แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว (ส่วนที่ 2)

ข้อความต่อไปนี้ มีทั้งผู้ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย (กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด) ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้วงรอบตัวเลขตามที่ท่านตอบ ตัวเลขน้อยแสดงว่าท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและตัวเลขมากแสดงว่าท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

วงรอบเลข 7 แสดงว่าข้อความนั้นท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง
วงรอบเลข 6 แสดงว่าข้อความนั้นท่านเห็นด้วย
วงรอบเลข 5 แสดงว่าข้อความนั้นท่านค่อนข้างเห็นด้วย
วงรอบเลข 4 แสดงว่าข้อความนั้นท่านรู้สึกเฉย ๆ
วงรอบเลข 3 แสดงว่าข้อความนั้นท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วย
วงรอบเลข 2 แสดงว่าข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วย
วงรอบเลข 1 แสดงว่าข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	7	6	5	4	3	2	1
4. ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา	7	6	5	4	3	2	1
5. ฉันได้ติดต่อกับคนที่ทำให้ฉันมีความรู้สึกมีค่าอย่างเพียงพอ	7	6	5	4	3	2	1
7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ฉันมีโอกาสที่จะดูแลผู้อื่นน้อย	7	6	5	4	3	2	1

Copyright© by Chiang Mai University

11. ฉันและเพื่อน ๆ ชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	7	6	5	4	3	2	1
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย ฉันมีคนที่สามารถระบายและทำให้ฉันเป็นตัวของตัวได้	7	6	5	4	3	2	1
20. ฉันมีคนที่จะร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่างๆด้วย	7	6	5	4	3	2	1
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำ จะมีผู้ช่วยฉันในการวางแผนแก้ไขสถานการณ์ต่างๆได้	7	6	5	4	3	2	1

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง.

ตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง.

ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่สามารถจะไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

" สวัสดีค่ะ ดิฉัน จิรภา หงษ์ตระกูล เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จะขออนุญาตคุณ.....สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที คุณ.....มีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้นะคะ

ในระหว่างสัมภาษณ์ หากคุณ.....ไม่พอใจหรือไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ต่อจนครบ คุณ.....สามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการที่คุณ.....จะได้รับ และคำตอบของคุณ..... ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ "

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

Copyright by Mahidol University

สำนักหอสมุด

ภาคผนวก จ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนตัว

1. รองศาสตราจารย์ ดรุณี ชุณหะวัต
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สันต์ หัตถีรัตน์
   ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ยุพาพิน ดิรโพธิ์งาม
   ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

18478