



ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

Relationships Between Coping Behaviors and Compliance
in Essential Hypertensive Patients

สุรางค์ เปรื่องเดช

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974-586-922-8

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

อธิบดีแทนการ

จาก

มิ่งนันทน์ อภิชาติกุล ม. มนต์กุล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ


.....


สุราษฎร์ เปื้องเดช
ผู้วิจัย


.....

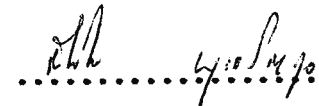
ประคอง อินทรสมบัติ, ศ.บ., ศ.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....

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


.....

สมจิต ทนุเจริญกุล, M.S., Ph.D.
ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้พิมพ์เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขานพยาบาลศาสตร์
วันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2533



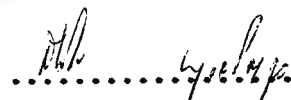
สร่างค์ เป็ร็องเด็ช
ผู้วิจัย



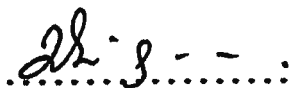
ประคอง อินทรสมบัิติ, ค.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มาลี เล็ศมาลีวงค์, วท.บ., M.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สมจัิต หนุเจริญกุล, M.S., Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมััย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อรรธลัทธิ เว็ชชาชีวะ, M.B., B.S.,
F.R.C.P., F.R.A.C.P.,
ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ สว่างค์ เป็ร็องเดช
วัน เดือน ปี เกิด 1 มกราคม พ.ศ. 2497
สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2515-2519:
อนุปริญญาพยาบาลและอนามัย
ประกาศนียบัตรดุษฎีครุกรรม
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2521-2523:
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2528-2533:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนการศึกษา ได้รับทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2519-2526: ตึกอายุรกรรมชาย
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ
พ.ศ. 2526-ปัจจุบัน: วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี, สระบุรี
กองงานวิทยาลัยพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : วิทยากรย์ ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ
ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์
ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด ชี้แนะแนว
ทางที่เป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คุณวงเดือน สายสุวรรณ คุณกิติวรรณ พรรณวดี และเจ้าหน้าที่
แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ ตลอดทั้งกลุ่มผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี
ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ เลหาะจินดา ที่กรุณาให้คำแนะนำและวิเคราะห์
ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ และขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสระบุรี หัวหน้าฝ่ายวิชาการ
คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในโครงการบัณฑิตศึกษา สาขา-
พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ เพื่อนๆ พี่ๆ และน้องทุกคนที่ให้การ
ช่วยเหลือ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ แก่บิดามารดา ที่ได้
เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ได้กรุณา อื้อ เพื่อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุรางค์ เปื้องเดช

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผู้วิจัย สุรางค์ เปรื่องเดช

ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

ประคอง อินทรสมบัติ, คบ., คม. (การบริหารการพยาบาล)

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

วันที่สำเร็จการศึกษา 22 ตุลาคม พ.ศ. 2533

บทคัดย่อ

ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญ ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการตายกระทันหัน ที่เกิดขึ้นจากอวัยวะ
เป้าหมายถูกทำลาย การเผชิญความเครียด จากความเจ็บป่วยและการรักษาในผู้ป่วยแต่ละ
บุคคลย่อมแตกต่างกัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด
ความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับ
ความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
จำนวน 60 คน ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์-
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ
ที่กำหนดไว้ ข้อมูลได้จากการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ตามแบบวัดพฤติกรรมเผชิญ-
ความเครียดของจาโลวีซ (Jalowiec 1988) และแบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรค
ความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาโรคความดัน-
โลหิตสูงของสุภาพ ไบแก้ว (2528)

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านลดอารมณ์เชิงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อมมากกว่าด้านลดอารมณ์เชิงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์เชิงเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ
ต่อไปเพื่อหาข้อสรุปในเรื่องเหล่านี้

ตั้งหน้าจะมีการศึกษาวิจัย

Thesis Title Relationships between Coping Behaviors
and Compliance in Essential
Hypertensive Patients

Name Surang Prungdech

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee Prakong Intharasombat, B.Ed., M.Ed.
Malee Lerdmaleewong, B.Sc., M.N.

Date of Graduation 22 October B.E. 2533 (1990)

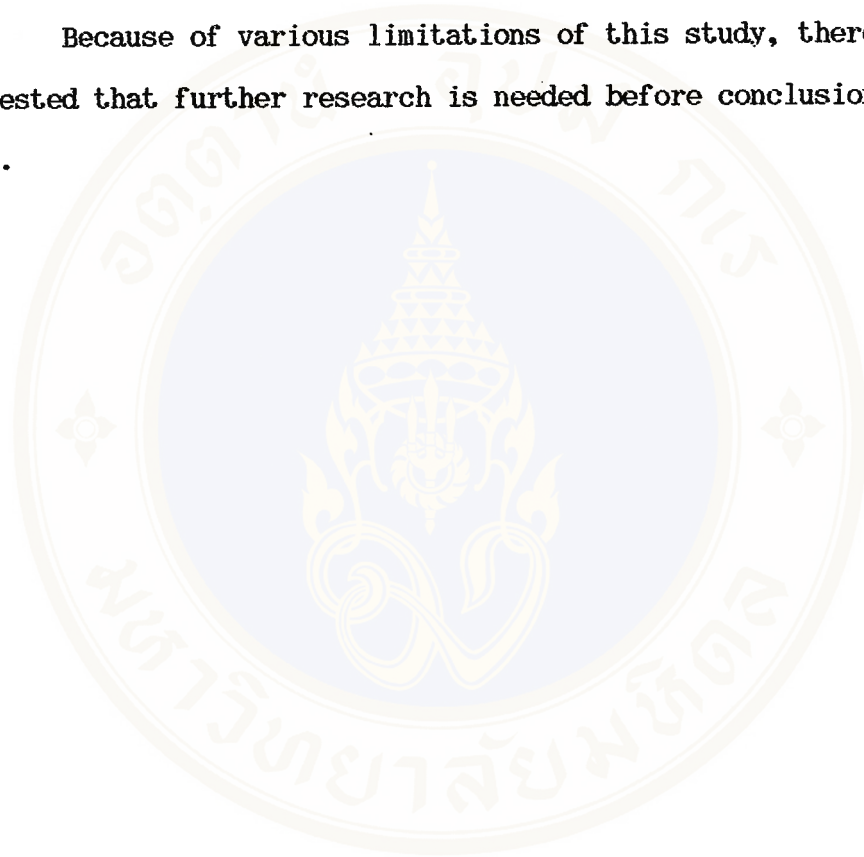
Abstract

The purpose of this research was to examine the relationships between coping behaviors, compliance in essential hypertensive patients. Purposive sampling consisted of 60 essential patients treated at an outpatient medical department of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Coping behaviors were measured by Jalowiec Coping Scale (Jalowiec 1988) and compliance was measured by the hypertensive compliance questionnaire modified from Bikava's compliance scale.

Results of the study revealed that patients reported used of the confrontive coping behaviors significantly higher than the palliative and emotive coping behaviors ($p < .01$). The palliative coping behaviors were used significantly higher than the emotive coping behaviors ($p < .01$)

There was a negative significant relationship between the emotive coping behaviors and compliance ($r = -.25, p < .05$) whereas the confrontive and palliative coping behaviors were not correlative with compliance.

Because of various limitations of this study, therefore it is suggested that further research is needed before conclusion could be made.



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	จ
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
คำถามการวิจัย	8
ขอบเขตของการศึกษา	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ	10
การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ	21
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ	25

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	29
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	36
ผลการวิจัย	36
การอภิปรายผล	43
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	54
สรุปการวิจัย	54
ข้อเสนอแนะ	56
เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม	58
ภาคผนวก	74

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	37
2	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับของค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมเผชิญความเครียดรายข้อ จำแนกตามค่าเฉลี่ย สูงสุดและต่ำสุด	39
3	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม เผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน	40
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรม เผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านลดอารมณ์ดึงเครียด และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ด้วยสถิติวิเคราะห์ที่ความแปรปรวน ทางเดียวแบบวัดซ้ำ	41
5	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม เผชิญความเครียดแต่ละด้าน เป็นรายคู่ด้วยนิวแมนคูลส์	41
6	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมและ รายด้าน กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	42
7	คะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเผชิญ ความเครียดรายด้าน โดยรวม และความร่วมมือในการ รักษาของตัวอย่างแต่ละคนจำนวน 60 คน และรวมทั้งหมด 60 คน	84

บทที่ 1

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่พบได้มากถึงร้อยละ 85 ถึง 95 ของโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สมจิต ทนเจริญกุล 2531: 118; โสภณ นามิพันธ์ 2526: 12; Luckmann & Sorensen 1987: 984; Sybert & Gallagher 1983: 683) เนื่องจากโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ (ชมบุญ อ่องจรีต 2527: 127) และเป็นสาเหตุการตายเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน และโรคไตวายเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความพิการและกลายเป็นโรคเรื้อรัง (Brown & Albright 1988: 661-662; Luckmann & Sorensen 1987: 949; Williams 1987: 98)

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ร้อยละ 15 ของผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน พบได้บ่อยในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ และอุบัติการณ์ของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายมีแนวโน้มจะเป็นโรคนี้ได้มากกว่าเพศหญิงจนกระทั่งถึงอายุ 50 ปี เพศชายและเพศหญิงเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เท่ากัน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในสังคมอุตสาหกรรมและมีความเครียดทางอารมณ์มาก มักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าประชาชนที่อยู่ในชนบทหรือในสถานแวดล้อมที่มีความเครียดน้อยกว่า (Luckmann & Sorensen 1987: 949)

ในประเทศไทย จากการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2519 และ ปี พ.ศ. 2526 พบอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มจากร้อยละ 3.4 เป็น 6.8 ซึ่งเพิ่มเป็น 2 เท่า (อุไรวัฒน์ คชาชีวะ และคณะ ม.ป.ท.: 6) จากรายงานสถิติการตายของประชากรในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2527 ถึงปี พ.ศ. 2528 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอัตรา 224 และ 239 ตามลำดับต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2529: 13) และเกษม วัฒนชัย (2532:86) รายงานว่าในกรุงเทพมหานครซึ่งมีประชากรประมาณ 5 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 433,000 คน

เนื่องจากอาการของโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกจะไม่ปรากฏ จึงพบว่ามีถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ (Luckmann & Sorensen 1987: 949) สำหรับกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วอาจจะมีอาการไม่ชัดเจนแต่อย่างไรก็ตามการดำเนินของโรคและความเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้อวัยวะเป้าหมายคือ หัวใจ ไต สมอง และเรตินาถูกทำลาย (สมจิต หนูเจริญกุล 2531: 112) ดังนั้นการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและต่อเนื่อง จึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน (Hypertensive Detection and Follow-up Program Cooperative Group 1979:2562-2577; 1982: 976-980; Veterans Administration Cooperative Study Group on Hypertensive Agent 1967:1028-1034;1970:1143-1152) เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ 1) การควบคุมโรคหรือลดระดับความดันโลหิตลงสู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติและให้คงอยู่ระดับดังกล่าวตลอดไป 2) ลดเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และ 3) การให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย สมศักดิ์ศรี และมีความสุข (เกษม วัฒนชัย 2532: 82)

ความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตสูง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการแต่ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือความร่วมมือของผู้ป่วย นั่นคือผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมหรือสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล (Haynes 1979, cited in Cluss & Epstein 1985: 405) คือต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่าง ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การควบคุมอาหาร เช่น พวกรัสนิยมไขมันอิ่มตัวสูง อาหารเค็ม รวมทั้งการลดหรือควบคุมน้ำหนักตัว 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่อาจก่อให้เกิดอันตราย 4) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การงดสูบบุหรี่ การจำกัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และคาเฟอีน เป็นต้น 5) การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ รวมทั้งการพักผ่อนอย่างเพียงพอและ 6) การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (เกษม วัฒนชัย 2531: 104; Brown & Albright 1988: 667-668;

Kirkendall 1988: 225-228; Lowther & Carter 1981: 963; Luckmann & Sorensen 1987: 953-966)

จากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมโรคได้ ตามเป้าหมายของการรักษา (Hershey, et al. 1980: 1081-1089; Levine, et al. 1979: 1700-1703; Nelson, et al. 1978: 893-906; Swain & Steckel 1981: 213-222) แต่ปัญหาสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การขาดความร่วมมือในการรักษา จากรายงานการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว มีหลายคนที่ไม่เคยเริ่มต้นรักษาเลย และมีร้อยละ 50 หรือมากกว่าที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องภายใน 1 ปี หรือผู้ที่ยังคงรักษาอยู่ก็มีอัตราความร่วมมือต่ำเพียงร้อยละ 20 ถึง 30 (Caldwell, et al. 1970: 590; Foster & Kousch 1981: 331; McEntee & Peddicord 1987: 583) ซึ่งการขาดความร่วมมือ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายของการรักษา เป็นผลทำให้เกิดการสูญเสียอย่างประมาณค่ามิได้ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และทรัพยากรบุคคล (Fink 1981: 302; Gillum & Barsky 1974: 1563)

จากรายงานของกิลล์และบาร์สกี (Gillum & Barsky 1974: 1563-1564) ได้กล่าวถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขาดความร่วมมือในการรักษา คือ 1) ปัจจัยด้านจิตใจ 2) ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อม 3) ลักษณะของแผนการรักษา และ 4) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สำหรับปัจจัยด้านจิตใจ เขาได้กล่าวถึงกลไกการเผชิญความเครียดที่มีความสำคัญต่อการประเมินเหตุการณ์ที่ประหม้อมิ ซึ่งจะส่งผลถึงความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ผู้ป่วยที่ใช้กลไกการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม จะไม่สามารถควบคุมความรู้สึกรู้สึกอึดอัดได้จึงเกิดความกลัวการตรวจ ซึ่งจะต่างจากผู้ที่มีความร่วมมือในการตรวจรักษา ความกลัวหรือความวิตกกังวลมากหรือน้อยเกินไป ส่งผลให้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษานี้ของเพาเวอร์สและจาโลวีค (Powers & Jalowiec 1987: 106-10) เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการควบคุมความดันโลหิต และการปรับตัวต่อโรคได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นตัวทำนายการควบคุมความดัน-

โลหิตและการปรับตัวต่อโรคเรื้อรังตัวหนึ่ง โดยพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ พยายามใช้วิธีแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด นอกจากนี้แมกเอนทีและพีดดีคอร์ด (McEntee & Peddicord 1987: 588) ได้กล่าวถึงเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำ คือการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญกับการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตตามความคาดหมายของแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดความร่วมมือในการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นพฤติกรรมเฉพาะที่ผู้ป่วยเลือกจัดการกับความเจ็บป่วยและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะรักษาชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเองตามเป้าหมายของการรักษา

กรอบทฤษฎี

กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัส (Lazarus's coping model) เป็นพื้นฐานในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีเนื้อหาพอสรุปดังนี้

ความเครียด คือภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่าต้องใช้เวลาประโยชน์ของการปรับตัวที่มีอยู่เกินธรรมดา หรือเกินกำลังที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ (Lazarus & Folkman 1984: 21)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังถือได้ว่าเป็นเหตุการณ์ในชีวิตอย่างหนึ่งที่บุคคลอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะเมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจและติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตด้านอื่นๆ อีกให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

เมื่อผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดจากความเจ็บป่วย จะต้องเผชิญกับทั้งโรคและการรักษา ซึ่งจากระบบการเผชิญความเครียดของลาซารัสเน้นเกี่ยวกับการหล่อหลอมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ 1) การประเมินเหตุการณ์ และ 2) การเผชิญความเครียด (Cohen & Lazarus 1983: 608-611; Lazarus & Folkman 1984: 19, 21)

การประเมินเหตุการณ์ (Appraisal) เป็นกระบวนการด้านความคิดในการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีการที่จะจัดการกับปัญหาแบ่งออกเป็น 3 แบบ (Cohen & Lazarus 1983: 608-609; Lazarus & Folkman 1984: 22-54)

1. การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การไม่มีผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง 2) ให้ผลดีต่อตนเอง และ 3) เป็นภาวะเครียด ซึ่งยังแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะย่อย คือ 1. เกิดอันตราย หรือสูญเสีย 2. ถูกคุกคาม และ 3. เป็นสิ่งท้าทาย
2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่ หรือข้อมูลเพิ่มเติม และ/หรือ ติดตามประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้ไปแล้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความผูกพัน และความเชื่อ 2) ปัจจัยด้านเหตุการณ์ ได้แก่ ความแปลกใหม่โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและปัจจัยด้านเหตุการณ์อื่นๆ เช่น ช่วงเวลาของการเกิดเหตุการณ์ เป็นต้น (Lazarus & Folkman 1984: 115-116)

การเผชิญความเครียด (Coping) ลาซารัสและเฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984: 178 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ 2531: 224) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า "เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความนึกคิด

และพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเกิดขึ้นภายใน และ/หรือภายนอก และความเครียดที่เกิดขึ้นจะถูกประเมินโดยผู้ประสพว่า จะต้องใช้กำลัง ความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เกินธรรมดา หรือเกินความสามารถ หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับความเครียดนี้ได้”

วิธีการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะร่วมกัน (สมจิต หนูเจริญกุล และ ประครอง อินทรสมบัติ 2531: 224; Lazarus & Folkman 1984: 179)

1. การเผชิญความเครียดมุ่งที่ปัญหา (Problem-focus coping) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหา กำหนดวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา เลือกและทำตามวิธีที่เหมาะสม
2. การเผชิญความเครียดโดยมุ่งลดหรือบรรเทาอารมณ์ถึงเครียด (Emotive focus coping) เป็นวิธีจัดการกับอารมณ์ของตนเองอันเป็นผลจากความเครียดเพื่อคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจ

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญกับความเครียด อาจจะมีอยู่ในตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและพลังงาน 2) ความเชื่อในทางที่ดี 3) ทักษะในการแก้ปัญหา 4) ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่น 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 6) ปัจจัยเกื้อหนุนทางวัตถุ (Lazarus & Folkman 1984: 157-162).

ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational outcome) แสดงออก 3 ด้าน คือ 1) ด้านหน้าที่การงาน และสังคม 2) ด้านขวัญหรือความพึงพอใจ และ 3) ภาวะสุขภาพ ซึ่งผลของการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการประเมินเหตุการณ์และทักษะในการเผชิญความเครียด

เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดอาจเป็นความรู้สึกนึกคิดและ/หรือเป็นการกระทำ ดังนั้นจึง ได้มีผู้สร้างและพัฒนา เครื่องมือ เพื่อที่จะวัดความรู้สึกนึกคิดและการกระทำเหล่านั้น

เครื่องมือที่พัฒนาและใช้กับผู้ป่วย คือ เครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีซ (Jalowiec Coping Scale) ปัจจุบันจาโลวีซ (Jalowiec 1988: 287-308; Jalowiec, cited in Wikoff & Miller 1989: 221-222) ได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการเปลี่ยนการกระทำหรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม 2) พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียด (Emotive coping behaviors) เป็นพฤติกรรมที่ใช้จัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยวิธีการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือการระบายอารมณ์ 3) พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหากทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ทางอ้อม นำไปสู่แนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์ แต่เหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

ดังนั้นพฤติกรรมเผชิญความเครียดจึงเป็นความพยายามที่จะแก้ปัญหา ลดอารมณ์ถึงเครียด และคงไว้ซึ่งความสมดุลของอารมณ์ การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีเป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เกิดอันตราย ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้จะต้องปฏิบัติตัวและ/หรือมีพฤติกรรมสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งน่าจะสะท้อนอยู่ในพฤติกรรมเผชิญความเครียดเฉพาะที่ผู้ป่วยใช้เผชิญกับความเจ็บป่วยและการรักษา เพื่อสามารถควบคุมโรคได้และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก

ความร่วมมือในการรักษา น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเผชิญกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา โดยวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา เมื่อพิจารณาตามเหตุผลจะเห็นว่า การใช้พฤติกรรมด้านเผชิญหน้ากับปัญหาน่าจะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดและด้านแก้ปัญหากทางอ้อม อาจทำให้ผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากความเจ็บป่วยและแผนการรักษาได้ดีขึ้น ดังนั้น น่าจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

คำถามวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบใด?
2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือไม่?
3. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ดึงเครียด มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือไม่?
4. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ไขปัญหาทางอ้อม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือไม่?

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษานี้เป็นการสำรวจพฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2533

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการประเมินพฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้ในการจัดการกับความเครียดจากความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ซึ่งวัดได้จากแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีซ (Jalowiec 1988) ที่ได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านลดอารมณ์ถึงเครียด และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา หมายถึง วิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียด หมายถึง วิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์ หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อม หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติต่างๆ ของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล เพื่อวัตถุประสงค์ในการควบคุมโรค ประเมินโดยแบบ วัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ของสุภาพ ไนแก้ว (2528) ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการมาตรวจตามนัด



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมเผชิญความเครียด ความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับต่อไปนี้

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่จะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษาได้รับผลสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเรื้อรัง (Cluss & Epstein 1985: 404) ซึ่งการรักษาทำได้เพียงการควบคุมโรคมิให้กำเริบและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการรักษาโรคเรื้อรังต้องใช้เวลานานและผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตหลายอย่างที่แตกต่างไปจากปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีแรงจูงใจและความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตหรือนิสัยบางอย่างให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งอาจจะต้องการทำไปตลอดชีวิต

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การปฏิบัติตนในเรื่องอาหาร การรับประทานยาหรือปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพ (Haynes 1979, cited in Cluss & Epstein 1985: 403) ดังนั้น

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จึงหมายถึงการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตหรือสุขนิสัยบางอย่างให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการควบคุมความดันโลหิตเฉลี่ย 90 มม.ปรอทหรือต่ำกว่า หรืออาจลดลงในระดับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และให้คงอยู่ในระดับดังกล่าวตลอดไป เกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด และผู้ป่วยปลอดภัยสำหรับแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีดังนี้

1. การรับประทานยาลดความดันโลหิต แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิตเป็นรายๆ ซึ่งจากการศึกษาใหม่ๆ ชี้ให้เห็นว่าการค้นหาและใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงระดับไม่รุนแรงถึงระดับรุนแรง จะช่วยป้องกันและลดอัตราการป่วย และอัตราการตายลงได้ (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 1985: 19) สำหรับข้อมูลผู้ป่วยควรทราบและปฏิบัติตามดังนี้

1) เป้าหมายของการใช้ยา 2) ชื่อ ชนิดและปฏิกริยาของยาต่อร่างกาย 3) ขนาดของยาและจำนวนครั้งที่ได้ 4) ฤทธิ์ข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข 5) ผลดีของการรับประทานยาตรงตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ 6) อันตรายจากการละเลยหรือลืมหรือหยุดรับประทานยาเอง 7) การหลีกเลี่ยงการรับประทานยาคือชนิดอื่นที่อาจไปขัดขวางต่อฤทธิ์ของยาลดความดันโลหิตเช่น ยาระบาย ยาแก้หวัด แก้ไอ เป็นต้น

2. การควบคุมอาหาร

2.1 การจำกัดเกลือแกง เพื่อลดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย โดยการจำกัดเกลือพอประมาณ คือ รับประทานโซเดียมไม่เกิน 2 กรัม หรือเกลือแกงไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 1 ช้อนกาแฟ ฝึกนิสัยการรับประทานอาหารโดยไม่เติม น้ำปลา เกลือ ซีอิ้ว หรือเครื่องปรุงรสเค็มอื่นๆ

2.2 การจำกัดอาหารไขมัน คือ จำกัดอาหารไขมันอิ่มตัวหรือโคเลสเตอรอล จากการศึกษาพบว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือด (Kirkendall 1988: 227) และพบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ ร่วมกับอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวจะ

สามารถลดความดันโลหิต และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Lipid Research Clinics Program 1984: 351-374) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ต่างๆ เนื้อติดมัน ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันพืชบางชนิด ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และเพิ่มอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำ เป็นต้น (วัลย์ อินทรพนม 2530: 135-136, 211-213)

3. การลดและหรือควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงควรลดน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร จากการศึกษา พบว่าน้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มเร็วมากเท่าไรความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 1985: 13) การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วน เป็นวิธีการรักษานิดไม่ใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด แม้ว่าความดันโลหิตจะไม่ลดลง แต่การลดน้ำหนักตัวช่วยลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับโคเลสเตอรอล กรดยูริก และระดับน้ำตาลในพลาสมาลง (Kirkendall 1988: 227)

4. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic or Dynamic exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นต้น จะช่วยควบคุมและลดน้ำหนักตัว รวมทั้งช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (Joint National Committee 1988: 1026) อีกทั้งยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนดี ผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static exercise) เช่น การยก แบก จุด ลาก หรือ ดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย สำหรับบุคคลที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรงดเว้นการออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (เกษม วัฒนชัย 2533: 120) นอกจากนั้นการออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนได้วันละ

15 ถึง 30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และควรออกกำลังกายภายหลังได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ที่มรสสุขภาพ (Luckmann & Sorensen 1987: 954)

5. หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด โดยการปฏิบัติดังนี้

5.1 การเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคตินในบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ดั้งเดิมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรงดสูบบุหรี่

5.2 การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จัด (มากกว่า 58.8 กรัมต่อวัน) อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้ (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 1985: 14) และพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มจัดขนาด 2 ถึง 3 ออนซ์ต่อวัน (Potter & Beevers 1984: 119) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นหนักดื่ม หากให้หยุดดื่มระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมทั้งน้ำหนักตัวยังลดลงอีกด้วย (Puddly, et al. 1987: 647) ฉะนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรลดการดื่มสุราลงเหลือไม่เกิน 2 ออนซ์ต่อวัน และหากหยุดดื่มสุราได้จะเป็นผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

5.3 การจัดการกับความเครียด นอกจากการออกกำลังกายแล้ว การจัดการกับความเครียดอาจใช้วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ หรือ การใช้-ปฏิบัติยาสอนกลับทางชีวภาพ เป็นต้น (McEntee & Peddicord 1987: 587-588) การฝึกผ่อนคลายและการทำสมาธิมีผลต่อการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคือลดฮอว์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทลง ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนตรีเคิล ลดความดันโลหิตทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว และเพิ่มคลื่นไฟฟ้าแอลฟาในสมอง (Pender 1987:

378-79) การศึกษาเกี่ยวกับการฝึกพฤติกรรมบำบัดโดยการหายใจเข้าลึกๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ และการขจัดความเครียด กับการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการศึกษาติดตามนาน 4 ปี ผลคือสามารถลดความดันโลหิตได้ แต่จะให้ผลในระยะยาว (Patel, et al. 1985: 1103)

6. การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อตรวจค้นภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลการรักษา แม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติก็ตาม (Sybert & Gallagher 1983: 688)

ปัญหาสำคัญของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คือ การขาดความร่วมมือในการรักษาระยะยาว (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure 1985: 23) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดความร่วมมือในการรักษาถึงร้อยละ 50 หรือมากกว่า เนื่องจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Gillum & Barsky 1974: 1563-1567; Daniels & Kochar 1979: 231-244) 1) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่นการไม่สามารถเผชิญกับการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ถึงความเจ็บป่วย เจตคติ ความเชื่อ และแรงจูงใจ เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านบุคคล สังคม และสภาพแวดล้อม เช่น มีปัญหาเศรษฐกิจ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว (Caldwell, et al. 1970: 579-592) 4) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอนามัย เช่น ขาดความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษาพยาบาล โดยพบว่าผู้ที่หยุดการรักษาเนื่องจากเข้าใจว่าโรคหายแล้ว และเกิดอาการข้างเคียงจากยาลดความดันโลหิต 5) ลักษณะของแผนการรักษา 6) ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาลสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาล เช่น การขาดการกระตุ้นจากผู้ให้การรักษาพยาบาล การไม่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาล ช่วงเวลาที่ขาดความร่วมมือในการรักษาส่วนใหญ่คือ เมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ระหว่างการรักษาช่วง 6 เดือน ถึง 1 ปีแรก หรือเมื่อแรงจูงใจลดลง (Foster & Koush 1981: 331) โดยผู้ที่ยังคงรักษาอยู่มีอัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำเพียงร้อยละ 20 ถึง 30 (McEntee & Peddicord 1987: 583)

การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษากับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับความสนใจและศึกษามากที่สุด เพราะเชื่อว่าบุคคลที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาจะต้อง 1) มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคระดับสูง 2) มีการรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อโรคระดับสูง 3) มีการรับรู้ต่ออุปสรรคที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับต่ำ และ 4) มีการรับรู้ต่อประโยชน์ของผลการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับสูง (Carey 1984: 157)

การวิจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง มีดังต่อไปนี้

เฮอว์เชย์และคณะ (Hershey, et al. 1980: 1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษา เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้อภิปรายว่าผู้ป่วยบางคนซึ่งรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อาจเนื่องมาจากยาที่รับประทานนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะลดความดันโลหิตได้ หรืออาจเนื่องจากการรับประทานอาหาร หรือปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความดันโลหิต นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางคนซึ่งรายงานว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต แต่ยังคงควบคุมความดันโลหิตได้ และความเชื่อสุขภาพด้านการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา คือปัจจัยด้านการรับรู้เพียงบางด้านที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

สภาพ ไบแกว (2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 คน ใช้เครื่องมือวัดความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งถูกแบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วม รวมทั้งใช้แบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเพียงด้านเดียวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาส่วนมากจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา คือแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป

จากรายงานการวิจัยที่กล่าวไปแล้วจะเห็นว่าความเชื่อด้านสุขภาพเพียงบางด้านเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา ยิ่งไปกว่านั้นยังมีผู้รายงานถึงการศึกษารื่องความเชื่อด้านสุขภาพว่าไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้ (Ryan & Falco 1985: 686)

นอกจากนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการจัดระบบบริการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ดังนี้

นิกุล บุญช่วง (2526) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 คน ใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์ เทนเนสซี (Tennessee Self Concept Scale) ของ ฟิตส์ (Fitts) แปลโดย อ่ำไพ ศิริวัฒน์ เครื่องมือนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านที่ 1 : การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (The Self-Criticism Score-SC) ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเอง ในด้านดี

และไม่ได้ ด้านที่ 2 : พีโด้ยรวม (The Total Positive Score-P) ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านดีและไม่ได้ แบ่งออกเป็นด้านย่อยๆ 9 ลักษณะคือ ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคม สำหรับด้านที่ 3 และ 4 จะเป็นด้านที่นำมาช่วยในการพิจารณาข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ และประเมินความร่วมมือในการรักษา โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด รวมทั้งระดับความดันโลหิตภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อึดมโนทัศน์ต่ำ และอึดมโนทัศน์โดยส่วนรวม ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคมของผู้ป่วยกลุ่มที่รักษามากกว่า 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อึดมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา อึดมโนทัศน์ด้านต่างๆ ยกเว้นอึดมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านสังคม และด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจตามนัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แซคเกตและคณะ (Sackett, et al. 1975: 1205-1207) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ วิธีการใช้โปรแกรมให้ความรู้ และการอำนวยความสะดวกในการมาตรวจตามนัด เพื่อหาวิธีปรับปรุงความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานช่างเหล็กซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 230 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำโรงงานในเวลาทำงาน รวมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาตามโปรแกรมที่เตรียมไว้ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากแพทย์ประจำครอบครัวนอกเวลาทำงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ แผนการรักษา ความเจ็บป่วยอื่นๆ และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการศึกษา 6 เดือน ประเมินความร่วมมือในการรักษาจากการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ ตรวจผลการสันดาปของยาจากปัสสาวะ เจาะเลือด

หาระดับการเปลี่ยนแปลงของไบโแตสซียมและกรดยูริกจากการได้รับยาขับปัสสาวะ ไฮโดรไธด์ รวมทั้งค่าความดัน ไคแอลโตลิกที่อยู่ในเกณฑ์ 90 มม.ปรอท

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ ผลการสันดาปของยาทางปัสสาวะ ระดับการเปลี่ยนแปลงของไบโแตสซียมและกรดยูริก รวมทั้งระดับความดัน ไคแอลโตลิก ไม่แตกต่างกัน แสดงว่าการอำนวยความสะดวกและการให้ความรู้ ทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ไม่แตกต่างกัน

เฮย์เนสและคณะ (Haynes, et al. 1976: 1265-1268) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมมือในการรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้าน และได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน มีบุคลากรในทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ กลุ่มควบคุมมีจำนวน 12 คน ได้รับการบริการตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะเหมือนกัน ในด้านอายุ ส่วนสูง น้ำหนักตัว และรายงานประวัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มควบคุมความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 1.5 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.3 ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลง 17 คนใน 20 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 6 คน ส่วนในกลุ่มควบคุมความดันโลหิตลดลง 10 คนใน 18 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน ซึ่งแสดงว่าแรงกระตุ้นและกำลังใจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

สวอนและสตีคเกิล (Swain & Steckel 1981: 213-222) ได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามปกติของคลินิก กับการให้ความรู้และ/หรือการกระตุ้นร่วมกับการเสริมแรง เพื่อค้นหาวิธีการปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกผู้ป่วยนอก 2 แห่ง จำนวน 115 คน ที่เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แล้วแบ่งกลุ่มโดยการสุ่มวิธีการดูแลรักษา กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมี 38 คน กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคและ

การรักษา มี 40 คน ส่วนกลุ่มสุดท้ายได้รับความรู้ร่วมกับการกระตุ้นและการเสริมแรง มี 37 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ประวัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์คนเดียวกัน ซึ่งแพทย์ผู้ต้นไม่ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละคนอยู่ในกลุ่มใด ประเมินความร่วมมือในการรักษาจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัดรวม 4 ครั้ง โดยผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดทุก 6 เดือน ใช้เวลาศึกษานาน 18 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ร่วมกับการกระตุ้นและการเสริมแรงมีความรู้เพิ่มขึ้น ให้ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และความดันไดแอสโตลิก ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มที่ได้รับความรู้อย่างเดียวมีอัตราการขาดความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของคลินิก และความดันไดแอสโตลิก ไม่ลด นั้นแสดงว่าการเสริมแรงและการกระตุ้นเป็นวิธีที่สามารถปรับปรุงความร่วมมือในการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความร่วมมือ หรือการขาดความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการศึกษาระบบบริการที่จะช่วยปรับปรุงความร่วมมือในการรักษา ดังได้รายงานไปแล้วนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยบางรายที่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก

1. การวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวัดการปฏิบัติเพียงบางอย่าง เช่น การปฏิบัติตนในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การพักผ่อน หรือผลลัพธ์จากการปฏิบัติตัว เช่น การควบคุมความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว เป็นต้น (Hershey, et al. 1980: 1081-89; Levine, et al. 1979: 1700-703; Sackett, et al. 1975: 1205-207; Swain & Steckel 1981: 213-22) ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า การวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ น่าจะวัดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุมมากที่สุด

2. ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียดหรือความวิตกกังวล น่าจะมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาพบว่าความทุกข์ใจในระดับสูงจะเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาระดับต่ำ (Brody 1980: 5, cited in DeVon & Powers 1984: 11) และการใช้กลไกในการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม ทำให้ขาดความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา (Gillum & Barsky 1974: 1564) ซึ่งสอดคล้องกับแมกเอนทีและพีดดีคอร์ด ที่ว่าการไม่สามารถเผชิญกับการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้มีอัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำ (McEntee & Peddicord 1987: 583) ดังนั้นการศึกษาเรื่องการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจึงเป็นเรื่องน่าสนใจ

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนับเป็นเหตุการณ์ในชีวิตอย่างหนึ่งที่ผู้ป่วยอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากรบกวนต่อความเป็นปกติสุขของผู้เจ็บป่วย เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลของโรค และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เช่น การปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย หรือนิสัยส่วนตัวบางอย่างให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งบวร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt 1987: 543) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตเป็นการคุกคามต่อศักดิ์ศรี ความภาคภูมิใจ และแหล่งประโยชน์ลดลง นอกจากนี้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตทำให้รู้สึกไม่สบาย และมีผลต่อคุณภาพชีวิต (Williams 1987: 98)

บุคคลหาทางเลือดที่จะเผชิญความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ และแสดงออกเป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียด ซึ่งอาจเป็นการกระทำหรือเป็นความรู้สึกนึกคิด โดยที่ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984: 141-142, 178-179) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดี

พฤติกรรมที่ใช้เผชิญความเครียดมี 2 อย่างคือ

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งไปที่ปัญหา เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยเปลี่ยนการกระทำที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือ โดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่นั้น พฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญกับความเครียดนี้ เรียกว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping)
2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับอารมณ์ของตนเองอันเป็นผลจากความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มีมากขึ้น จนอาจทำลายความสามารถในการทำหน้าที่ หรือคงไว้ซึ่งขวัญและกำลังใจ พฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญกับความเครียดนี้ เรียกว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งลดหรือบรรเทาอารมณ์ดังเครียด (Emotion-focused coping)

พฤติกรรมที่ทำหน้าที่ดังกล่าวทั้ง 2 อย่าง อาจส่งเสริมซึ่งกันและกัน เช่นในการลดความวิตกกังวลลงจะช่วยให้อุคคลสามารถเผชิญกับสิ่งคุกคามได้ดีขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการแก้ไขเหตุการณ์นั้น ในทางตรงกันข้ามหน้าที่หนึ่งอาจรบกวนต่ออีกหน้าที่หนึ่ง เช่นผู้ป่วยเรื้อรังที่ปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ความร่วมมือในการรักษาอาจลดลง ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อการควบคุมโรค (Cohen & Lazarus 1983: 612)

การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน บุคคลใช้ทั้ง 2 วิธี เช่นการศึกษา พฤติกรรมเผชิญความเครียดในหญิงและชายวัยกลางคนของโฟล์คแมนและลาซารุส (Folkman & Lazarus 1980: 219-239) พบว่าร้อยละ 98 ของกลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 2 อย่าง

การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Assessment of coping)

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทั้งด้านความคิดและการกระทำที่ใช้จัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากความเครียด ดังนั้นจึงได้มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดนั้นๆ เช่น เครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีส (Jalowiec Coping Scale: JCS) ซึ่งสร้างครั้งแรกปี ค.ศ. 1979 ใช้วัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน 2 ด้าน คือด้านที่ 1 เป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา และด้านที่ 2 เป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งลดหรือบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด หลังจากได้มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กันมากมาย และมีการพัฒนาเครื่องมือเป็นระยะๆ จนในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีสได้พัฒนาเครื่องมือนี้โดยแบ่งพฤติกรรมเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping behaviors) หมายถึงวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเอง หรือใช้วิธีเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่
2. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์เชิงเครียด (Emotive coping behaviors) หมายถึง วิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง
3. พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม (Palliative or passive coping behaviors) หมายถึง วิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อม หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Coping resources)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียดของบุคคล คือแหล่งประโยชน์ซึ่งอาจมีอยู่ในตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและพลังงาน 2) ความเชื่อในทางที่ดี 3) ทักษะในการแก้ปัญหา 4) ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่น 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 6) ปัจจัยเกื้อหนุนทางวัตถุ (Lazarus & Folkman 1984: 159-164)

ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (Constraints against utilizing coping resources) ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านบุคคล 2) ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) ระดับของการถูกคุกคาม (Lazarus & Folkman 1984:165-170)

ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด (Outcome of coping)

ผลของการเผชิญความเครียด แสดงออก 3 ด้าน คือ 1) การทำหน้าที่ในสังคม 2) ชีวี ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ 3) ภาวะสุขภาพ (Cohen & Lazarus 1983: 617-619; Lazarus & Folkman 1984: 165-170)

ผลลัพธ์ที่แสดงออกมานั้นขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการประเมินเหตุการณ์และทักษะที่ใช้ในการเผชิญความเครียด (Izzo 1982:33) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจประสบกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคล้ายๆ กัน แต่อาจมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ฉะนั้นจึงทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาแตกต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ที่แสดงออกให้เห็นด้านหนึ่ง คือภาวะควบคุมโรค โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นอาจมีประสิทธิภาพในการปรับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดจากความเครียด หรือสามารถแก้ปัญหาได้ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น และอาจเกิดการท้อล้าอย่างร้ายแรง (Burckhardt 1987: 543-544)

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษา

อิสโซ (Izzo 1982: 33) กล่าวว่า สิ่งสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการแยกแยะปัญหา และการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของผู้ป่วย ในการนำความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับโรค และการดูแลสุขภาพ มาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล หรือ อีกนัยหนึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

นั่นคือถ้าผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์ได้ตรงหรือใกล้เคียงกับความจริง ก็จะยอมรับการวินิจฉัย เข้าใจเกี่ยวกับโรค ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความดันโลหิต ยอมรับการรักษาพยาบาล และใช้วิถีเฉพาะในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กล่าวโดยสรุป ความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นพฤติกรรมเฉพาะที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตและแสดงถึงการปรับตัวต่อโรคได้ รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามเป้าหมายของการรักษา สอดคล้องกับ วิสอ์สกี (Visotsky, cited in Burckhardt 1987:544) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและปรับตัวได้ จะทำให้ความทุกข์ยากถูกจำกัดอยู่เพียงแค่นั้น เกิดความหวัง คงความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองไว้ได้ คงความสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ได้ และมีความรู้สึกเป็นปกติสุขเพิ่มขึ้น

งานวิจัยต่างๆ ในเรื่องพฤติกรรมเผชิญความเครียด จะเสนอเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดังต่อไปนี้

จาโลวีส์และเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers 1981: 10-15) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเปรียบเทียบการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนกลุ่มละ 25 คน อายุระหว่าง 20 ถึง 60 ปี วัดการเผชิญความเครียดโดยใช้แบบสอบถามของจาโลวีส์ ประกอบด้วยพฤติกรรมเผชิญความเครียดรวมทั้งหมด 40 วิธี แบ่งเป็นวิธีการมุ่งแก้ปัญหา 15 วิธีและวิธีการมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียด 25 วิธี

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบว่าใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหาเช่นกัน (Baldree, Murphy & Powers 1982: 107-112; Gurklis & Menke 1988: 236-239)

ดีวอนและเพาเวอร์ส (DeVon & Powers 1984: 10-15) ได้ศึกษาเรื่องการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนกลุ่มละ 15 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มเป็นชนชั้นกลางและชั้นสูงผิวขาว มีปัจจัยพื้นฐานคล้ายๆ กัน แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนใดควบคุมความดันโลหิตได้หรือควบคุมไม่ได้ โดยอาศัยลักษณะทางคลินิก ใช้เครื่องมือวัดการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยของเดอโรกาทีส (Derogatis' Psychosocial Adjustment to Illness Scale) ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านการดูแลสุขภาพ สถานแวดล้อมที่ทำงาน สถานแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพของครอบครัว สถานแวดล้อมทางสังคม และความทุกข์ใจ

ผลการศึกษา พบว่าการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน คือผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้มีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้น้อยกว่า คือ ยุ่งยากด้านที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพของครอบครัวถูกรบกวน และมีความทุกข์ใจมากกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการเผชิญความเครียดน่าจะมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย เช่นการศึกษาของเพาเวอร์สและจาโลวีซ (Powers & Jalowiec 1987: 106-110) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ปรับตัวได้และควบคุมความดันโลหิตได้ดี โดยศึกษาตัวทำนายนการควบคุมความดันโลหิตและการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง สุ่มตัวอย่างจากคลินิกผู้ป่วยนอก 6 แห่ง จำนวน 450 คน แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยคนใดควบคุมความดันโลหิตได้หรือควบคุมไม่ได้ ใช้เครื่องมือวัดการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อความเจ็บป่วยของเดอโรกาทีส (PAIS) ตัวทำนายนต่างๆ วัดโดยแบบสัมภาษณ์แบบสอบถาม รวมทั้งการทบทวนประวัติการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีคะแนนการปรับตัวด้านสุขภาพด้านเพศ และความพึงพอใจด้านสุขภาพดีกว่า มีความรู้ในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา และรับประทานยามานานกว่า รวมทั้งระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างที่ปรับตัวได้ดี มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่หาย มีความรู้ในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าและคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่า ใช้วิธีจัดการกับความตึงเครียด เช่นวิธีรับประทานอาหาร สุนัขหรือมากขึ้น หรือใช้ยาและกังวลใจน้อยกว่า พยายามใช้วิธีแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียด ไม่ชอบอยู่คนเดียวเมื่อรู้สึกเครียด รู้สึกว่าสามารถควบคุมสุขภาพและความดันโลหิตของตนเองได้ เช่นควบคุมน้ำหนักตัวได้ รับประทานอาหารเช้า น้อยกว่า รับประทานยาในช่วงสั้นกว่าและจำนวนยาน้อยกว่า ผลการศึกษานี้แสดงว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นตัวทำนายนการควบคุมความดันโลหิตและการปรับตัวต่อโรคความดันโลหิตตัวหนึ่ง

การศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมเผชิญ-
 ความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งดูเหมือนว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรม
 เฉพาะที่ผู้ป่วยเลือก ใช้จัดการกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา อย่างไรก็ตามพฤติกรรม
 เผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ดึงเครียดและต้านแก้ปัญหาทางอ้อม อาจทำให้ผู้ป่วยคิดแก้ปัญหา
 ได้ดีขึ้น ดังนั้นน่าจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านกับ
 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด ความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เป็นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มม.ปรอท และได้รับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. ได้รับการรักษาทั้งวิธีใช้ยาและหรือวิธีไม่ใช้ยา โดยแพทย์นัดมาตรวจเป็นระยะๆ
4. ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้
5. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2533 จำนวน 80 คน แต่ในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย 4 คน ไม่เข้าใจและตอบแบบสอบถามไม่ได้ 12 คน

ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 4 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างจะเสนอในบทที่ 4

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ เป็นต้น และข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อน ยาที่ใช้ในการรักษา การมาตรวจตามนัด และน้ำหนักตัว เป็นต้น (ดูในภาคผนวก ข)

2. แบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ใช้เครื่องมือของจาโลวีส (Jalowiec 1988) ซึ่งสร้างและพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 โดยอาศัยทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและลาเนียน (Lazarus & Launier 1978) เครื่องมือประกอบด้วยพฤติกรรมเผชิญความเครียด 40 วิธี และได้รับปรับปรุงเหลือ 36 วิธีในปี ค.ศ. 1988 โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าใช้วิธีนั้นๆ หรือไม่ บ่อยแค่ไหน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิต 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่ระดับที่ 1 ซึ่งบ่งบอกว่าไม่เคยใช้วิธีนั้นๆ เลย ระดับที่ 5 บ่งบอกว่าใช้วิธีนั้นๆ เกือบทุกครั้ง (ดูในภาคผนวก ค) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 36-180 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นเผชิญกับความเครียดมาก

การให้คะแนน จะให้คะแนนรายข้อ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ซึ่งให้คะแนนรายข้อตามความบ่อยครั้งของการใช้แต่ละวิธีดังนี้คือ

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	ได้ 1 คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	ได้ 4 คะแนน
ใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความตรงของโครงสร้าง (construct validity) โดยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ

ปี ค.ศ. 1984 จาโลวีส์และคณะ (Jalowiec, et al. 1984: 157-161) นำแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน จำนวน 40 วิธี ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 141 คน แล้ววิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามากกว่า 2 ด้าน

ดังนั้น ปี ค.ศ. 1988 จาโลวีส์ได้นำเครื่องมือมาหาความตรงของโครงสร้าง โดยนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1400 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วย LISREL ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน จำนวน 36 วิธี คือ ด้านที่ 1 ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 13 วิธี ด้านที่ 2 ด้านลดอารมณ์ตึงเครียด 9 วิธี และด้านที่ 3 ด้านแก้ปัญหาทางอ้อม 14 วิธี

จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามี 4 ข้อ ที่มีน้ำหนัก (Factor loading) ไม่ตกอยู่ในองค์ประกอบใด จึงตัดออก คือด้านที่ 2 ตัดออก 3 วิธีคือ การร้องไห้ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และการใช้ยา ส่วนด้านที่ 3 ตัดออก 1 วิธีคือ การทำสมาธิ โยคะ ใช้ปฏิริยาย้อนกลับทางด้านชีวภาพหรือใช้จิตคลุมกาย

2.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

2.2.1. วิธีการทดสอบซ้ำ (Test - retest method) เมื่อนำเครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีส์ ซึ่งประกอบด้วยวิธีเผชิญความเครียด 40 วิธี แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ไปหาความเที่ยงโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ใช้ช่วงเวลาห่าง 2 ถึง 4 สัปดาห์ ขนาดตัวอย่าง 9 ถึง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงระหว่าง .78 ถึง

.90 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความคงที่ (Foster 1984; Jalowiec 1979; Langer 1983, cited in Jalowiec 1988: 188-189)

2.2.2. วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช โดยการนำ เครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด 36 วิธี ไปหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .95 และรายด้านคือ ด้านที่ 1 เท่ากับ .85 ด้านที่ 2 เท่ากับ .75 และด้านที่ 3 เท่ากับ .75 (Jalowiec 1988 : 301-302)

ความตรงทางภาษาและความเที่ยงของเครื่องมือที่นำมาใช้ในประเทศไทย

นิตยา สุทธยากร (2531) ได้นำเครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ของจาโลวีส์ (Jalowiec 1980) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมเผชิญความเครียด 40 วิธี แปลเป็นภาษาไทยโดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาไทย จาก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษ 2 ท่าน นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ แล้วนำ เครื่องมือนี้ไปใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 คน และหาความเที่ยงของ เครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาชได้เท่ากับ .88

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของจาโลวีส์ (Jalowiec 1988) ที่ปรับปรุงแล้วเหลือ 36 วิธี ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มี ลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาทั้งหมด 60 คน หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาชได้เท่ากับ .77 และ .84 ตามลำดับ

3. แบบวัดความร่วมมือในการรักษา ผู้วิจัยใช้แบบวัดความร่วมมือในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง ของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) เครื่องมือนี้นับว่าเป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่อง การรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทาน ยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การควบคุมน้ำหนักตัว และการมาตรวจตามนัด รวม 15 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้ โดยการตัดข้อความเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุม



น้ำหนักตัวออก 1 ข้อ จึงเหลือ 14 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามแบบปลายปิด โดยกำหนดคำตอบไว้ 3 คำตอบ คือ ข้อ ก. ข้อ ข. และข้อ ค. ส่วนคำตอบนอกเหนือจากคำตอบที่กำหนดไว้ สามารถระบุได้ในข้อ ง. ซึ่งเปิดกว้างไว้ (ดูตัวอย่างเครื่องมือในภาคผนวก ง.) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าให้ความร่วมมือสูง

การให้คะแนน จะให้คะแนนรายข้อ โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน ซึ่งพิจารณาคำตอบของผู้ปวยดังนี้

คำตอบแสดงถึงการปฏิบัติตัวถูกต้อง	ได้ 2 คะแนน
คำตอบแสดงถึงการปฏิบัติตัวถูกต้องบางส่วน	ได้ 1 คะแนน
คำตอบแสดงถึงการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	ได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การหาความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบวัดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข

3.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

สุภาว ไบแก้ว (2528) ได้นำแบบวัดความร่วมมือในการรักษาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 20 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาชได้เท่ากับ .65

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้
รับการปรับปรุงแล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะตรงกับกลุ่ม
ตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาทั้งหมด 60 คน หาความเที่ยงของ
เครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาชได้เท่ากับ .63 และ .53 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอหนังสือ
แนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาล-
รามธิบดี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล
ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มา
รับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตาม
คุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในวันนั้นๆ
2. หลังจากผู้ป่วยได้รับการชั่งน้ำหนักตัว และรับหมายเลขตรวจเรียบร้อยแล้ว
ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย พร้อมกับอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือ
ในการทำวิจัย และพินิจลักษณะของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ (ดูรายละเอียด
ภาคผนวก ก)
3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แล้วให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญความเครียด
และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน
ช่วงรอการตรวจ หรือบางรายหลังจากได้รับการตรวจเสร็จแล้ว โดยเชิญผู้ป่วยมาที่โต๊ะซึ่งได้
จัดเตรียมไว้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 20 ถึง 30 นาที

กรณีที่ผู้ปวยบางรายมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อความในแบบสอบถาม ผู้ปวยสามารถซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา หรือกรณีที่ผู้ปวยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ปวยฟัง และให้ผู้ปวยตอบ โดยผู้วิจัยบันทึกคำตอบให้



ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมเผชิญความเครียด ความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 60 คน อายุระหว่าง 35 ถึง 76 ปี ค่าเฉลี่ย 58.67 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.15) เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีมากที่สุดคือร้อยละ 38.3 รองลงมาคือมัธยมศึกษาร้อยละ 33.3 มีอาชีพงานบ้านเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.4 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 5,000 บาทเป็นส่วนมากคือร้อยละ 48.3 ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาส่วนใหญ่เบิกจากส่วนราชการหรือบริษัทร้อยละ 80 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 0.67 ปี (8 เดือน) ถึง 30 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 7.27 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.09) และพบว่ามีความแทรกซ้อนถึงร้อยละ 60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
หญิง	31	51.7	< 1,000	6	10
ชาย	29	48.3	1,000-2,999	9	15
สถานภาพสมรส			3,000-5,000	16	26.7
โสด	4	6.7	> 5,000	29	48.3
หย่า หม้าย แยก	15	25	ค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา (คน)		
คู่	41	68.3	ผู้ป่วยหรือครอบครัวตนเอง	12	20
ระดับการศึกษา			เบิกจากส่วนราชการหรือบริษัท	48	80
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	6.7	ภาวะแทรกซ้อน (คน)		
ประถมศึกษา	23	38.3	ไม่มี	24	40
มัธยมศึกษา	20	33.3	มี	36	60
อุดมศึกษา	13	21.7	อายุ (ปี)		
อาชีพ			พีสัย		35-76
งานบ้าน	35	58.4	ค่าเฉลี่ย		58.67
ค้าขาย	8	13.3	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		9.15
รับราชการ	10	16.7	ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
ทำสวน ทำไร่	2	3.3	พีสัย		0.67-30
รับจ้าง	5	8.3	ค่าเฉลี่ย		7.27
			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		6.09

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม รายด้าน และความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมมีค่าระหว่าง 44-129 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 36-180 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 91.6 ± 16.69 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มีค่าระหว่าง 17-56 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 13-65 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 37.2 ± 8.84 ด้านลดอารมณ์ถึงเครียดมีค่าระหว่าง 11-28 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 9-45 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 28.23 ± 3.82 และด้านแก้ปัญหาทางอ้อมมีค่าระหว่าง 16.59 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 14-70 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 36.2 ± 7.97 คะแนนความร่วมมือในการรักษามีค่าระหว่าง 10-25 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 0-28 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 18.92 ± 3.19

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียดรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.32 ถึง 3.73 คะแนน นำมาจัดอันดับสูงสุดและต่ำสุด รายข้อพบว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกคือ

- 1) การพยายามควบคุมเหตุการณ์เท่าที่จะทำได้
- 2) การยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง
- 3) การพยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย
- 4) การหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น และ
- 5) การยอมรับสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ

ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุด 5 อันดับสุดท้ายเรียงลำดับจากต่ำสุดคือ

- 1) การรับประทานอาหารสุบๆหรีๆ มากขึ้น
- 2) การฝันกลางวัน เหม่อลอย
- 3) ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์นั้นแทน
- 4) การระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย และ
- 5) การตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการก่อให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอันดับที่ของพฤติกรรมเผชิญความเครียด รายข้อ จำแนกตามค่าเฉลี่ยสูงสุดและต่ำสุด

	พฤติกรรมเผชิญความเครียด	ด้าน	ค่าเบี่ยง		
			ค่าเฉลี่ย	เบนมาตรฐาน	อันดับที่
สูงสุด	.พยายามควบคุมเหตุการณ์เท่าที่จะทำได้	ผ	3.73	1.12	1
	.ยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง	อ	3.70	1.27	2
	.พยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย	ผ	3.65	1.18	3
	.หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	อ	3.57	1.14	4
	.ยอมรับสิ่งที่ดีรองลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ	อ	3.50	1.10	5
ต่ำสุด	.รับประทานอาหาร สุกๆหรือ มากขึ้น	ล	1.32	0.85	1
	.ตื่นกลางวัน เหม่อลอย	ล	1.42	0.74	2
	.ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์แทน	ล	1.63	1.01	3
	.ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย	ผ	1.70	1.01	4
	.ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการก่อให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ประสบอยู่	ล	1.78	0.96	5

ผ: การเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา
อารมณ์ดีใจเครียด และ อ: การเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม

ล: การเผชิญความเครียดด้านลด-

อารมณ์ดีใจเครียด และ อ: การเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม

ในการตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 1 เรื่อง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบใด

ในเรื่องนี้เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเผชิญความเครียด ทั้ง 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measure ANOVA)

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{2,118} = 4.08; p < .01$) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียดแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คือ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ตึงเครียดน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียดรายด้านของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน ($N = 60$)

พฤติกรรมเผชิญความเครียด	\bar{X}	SD
ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (X_1)	2.86	0.69
ด้านลดอารมณ์ตึงเครียด (X_2)	2.03	0.49
ด้านแก้ปัญหาทางอ้อม (X_3)	2.59	0.57

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียด ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านลดอารมณ์ดึงเครียด และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ด้วยสถิติวิเคราะห์ที่ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (N = 60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างผู้ไปย	59	35.77	0.61	
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	2	20.96	10.48	55.16**
ความคลาดเคลื่อน	118	22.15	0.19	
รวม	179			

** p < .01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเผชิญความเครียด แต่ละด้าน เป็นรายคู่ด้วยนิวแมนคูลส์

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม เผชิญความเครียด	\bar{X}_1	\bar{X}_3	\bar{X}_2
	(2.86)	(2.59)	(2.03)
ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (\bar{X}_1)	-	0.27**	0.83**
ด้านแก้ปัญหาทางอ้อม (\bar{X}_3)		-	0.56**
ด้านลดอารมณ์ดึงเครียด (\bar{X}_2)			-

** p < .01

คำถามวิจัยข้อที่ 2 ถึงข้อที่ 4 ที่ว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านลดอารมณ์ถึงเครียด และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม และรายด้าน กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดเพียงด้านเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) แต่พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม ด้านเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม รายด้าน กับความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 60)

ความร่วมมือในการรักษา (Y)		สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy})	p
พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวม (X)		- .14	> .05
ด้านเผชิญหน้ากับปัญหา (X ₁)		- .07	> .05
ด้านลดอารมณ์ถึงเครียด (X ₂)		- .25	< .05
ด้านแก้ปัญหาทางอ้อม (X ₃)		- .07	> .05

กล่าวโดยสรุป ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกัน โดยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และใช้ด้านลดอารมณ์ถึงเครียดน้อยที่สุด ส่วนการตอบคำถามวิจัยข้อที่ 2 ถึงข้อที่ 4 พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดเพียงด้านเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) แต่พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมด้านเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด ความร่วมมือในการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยแยกอภิปรายผลตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และคำถามวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 60 คน อายุเฉลี่ย 58.67 ปี เพศหญิงและเพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่เพศหญิงมีมากกว่าเล็กน้อยคือร้อยละ 51.7 ซึ่งใกล้เคียงกับลักษณะตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่หลายท่านได้ศึกษา เช่น ลีวันและคณะ (Levine, et al. 1979: 1700) ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน อายุเฉลี่ย 54 ปี เพศหญิงมีร้อยละ 71 และจากการศึกษาของเพาเวอร์สและจาโลวีส์ (Powers & Jalowiec 1987: 106) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 450 คน อายุเฉลี่ย 59 ปี เพศชายมีมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 54 จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะแอมแนลและโสเรนเซน (Luckmann & Sorensen 1987: 949) ที่กล่าวว่าโรคนี้มักพบได้บ่อยในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ และมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีอายุระหว่าง 35-76 ปี คืออยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ถือได้ว่าเป็นวัยที่มีประสบการณ์ความสามารถในการปรับตัวได้ดี สอดคล้องกับพยอม อิงคตานุวัฒน์ (2523: 1-21) ที่กล่าวว่าเมื่ออายุมากขึ้นคนผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตมามากจะมีประสบการณ์และความสามารถในการปรับตัวได้ดี

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสถึงร้อยละ 68.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือมัธยมศึกษา แม้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพงานบ้านส่วนใหญ่แต่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาท และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาจากส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทเอกชนถึงร้อยละ 80 จึงถือได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งประโยชน์คือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเกื้อหนุนทางวัตถุ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 0.67 ปี (8 เดือน) ถึง 30 ปี เฉลี่ย 7.27 ปี และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 60 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักค์แมนและโซเรนเซน (Luckmann & Sorensen 1987: 949) กล่าวว่า โรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกไม่ปรากฏอาการ การมีความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานตลอดเวลา ทำให้อวัยวะเป้าหมายเช่น หัวใจ สมอง ไต และเรตินาถูกทำลาย จากผลการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าว (สมจิต หนูเจริญกุล 2531: 112) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้นี้ มักพบว่าเป็นมากและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว (ดวงมณี วิเศษกุล 2527: 77; Syper & Gallagher 1983: 683, 686, 689) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (McEntee & Peddiord 1987: 583)

พฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ (ตารางที่ 3-5) พบว่าผู้ป่วยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียด ทั้ง 3 ด้านร่วมกัน แต่ใช้ด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอ้อมและด้านลดอารมณ์ตึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และ ประคอง อินทรสมบัติ (2531) จาโลวีสและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers 1981) เพาเวอร์สและจาโลวีส (Powers & Jalowiec 1987) บัลดรี เมอร์ฟีและเพาเวอร์ส (Baldree, Murphy & Powers 1982) เกอร์คลิสและเมนกี (Gurklis & Menke 1988) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มาหน่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2526) ที่ศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีแก้ปัญหามากกว่าวิธีลดอารมณ์ตึงเครียดเช่นกัน

การที่พบว่าผู้ป่วยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหานั้น สะท้อนให้เห็นถึงการใช่วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เพราะนักวิจัยหลายท่านพิจารณาว่าการเผชิญหน้ากับปัญหาหรือการพยายามแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์เป็นวิธีที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวที่ประสบผลสำเร็จ (Lararus & Launier 1978; Moos & Tue 1977; Sidle, et al. 1969, cited in Jalowiec & Powers 1981: 13-14) อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านลดอารมณ์ตึงเครียดด้วย ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งปกติ เพราะเป็นวิธีที่ใช้ในการจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกเป็นทุกข์ที่เกิดเนื่องจากความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุล และคงไว้ซึ่งความเป็นปกติสุข (Bell 1977: 136) รวมทั้งเป็นแนวทางที่จะนำผู้ป่วยหันมาทบทวนเหตุการณ์ใหม่ และมองเหตุการณ์ในแง่มุมที่ดีขึ้น เป็นผลทำให้ลดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพของร่างกายจากความเครียดลง และความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลงด้วย (McEntee & Peddicord 1987: 586)

ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าด้านอื่นๆ โดยที่การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างคือ 7.27 ปี อาจทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และพัฒนาวิธีการจัดการกับความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือแผนการรักษาจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลากับพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยบัลเดรี และคณะ (Baldree, et al. 1982) พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายใช้วิธีการเผชิญความเครียดมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดเมื่อเริ่มวินิจฉัยครั้งแรกและเริ่มต้นรักษาด้วยเครื่องไตเทียมเกอร์คลีสและเมเนกี (Gurklis & Menke 1988) พบว่าระยะเวลาในการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอภิปรายผลว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยอาจประเมินได้ว่าการใช้วิธีแก้ปัญหาเป็นวิธีที่เหมาะสม และพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดเพื่อนำมาใช้ได้ในโอกาสต่อไป

พฤติกรรมเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างใช้สูงสุด 5 อันดับแรก เป็นพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 2 วิธีและด้านแก้ปัญหาทางอ้อม 3 วิธี (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 2 วิธี ที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ในระดับสูงสุดคือ การพยายามควบคุมเหตุการณ์เท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้สูงสุดอันดับแรก ดูเหมือนวิธีนี้เป็นวิธีที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและโรคเรื้อรังอื่นๆ ใช้ เพราะการรักษาโรคเรื้อรังทำได้เพียงการควบคุมโรค ลดและ/หรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าผู้ป่วยใช้วิธีนี้ในระดับสูงสุดเช่นกัน เพราะโรคไตวายเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายและฟื้นคืนสู่สภาพเดิมไม่ได้ อีกทั้งการพยากรณ์โรคไม่แน่นอน (Murdaugh 1987: 72) การใช้วิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและควบคุมความดันโลหิตได้ จาโลวีซและเพาเวอร์ส (Jalowiec & Powers 1981) กล่าวว่าความรู้สึกว่าควบคุมเหตุการณ์ได้ เป็นปัจจัยสนับสนุนทางอ้อมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยลดความรู้สึกหมดหนทาง ความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อเผชิญกับ

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออาจช่วยลดความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นลงได้ (Gurklis & Menke 1988: 239)

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหาที่ใช้ในอันดับสูงรองลงมา คือ การพยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย วิธีนี้มีคะแนนเฉลี่ยของการใช้สูงอยู่ในอันดับที่ 3 การที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามีสำคัญต่อชีวิต และมองเห็นความสำคัญของการรักษาเพื่อควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องตลอดไป

พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อม 3 วิธีคือ การยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง ดูเหมือนจะเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในระยะแรก เช่นการยอมรับการวินิจฉัย หรือการยอมรับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ เกี่ยวกับโรค ผลของโรค รวมทั้งความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดไป ซึ่งเป็นวิธีการควบคุมโรคได้ทางอ้อม ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการวินิจฉัย หรือปฏิเสธการรักษา ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม เพราะการปฏิเสธอาจทำให้ขาดการรักษาต่อเนื่อง และไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา เกิดผลเสียคือมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายอย่างถาวรได้ (Burckhardt 1987: 547-548)

การหวังว่าทุกอย่างทุกอย่างจะดีขึ้น เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้สูงสุดที่มีคะแนนเฉลี่ยอันดับที่ 4 การมีความหวังจะให้ผลดีสำหรับผู้ป่วย เพราะความหวังทำให้บุคคลเสาะแสวงหาแนวทางที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้ (Poletti 1984: 49; Hodgson 1982: 23) และการใช้วิธีนี้อาจนำไปสู่การประเมินเหตุการณ์ใหม่ (Lazarus & Folkman 1984: 151) วิธีนี้มีความสำคัญมากสำหรับความสามารถในการปรับตัว เพราะความหวังทำให้บุคคลตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ ในการเผชิญความเครียด (Simko 1975, cited in Jalowiec & Powers 1981: 14) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความหวังทำให้ผู้ป่วยเสาะแสวงหาแนวทางการปฏิบัติ เพื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตได้

การยอมรับสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้สูงสุดที่มีคะแนนเฉลี่ยอันดับที่ 5 การที่ผู้ป่วยใช้วิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่หายขาด การรักษาทำได้เพียงการควบคุมความดันโลหิตให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละคน

พฤติกรรมเผชิญความเครียดรายข้อที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยสุด 5 อันดับสุดท้าย เป็นวิธีการเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดถึง 4 วิธี และด้านเผชิญหน้ากับปัญหา 1 วิธี (ตารางที่ 2)

วิธีการเผชิญความเครียดมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้ใน 4 อันดับสุดท้าย คือการรับประทานอาหาร หรือสูบบุหรี่มากขึ้น วิธีนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เพราะการใช้วิธีนี้จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และอวัยวะเป้าหมายถูกทำลายมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ การรับประทานอาหารมากขึ้นมีผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้นด้วย ดังนั้นการใช้วิธีนี้น้อยทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มักใช้วิธีเผชิญความเครียดที่มีผลทำลายสุขภาพน้อย (Powers & Jalowiec 1987: 110)

ต้นกลางวัน เหม่อลอย วิธีนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ในอันดับต่ำสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอันดับที่ 2 ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์นั้นแทน วิธีนี้กลุ่มตัวอย่างใช้ต่ำสุดอันดับที่ 3 และการตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการก่อให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้ต่ำสุดอันดับที่ 5 การที่กลุ่มตัวอย่างใช้ทั้ง 2 วิธีหลังในอันดับต่ำ บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างปรารถนาที่จะหลีกเลี่ยงการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบัลดรีและคณะ (Baldree, et al. 1982) และเกอร์คลิสและเมนเก้ (Gurklis & Menke 1988: 239)

ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ต่ำในอันดับที่ 4 คือระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย แม้ว่าการออกกำลังกายอาจทำให้บุคคลเกิดพลังงานที่จะเผชิญความเครียด และทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ ส่งผลให้เกิดแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้ก็ตาม (Jalowiec 1988: 297) แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือมีอายุเฉลี่ย 58.67 ปี และเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานเฉลี่ย 7.27 ปี มีภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 60 ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นข้อจำกัดของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการทดสอบทางสถิติ (ตารางที่ 6) พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดเพียงด้านเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) แต่พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมด้านเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

การที่พบว่ามีสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียด กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าถ้าผู้ป่วยใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดบ่อยครั้ง อาจทำให้อัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำ หรืออาจทำให้อัตราความร่วมมือในการรักษา ผลการศึกษาสอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984: 135) ที่กล่าวถึงการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งลดอารมณ์ถึงเครียดเช่น ปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยง ในประเด็นของความเจ็บป่วยว่าเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม เพราะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสม (เช่นการไปพบแพทย์ หรือร่วมมือในการรักษา เป็นต้น) หรือการปฏิเสธทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง (McEntee & Peddicord 1987: 586)

การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหากับความร่วมมือในการรักษา นั้น ชัดแย้งกับรายงานของอามีส (Ames 1985: 13) และคณะทำงานในโครงการศึกษาพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (Working Group to Define Critical Patient Behaviors in High Blood Pressure Control 1979: 2534, 2536) ที่เห็นถึงความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงว่า ผู้ป่วยจะต้อง 1) มีการตัดสินใจที่จะควบคุมความดันโลหิต 2) ปฏิบัติสอดคล้องกับแผนการรักษา 3) ติดตามความก้าวหน้าของโรค และ 4) แก้ปัญหาที่อาจขัดขวางต่อผลสำเร็จของการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวนี้จะสอดคล้องกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งเป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ คือการกำหนดขอบเขตของปัญหา การหาวิธีแก้ปัญหาหลายๆ วิธี พิจารณาว่าวิธีไหนจะใช้ได้ผลดี เลือกวิธีที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการกับตัวปัญหาหรือมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอุปสรรคต่างๆ การหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ การเรียนรู้การปฏิบัติที่เหมาะสมโดยการหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะต่างๆ หรือวิธีการใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหา (Lazarus & Folkman 1984: 152)

อย่างไรก็ตามการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมด้านเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านแก้ปัญหาทางอ้อมกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอาจเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

1. แนวคิดที่แตกต่างกันของการเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษา โดยที่อีเดล (Edel 1985: 183-185) กล่าวถึงแนวคิดของความร่วมมือในการรักษาที่แตกต่างจากแนวคิดของอามีส และคณะทำงานในโครงการศึกษาพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงว่า "ความร่วมมือในการรักษา คือ การที่ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งเป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือผู้ป่วยในการควบคุมหรือกำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม" แต่การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทางความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic) โดยที่การเผชิญความเครียดเป็นการผสมผสานระหว่าง 2 กระบวนการที่มุ่งเน้นการหล่อหลอมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (transaction) คือกระบวนการประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) เพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินแล้วว่าก่อให้เกิด

ความเครียด (Lazarus & Folkman 1984: 19, 21; Luckmann & Sorensen 1987: 28) กลวิธีที่ใช้เผชิญความเครียดทำหน้าที่ 2 อย่างคือ 1) ใช้เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา) 2) ใช้เพื่อจัดการกับอารมณ์ของตนเอง โดยที่เหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง (พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ตึงเครียดและด้านแก้ปัญหาทางอ้อม) (Lazarus 1982; cited in Burckhardt 1984: 544; Lazarus & Folkman 1984: 179)

2. การศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียวอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจาก

2.1 การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและโอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984: 142-143) เป็นกระบวนการของความพยายามด้านความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเผชิญความเครียดบุคคลอาจใช้มากกว่า 1 วิธีในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญความเครียดเหมือนกัน ในเวลาต่างกัน อาจใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ต่างกัน อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาเหตุการณ์ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีที่ใช้เผชิญกับเหตุการณ์นั้น แต่เป็นการถามพฤติกรรมเผชิญความเครียดรวมๆ คือเป็นโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา ดังนั้นการประเมินการเผชิญความเครียดควรใช้การสังเกตและการประเมินความคิดและการกระทำจริงๆ ในเหตุการณ์เฉพาะคือ ขณะที่ประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

2.2 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานตั้งแต่ 0.67 ถึง 30 ปี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจะต้องนึกย้อนหลังถึงวิธีเผชิญความเครียดที่เคยใช้ ซึ่งบางคนอาจลืมได้ คำตอบที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างอาจคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงควรออกแบบการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบติดตามระยะยาว และเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง

3. ความจำกัดของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา เป็นการถามการปฏิบัติที่มีจุดเน้นตามความคิดของบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติในส่วนของผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. จุดอ่อนของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา

1.1 การวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้ใช้เครื่องมือวัดความร่วมมือที่เป็นแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยรายงานความร่วมมือในการรักษาด้วยตนเอง แบบสอบถามนี้เป็นการวัดโดยอ้อม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจตอบไปตามสิ่งที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม โดยไม่ได้ปฏิบัติจริงทั้งหมด

1.2 เครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยใช้นี้เป็นรูปแบบด้านการแพทย์ (Medical model) ที่กำหนดโดยบุคลากรทางการแพทย์ คาดหวังให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสอดคล้องกับแผนการรักษาถือว่าให้ความร่วมมือในการรักษา และเป็น การปฏิบัติที่ดีที่สุด

1.3 คุณภาพของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา

1.3.1 ความตรงของเนื้อหา ข้อคำถามการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ครอบคลุมในเรื่องการประเมินความร่วมมือในการลดและ\หรือการควบคุมน้ำหนักตัว

1.3.2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือวัดความร่วมมือในการรักษา ก่อนข้างต่ำคือ .63 เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน และ .53 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน การที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ต่ำ อาจทำให้ผลการวิจัยนี้

คลาดเคลื่อนได้ กล่าวคือทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเชิงความเครียดด้านอื่นๆ อีก 2 ด้าน ยกเว้นด้านลดอารมณ์ดีถึงเครียดเพียงด้านเดียว

2. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดจากตัวผู้วิจัยในการอ่านและอธิบาย ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ โดยผู้วิจัยมีความคาดหวังในผลของการวิจัย ซึ่งอาจมีอิทธิพล ต่อการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity) ของงานวิจัย

ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอกของงานวิจัยนี้คือ การไม่สามารถนำผลการวิจัยไป อ้างอิงถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในกลุ่มอื่นได้ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบเจาะจง และเนื่องจากมีข้อจำกัด ในด้านความตรงภายในของงานวิจัยที่ได้กล่าวไปแล้ว

บทที่ 5

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด ความร่วมมือในการรักษา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยอาศัยกรอบทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัส เป็นแนวทางในการอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วงระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2533 ได้ตัวอย่างจำนวน 60 คน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ รวมทั้งศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่ เป็นโรค แผนการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิต

ผลการศึกษามีดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.67 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.15) เพศหญิง และเพศชายมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คือ ร้อยละ 68.3 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีมากที่สุด คือ ร้อยละ 38.3 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 มีอาชีพงานบ้านมากที่สุด คือ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป

ร้อยละ 48.3 สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาจากราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือ บริษัท คือ ร้อยละ 80 ระยะเวลาเฉลี่ยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 7.27 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.09) และพบว่ามีการแทรกซ้อนถึง ร้อยละ 60 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และ โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน โดยพบจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 15

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมเผชิญความเครียด และความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอ้อมและด้านลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านแก้ปัญหาทางอ้อมมากกว่าด้านลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ 1) การพยายามควบคุมเหตุการณ์เท่าที่จะทำได้ 2) การยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง 3) การพยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย 4) การหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น และ 5) การยอมรับสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย เรียงจากน้อยสุด ได้แก่ 1) การรับประทานยา หรือ สูบบุหรี่มากขึ้น 2) การเฝ้ากลางวัน เหม่อลอย 3) การปล่อยใจคนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์แทน 4) การระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือ ออกกำลังกาย และ 5) การตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ประสบอยู่

2.2 ผลการศึกษาความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนความร่วมมือในการรักษามีค่าระหว่าง 10-25 คะแนน (คะแนนที่เป็นไปได้ 0-28 คะแนน) โดยมีค่าเฉลี่ย 18.92 ± 3.19

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านลดอารมณ์ถึงเครียดเพียงด้านเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25, p < .05$) ส่วนพฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมด้านเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านแก้ปัญหาทางอ้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัย ไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านร่วมกัน แต่ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้านเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านลดอารมณ์ถึงเครียดตามลำดับ พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยใช้สูงสุด 5 อันดับแรก คือ การพยายามควบคุมเหตุการณ์เท่าที่จะทำได้ การยอมรับเหตุการณ์ตามความเป็นจริง การพยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย การหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น และการยอมรับสิ่งที่ดีรองลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่ทำลายสุขภาพน้อยที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะแนวทางการนำความรู้จากผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในทางการปฏิบัติพยาบาลอย่างเหมาะสมดังต่อไปนี้

1. พัฒนาระบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก หรือ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความดันโลหิตได้ ยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง พยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย เป็นต้น
2. ควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ เพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือ หรือ ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการควบคุมความดันโลหิต รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เป็นผู้ป่วยใหม่ หรือกลุ่มที่ได้รับการรักษาผ่านไปแล้ว 1 ปี หรือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการศึกษาแบบติดตามระยะยาว และศึกษาในเชิงคุณภาพ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียด กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ศึกษา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง และการวัดความร่วมมือในการรักษาควรรนำเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ นอกจากนั้นการเก็บข้อมูลควรติดตามระยะยาว

เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม

- เกษม วัลลภชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์พัฒนาศึกษา, 2532.
- จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเองสัมพันธ์สภาพในครอบครัวและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ชมบุญฤกษ์ อ่องจรีต. "ความดันโลหิตสูง." ใน อายุรศาสตร์เวชปฏิบัติ 1 เรื่องการดูแลผู้ป่วยนอก, หน้า 127. สัจพันธ์ อิศรเสนา ประดิษฐ์ เจริญลา และศรีจิตรา บุญภาค, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สันประสิทธิ์การพิมพ์, 2527.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
- เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2527.

- ดวงกมล อัครอนุสรณ์. การศึกษาภาวะควบคุมโรค ความร่วมมือในการรักษาความเชื่อด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจในตน - นอกตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ดวงมณี วิเศษกุล. โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2525.
- นิตยา ภาสุพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- นิตยา สุกชยากร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- นิภา ศิริไพโรจน์. หลักการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ศึกษาพร, 2527.
- นิโลบล กฤษณพันธ์. วิธีเผชิญปัญหาและภาวะอารมณ์ทุกข์โศรกในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.

- ผ่องศรี ศรีมรกต. วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช-พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- พวงพยอม การวิญญู. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- พิกุล บุญช่วง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- มาลี ไชยธีรานุกูลศิริ. การทดสอบสมมติฐานทางสถิติ. กทม.: ศูนย์การศึกษาคอมพิวเตอร์, 2526.
- ยงวดี ภาษา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิตตอรีเภาเวอร์ จำกัด, 2532.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. วารสารสถิติรายไตรมาส. 34(มิถุนายน 2529): 13.
- วลัย อินทธีมพรรษ์. โภชนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แสงทวีการพิมพ์, 2530.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง". ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 8, หน้า 112-137. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เอเชียเพรสจำกัด, 2531.

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. "ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา." วารสารพยาบาล. 37 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531): 222-237.

สมชาติ โลจายะ และอรุวรรณ สุวจิตตานนท์. "ความดันโลหิตสูง." ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 324-356. สมชาติ โลจายะ บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์พินธุ์ สาครพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2524.

สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สุภาพ วาดเขียน. "การวิเคราะห์ความแปรปรวนที่มีตัวประกอบเดียวและวัดซ้ำ." วิธีวิจัยและสถิติทางการวิจัยในศึกษาศาสตร์, หน้า 124-125. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชจำกัด, 2523.

โสภณ พานิชพันธ์. การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา - ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

อุไรรัตน์ คชาชีวะ. เอกสารประกอบการสอน: โครงการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด. ม.ป.ท., ม.ป.ป. (อัดสำเนา)

Ames, N. "Hypertension: The demographics of management and control." Health Education. (August-September 1985): 11-14.

Ames, S.W., & Kneisl, C.R. "Coping with illness." In Essentials of Adult Health Nursing. pp. 61-76. New York: Addison-Wesley Publishing Company, 1988.

Baldree, K., Murphy, S., & Powers, M. "Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis." Nursing Research. 31(March-April 1982): 107-112.

Bell, J.M. "Stressful life events and coping methods in mental-illness and-wellness behaviors." Nursing Research. 26(March-April 1977): 136-140.

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.

Brown, M.M., & Albright, J.C. "Hypertension." In AACN's Clinical Reference for Critical - Care Nursing. pp. 659-669. 2nd. ed. Edited by M.R. Kinney, D.R. Packa D.R., & S.B. Dunbar. New York: McGraw - Hill Book Company, 1988.

- Burckhardt, C.S. "Coping strategies of the chronically ill." Nursing Clinics of North America. 22(September 1987): 543-549.
- Caldwell, J.R., Cabb, S., Dowling, M.D., & Jongh, D. "The Dropout problem in antihypertensive treatment." Journal of Chronic Disease. 22(February 1970): 579-592.
- Carey, R. "Compliance and related nursing actions." Nursing Forum. 21(1984): 157-161.
- Cluss, P.A., & Epstein, L.H. "The measurement of medical compliance in the treatment of disease". In Measurement Strategies in Health Psychology, pp. 403-432 Edited by P. Karoly. New York: John Wilay & Sons, 1985.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. "Coping and adaptation in health and illness." In Hand Book of Health, Health Care, and the Health Profession. pp. 608-628 Edited by D. Mechanic. New York: Frees Press, 1983.
- Daniels, L.M., & Kochar, M.S. "What influences adherence to hypertension therapy." Nursing Forum. 18(March 1979): 231-244.
- Davis, M.S. "Physiologic, psychological and demographic factors in patient compliance with doctor's order." Medical Care. 6(March-April 1968): 115.

- DeVon, H.A., & Powers, M.J. "Health beliefs, adjustment to illness, and control of hypertension." Research in Nursing and Health. 7(1984): 10-16.
- Dracup, K.A., & Meleis, A.I. "Compliance: An interactionist approach." Nursing Research. 31(January/February 1982): 31-35.
- Edel, M.K. "Noncompliance: an appropriate nursing diagnosis." Nursing Outlook. 33(July/August 1985): 183-185.
- Eraker, S.A., et al. "Understanding and improving patient compliance." Annals of Internal Medicine. 100(1984): 258-268.
- Fink, J.W. "The challenge of high blood pressure control." Nursing Clinics of North America. 16(June 1981): 301-308.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. "An analysis of coping in a middle-aged community sample." Journal of Health and Social Behavior. 21(September 1980): 219-239.
- Foster, S., & Kousch, D.C. "Promoting patient adherence." American Journal of Nursing. 78(May 1978): 829, 832.
- Foster, S.B., & Kousch, D. "Adherence to therapy in hypertensive patients." Nursing Clinics of North America. 16(June 1981): 331-341.

- Gass, K.A., & Chang, A.S. "Appraisal of bereavement, coping, resources, and psychosocial health dysfunction in widows and widowers." Nursing Research. 38(January/February 1989): 31-36.
- Giblin, E. "Controlling high blood pressure." American Journal of Nursing. 78(May 1978): 824.
- Gillum, R.F., & Barsky, A.J. "Diagnosis and management of patient noncompliance." The Journal of American Medical Association. 288(June 1974): 1563-1567.
- Gurklis, J.A., & Menke, E.M. "Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients." Nursing Research. 37(July/August 1988): 236-239, 248.
- Harris, B. "Coping with chronic disease." In Psychosocial Nursing Care of the Aged. pp. 285-892. 2nd ed. Edited by I.M. Burnside. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
- Haynes, R.B., et al. "Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension." Lancet. 1(June 1976): 1265-1268.
- Hershey, J.C., Morton, B.G., Davis, J.B., & Reichgott, M.J. "Patient compliance with antihypertensive medication." American Journal of Public Health. 70(October 1980): 1081-1089.

Hilbert, G.A. "Accuracy of self-reported measures of compliance."

Nursing Research. 34(September/October 1985): 319-320.

Hypertensive Detection and Follow-up Program Cooperative Group.

"Five - year findings of hypertension detection and follow - up program: Reductive in mortality in persons with high blood pressure." JAMA. 242(May 1979): 2562-2577.

Hypertensive Detection and Follow - up Program Cooperative Group.

"The effects of treatment on mortality in mild hypertension." The New England Journal of Medicine. 307(October 14, 1982): 976-980.

Izzo, M. "Assessing the coping abilities of hypertensive patients."

Topics in Clinical Nursing. (July 1982): 33-37.

Jalowiec, A. "Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping

Scale." In Measurement of Nursing Outcome: Volume 1

Measuring Client Outcomes. pp. 287-303 Edited by

C.F. Waltz, & O.L. Strickland. New York: Springer Publishing Company, 1988.

Jalowiec, A., Murphy, S.P., & Powers, M.J. "Psychometric assessment

of the Jalowiec Coping Scale." Nursing Research.

33(May/June 1984): 157-161.

- Jalowiec, A., & Powers, M.J. "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients." Nursing Research. 33(January-February 1981): 10-15.
- Jaroonvesoma, N., et al. "Normal blood pressure and incidence of high blood pressure in the Thai population." The Journal of Medical Association of Thailand. 63(July 1980): 391-400.
- Joint National Committee. "The 1988 report of the joint national committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure." Archives of Internal Medicine. 148 (May 1988): 1023-1038.
- Kenane, C.B. Essentials of Medical Surgical Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1986.
- Kirkendall, W.M. "Hypertension." In CONN'A Current Therapy. pp. 225-239 Edited by R.E. Rakel. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- Leelarasamee, A., et. al. "Prevalence of hypertension in Thai population in Bangkok." The Journal of Medical Association of Thailand. 61(May 1978): 301-308.

Levine, D.M., et al. "Health education for hypertensive patients."
JAMA. 241(April 1979): 1700-1703.

Lipid Research Clinics Program. "The lipid research clinics
coronary primary prevention trial results." JAMA. 251
(January 1984): 351-374.

Long, B.C., & Phipps, W.I. Essentials of Medical-Surgical Nursing:
A Nursing Process Approach. St. Louis; The C.V. Mosby
Company, 1985.

Lowther, N.B., & Carter, V.D. "How to increase compliance in
hypertension." American Journal of Nursing. 81(May 1981),
963.

Luckman, J., & Sorensen, K.C. Medical Surgical Nursing: A
Psychophiologic Approach. 3rd. ed. Philadelphia: W.B.
Saunders Co., 1987.

Marcinek, M.B. "Hypertension: what it dose to the body."
American Journal of Nursing. 80(May 1980): 928-932.

Marston, M.V. "Compliance with medical reginens: A review of the
literature." Nursing Research. 19(July - August 1970):
312-323.

- Matthews, D., & Hingson, R. "Improving patient compliance: A guide for physicians." Medical Clinics of North America. 61(July 1977): 879-888.
- McEntee, M.A., & Peddicord, K. "Coping with hypertension." Nursing Clinics of North America. 22(September 1987): 583-591.
- McMahon, F.G. Management of Essential Hypertension. New York: Futrra Publishing Company, 1984.
- Miller, J.F. Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1983.
- Moser, M. "Hypertension: how therapy works." American Journal of Nursing. 80(May 1980): 937-941.
- Murdaugh, C. "Nursing research: Coping responses of spouses of MI patients and of hemodialysis patients as measured.... the Jalowiec Coping Scale." The Journal of Cardiovascular Nursing. (January 1987): 67-74.
- Nelson, E.C., et al. "Impact of patients on compliance with treatment for hypertension." Medical Care. 16(November 1978): 903.

- _____. "Noncompliance." In Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. pp. 408-410 Edited by L.T. Carpenito. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1987.
- Patel, C., et al. "Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow-up." British Medical Journal. 290(April 13, 1985): 1103-1106.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. USA.: Appleton & Lange, 1987.
- Poletti, R. "Helping people to cope with stress." Nursing Times. 80(March - April 1984): 47-49.
- Potter, J.F., & Beevers, D.G. "Pressor effect of alcohol in hypertension." Lancet. 1(January 21, 1984): 119.
- Powers, M.J., & Jalowiec, A. "Profile of the well - controlled, well - adjusted hypertensive patient." Nursing Research. 36(March/April 1987): 106-110.
- Puddley, I.B., et al. "Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects: A randomized controlled trials." Lancet. 1(March 21, 1987): 647.
- Roberts, S.L. "A framework for coping with stress and its application in patient care." Nursing Forum. 23(1987/88): 101-106.

Rosenstock, I.M. "Patients' compliance with health regimens."

JAMA. 234 (October 27, 1975): 402-403.

Ryan, P., & Falco, S.M. "A pilot study to validate the etiologies and defining characteristics of the nursing diagnosis of noncompliance." Nursing Clinics of North America.

20(December 1985): 685-695.

Sackett, D.L., et al. "Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension."

Lancet. 1(May 1975): 1205-1207.

Steckel, S.B. "Predicting, measuring, implementing and following up on patient compliance." Nursing Clinics of North America.

17(September 1982): 491-496.

Swain, M.A., & Steckel, S.B. "Influencing adherence among hypertensives." Research in Nursing and Health.

4(March 1981): 213-222.

Sypert, N.R., & Gallagher, L.P. "Nursing role in management blood pressure disturbances: hypertension." In Medical Surgical Nursing: Assessment and Management Clinical Problems.

pp. 683-976 Edited by S.M. Lewis, & I.C. Collier. New York: McGraw-Hill Book Company, 1983.

The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure." The 1984 report of the joint national committee on dection, evaluation and treatment of high blood pressure." Nurse Practioner. 10(July 1985): 9-34.

Todd, B. "Reason people don't take their meds?" RN. 44 (1981): 54-57.

Treece, E.W., & Treece Jr., J.W. "Hypotheses: Research without hypotheses". In Elements of Research in Nursing. pp.87-95. 2 nd ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1977.

Veterans Administration Coopertive Study Group on Antihypertensive Agents. "Effects of treatment on morbidity in hypertension: Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg." JAMA. 202(1967): 1028-1034.

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. "Effects of treatment on morbidity in hypertension: Results in patients with diastolic blood pressure averaging 90 through 114 mm Hg." JAMA. 213 (August 17, 1970): 1143-1152.

Ward, G.W., Bandy, P., & Fink, J.W. "Treating and counseling the hypertensive patient." American Journal of Nursing. 80(May 1980): 824-828.

Wikoff, R.L., & Miller, P. "Analysis of the Jalowiec Scale with cardiac patients' Spouses." Nursing Research. 38(July/August 1989): 221-222.

Williams, G.H. "Quality of life and its impact on hypertensive patients." The American Journal of Medicine. 82(January 1987): 98-104.

Williams, G.H., & Braunwald, E. "Hypertensive vascular disease" In Harrison's Principles of Internal Medicine. pp.1475-1486. 10th ed. Edited by R.C. Petersdorf, et al. New York: McGraw - Hill International Book Company, 1987.

Winer, B.J. Statistical Principles in Experimental Design. 2 nd ed. New York: McGraw-Hill Book, Co., 1971.

Working Group to Define Critical Patient Behaviors in High Blood Pressure Control. "Patient behavior for blood pressure control: Guidelines for professionals." JAMA. 241(June 8, 1979): 2534-2537.





การปกป้องพิทักษ์สิทธิ์ส่วนบุคคล

"สวัสดีค่ะ ดิฉัน สุรางค์ เบื้องเดช เป็นนักศึกษานพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะขออนุญาตคุณสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมดรวม 3 ชุด โดยจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที คุณมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลครั้งนี้ได้นะคะ"

"ในระหว่างการให้สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถาม หากคุณไม่พอใจหรือไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามต่อจนครบ คุณสามารถยกเลิกการให้สัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามได้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการที่คุณจะได้รับ และคำตอบของคุณดิฉันจะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ"



ภาคผนวก ข.

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยคนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....น.

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่ทั่วไป.....
2. อายุ.....ปี
6. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หย่า หม้าย แยก	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 1,000	<input type="checkbox"/> 1,000-2,999
<input type="checkbox"/> 3,000-5,000	<input type="checkbox"/> สูงกว่า 5,000
12. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง.....ปี



ภาคผนวก ค.

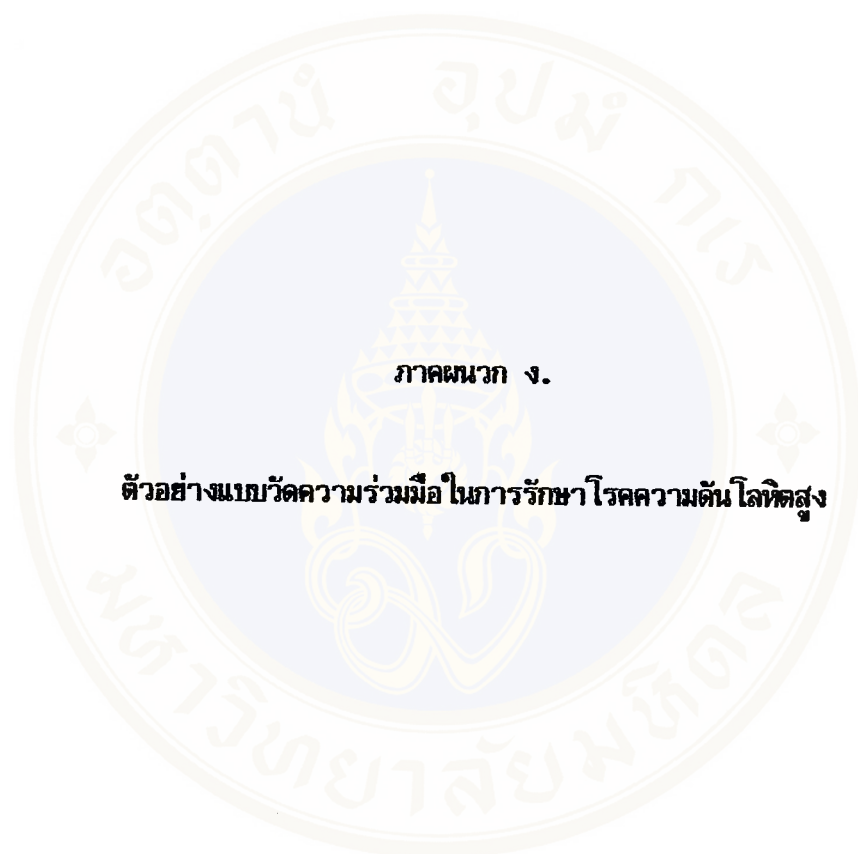
ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด

คำชี้แจงในการตอบส่วนที่ 2

ให้ใส่เครื่องหมาย () ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านที่สุด โดย
ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย (0%)
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย (25%)
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง (50%)
บ่อยๆ	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนใหญ่ (75%)
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด (100%)

วิธีเผชิญความเครียด	ไม่เคย (0%)	นานๆ ครั้ง (25%)	เป็น บางครั้ง (50%)	บ่อยๆ (75%)	เกือบ ทุกครั้ง (100%)
1. กังวลใจ
3. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น
5. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา หรือควบคุมเหตุการณ์
8. ปลอบใจให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมเหตุการณ์นั้นแทน
9. เดินกลางวัน, เหม่อลอย
14. ยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริง
17. พยายามมองเหตุการณ์นั้นอย่างมีความหมาย
20. พยายามหนีจากเหตุการณ์ที่เป็นอยู่



ตัวอย่างแบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

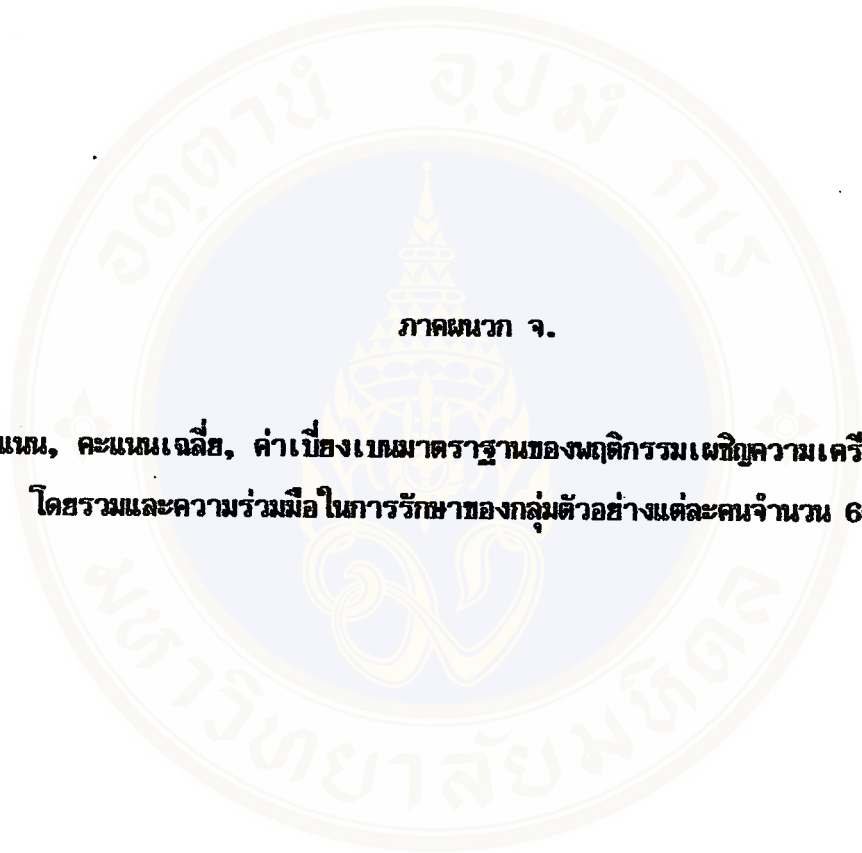
เลือกคำตอบที่ตรงกับสิ่งที่ท่านถือปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เพียงข้อละ 1 คำตอบ

1. ลักษณะอาหารที่ท่านรับประทานเป็นประจำคืออะไร
 -ก. อาหารรสจืด ไม่เค็ม
 -ข. อาหารที่มีรสพอเหมาะ
 -ค. อาหารที่มีรสเค็ม
 -ง. อื่นๆ ระบุ.....

5. ท่านรับประทานอาหารประเภทผักต่างๆ หรือไม่
 -ก. นานๆ จะรับประทานสักครั้ง
 -ข. รับประทานบ่อยแต่ไม่ทุกวัน
 -ค. รับประทานเป็นประจำทุกวัน
 -ง. อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า) หรือไม่
 -ก. ไม่เคยดื่ม หรือเลิกดื่มเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 -ข. ดื่มนานๆ ครั้ง
 -ค. ดื่มเป็นประจำ
 -ง. อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 -ก. ไม่เคยสูบ หรือเลิกเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 -ข. สูบน้อยกว่า 10 มวน ต่อวัน
 -ค. สูบมากกว่า 10 มวน ต่อวัน
 -ง. อื่นๆ ระบุ.....



ภาคผนวก จ.

**คะแนน, คะแนนเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเผชิญความเครียดรายด้าน
โดยรวมและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจำนวน 60 คน**

ตารางที่ 7 คะแนน, คะแนนเฉลี่ย, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเผชิญความเครียด รายด้าน โดยรวมและความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจำนวน 60 คน

คนที่	ด้านเผชิญหน้า กับปัญหา		ด้านลดอารมณ์ ตึงเครียด		ด้านแก้ปัญหา ทางอ้อม		พฤติกรรม เผชิญความ- เครียดโดยรวม		ความร่วมมือ ในการรักษา	
	คะแนน	\bar{X}_1	คะแนน	\bar{X}_2	คะแนน	\bar{X}_3	คะแนน	\bar{X}	คะแนน	\bar{Y}
1	26	2.00	15	1.67	30	2.14	71	5.81	16	1.14
2	30	2.31	19	2.11	40	2.86	89	7.28	16	1.14
3	52	4.00	21	2.33	45	3.21	118	9.54	18	1.29
4	28	2.15	17	1.89	34	2.43	79	6.47	18	1.29
5	39	3.00	19	2.11	44	3.14	102	8.25	20	1.43
6	37	2.85	17	1.89	42	3.00	96	7.74	22	1.57
7	51	3.92	24	2.67	50	3.57	125	10.16	14	1.00
8	39	3.00	20	2.22	41	2.93	100	8.15	21	1.5
9	35	2.69	15	1.67	28	2.00	78	6.36	22	1.57
10	44	3.38	28*	3.11	49	3.50	121	9.99	20	1.43
11	50	3.85	15	1.67	28	2.00	93	7.52	25	1.79
12	35	2.69	21	2.33	36	2.57	92	7.59	22	1.57
13	41	3.15	21	2.33	34	2.43	96	7.91	17	1.21
14	26	2.00	13	1.44	23	1.64	62	5.08	19	1.36
15	50	3.85	17	2.33	38	2.71	105	8.89	13	0.93
16	36	2.77	22	2.44	40	2.86	98	8.07	18	1.29
17	53	4.08	23	2.56	32	2.29	108	8.93	17	1.21



ตารางที่ 7 (ต่อ)

คนที่	ด้านเผชิญหน้า		ด้านลดอารมณ์		ด้านแก้ปัญหา		พฤติกรรม		ความร่วมมือ	
	กับปัญหา		ติงเครียด		ทางอ้อม		เผชิญความ-		ในการรักษา	
	คะแนน	\bar{X}_1	คะแนน	\bar{X}_2	คะแนน	\bar{X}_3	คะแนน	\bar{X}	คะแนน	\bar{Y}
18	34	2.62	17	1.89	41	2.93	92	7.44	20	1.43
19	36	2.77	19	2.11	41	2.93	96	7.81	16	1.14
20	48	3.69	24	2.67	30	2.14	102	8.5	18	1.29
21	32	2.38	24	2.67	29	2.07	85	7.12	15	1.07
22	49	3.77	20	2.22	34	2.43	103	8.42	16	1.14
23	27	2.08	12	1.33	24	1.71	63	5.12	14	1.00
24	17	1.31	11	1.22	16	1.14	44	3.67	23	1.64
25	38	2.92	17	1.89	39	2.79	94	7.6	17	1.21
26	31	2.38	18	2.00	28	2.00	77	6.38	18	1.29
27	55	4.23	17	1.89	38	2.71	110	8.83	19	1.36
28	30	2.31	12	1.33	27	1.93	69	5.57	23	1.64
29	46	3.54	17	1.89	43	3.07	106	8.5	22	1.57
30	29	2.23	18	2.00	33	2.43	80	6.66	19	1.36
31	35	2.69	11	1.22	29	2.07	75	5.98	15	1.07
32	37	2.85	14	1.56	39	2.79	90	7.2	22	1.57
33	29	2.23	14	1.56	37	2.64	80	6.43	22	1.57
34	25	1.92	11	1.22	20	1.43	56	4.57	19	1.36
35	37	2.85	19	2.11	50	3.57	106	8.53	23	1.64
36	30	2.31	19	2.11	59*	4.21	108	8.63	23	1.64
37	29	2.23	18	2.00	30	2.14	77	6.37	19	1.36
38	35	2.69	18	2.00	46	3.29	99	7.98	17	1.21
39	34	2.62	16	1.78	35	2.50	85	6.9	21	1.5
40	49	3.77	23	2.56	38	2.71	110	9.04	17	1.21

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คนที่	ด้านเผชิญหน้า กับปัญหา		ด้านลดอารมณ์ ตึงเครียด		ด้านแก้ปัญหา ทางอ้อม		พฤติกรรม เผชิญความ- เครียดโดยรวม		ความร่วมมือ ในการรักษา	
	คะแนน	\bar{X}_1	คะแนน	\bar{X}_2	คะแนน	\bar{X}_3	คะแนน	\bar{X}	คะแนน	\bar{Y}
41	27	2.08	14	1.56	37	2.64	78	6.28	24	1.71
42	23	1.77	15	1.67	34	2.43	72	5.87	15	1.07
43	33	2.54	21	2.33	39	2.79	93	7.66	10	0.833
44	46	3.54	18	2.00	24	1.71	88	7.25	20	1.67
45	39	3.00	21	2.33	44	3.14	104	8.47	21	1.75
46	34	2.62	24	2.67	48	3.43	106	8.72	15	1.07
47	34	2.62	23	2.56	35	2.50	92	7.68	19	1.36
48	37	2.85	17	1.89	36	2.57	90	7.31	20	1.67
49	28	2.15	19	2.11	30	2.14	77	6.4	24	1.71
50	44	3.38	22	2.44	42	3.00	108	8.82	20	1.67
51	39	3.00	19	2.11	37	2.64	95	7.75	18	1.29
52	56	4.31	23	2.56	50	3.57	129	10.44	14	1.00
53	51	3.92	21	2.33	37	2.64	109	8.89	23	1.64
54	33	2.54	16	1.78	38	2.71	87	7.03	16	1.14
55	42	3.23	18	2.00	33	2.36	93	7.59	18	1.29
56	42	2.69	19	2.11	30	2.14	91	6.94	17	1.21
57	45	3.46	10	1.11	38	2.71	93	7.28	21	1.75
58	39	3.00	20	2.22	38	2.71	97	7.93	24	2.00
59	27	2.08	16	1.78	29	2.07	72	5.93	22	1.83
60	30	2.31	22	2.44	33	2.36	85	7.11	21	1.75
\bar{X}		37.22		18.23		36.2		91.60		18.92
SD		8.84		3.82		7.97		16.69		3.19