



— 5 ๒๕.๕. 2537

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย

FACTORS INFLUENCING THE REGULAR FOLLOW-UP OF  
HYPERTENSIVE PATIENTS AT DANSAI HOSPITAL, LOEI PROVINCE

อภิธานศัพท์  
จาก  
“นิพนธ์การศึกษาค้นคว้า”

ละมัย ภูริปัญญา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการระบาด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

Copyright by Mahidol University

31368

วิทยานิพนธ์

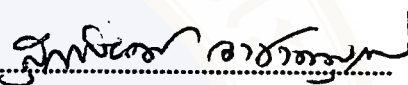
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย



ละมัย ภูริบัญชา

ผู้วิจัย



สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, พ.บ., M.P.H.  
(Health Development)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



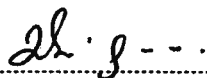
ธวัช จายนีโยธิน, พ.บ., ส.ม., D.P.H.,  
D.T.M & H.(London)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



พีระ ศรีกรรณจิตร, วท.บ.,วท.ม.(ชีวสถิติ)

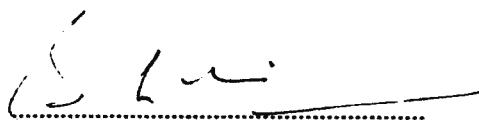
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย,พ.บ.,Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ,พ.บ.,M.P.H.(U.C.L.A.)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลค่าน้อย จังหวัดเลย  
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

วันที่ 25 มกราคม 2537



ละมัย คุริบายูชา  
ผู้วิจัย



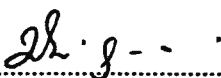
สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, พ.บ., M.P.H.  
(Health Development)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



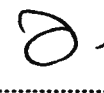
พีระ กรีกกรีนจิตร, วท.บ.,  
วท.ม.(ชีวสถิติ)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รัช จายนีโยธิน, พ.บ., ส.ม., D.P.H.,  
D.T.M & H.(London)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



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



อรุณ เผ่าสวัสดิ์, พ.บ., Dr.Med, F.R.C.S.T.,  
Facharzt fur Chirurgie.  
คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวละมัย ภูริบัญชา

วัน เดือน ปีเกิด 20 ธันวาคม 2505

สถานที่เกิด จังหวัดอุดรธานี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา, พ.ศ. 2524-2528 :  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2535-2537 :  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

ทุนการศึกษา ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนสำหรับนักศึกษา  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2528 - ปัจจุบัน : โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย .  
ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้ ถ้าปราศจากความกรุณาของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามารินทร์ นายแพทย์วิรัช จายนโยบายิน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข อาจารย์ไพระ ศรีกรรณจิตร ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ ข้อคิดเห็น ตรวจสอบแก้ไขและข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจอย่างดียิ่งมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไพฑูริย์ สุริยะวงศ์ไพศาล รองผู้อำนวยการ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลรามารินทร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ ภาควิชา สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข เกี่ยวกับแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลด่านซ้ายทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยรอกงาม นาดี หนองผือ กกกงาпа เครื่องสู ซึ่งได้ให้ความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ พี่ น้อง และหลาน ๆ ที่เป็นกำลังใจให้การช่วยเหลือ ดูแลและสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา และที่ขาดไม่ได้ก็คือขอขอบคุณเพื่อน ๆ ผู้ร่วมงานโรงพยาบาลปากชม เพื่อน ร่วมรุ่น วท.ม. วิทยาการระบาดรุ่นที่ 14 ทุกท่าน และบุคคลที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

ละมัย ภูริปัญญา

ชื่อวิทยานิพนธ์                    ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย

ผู้วิจัย                                ละมัย ภูริบัญชา

ปริญญา                                วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ, พ.บ., M.P.H. (Health Development)

ธวัช จายนีโยธิน, พ.บ., ส.ม., D.P.H., D.T.M & H. (London)

พีระ ศรีกรรณจิตร, วท.บ., วท.ม. (ชีวสถิติ)

วันที่สำเร็จการศึกษา    25 มกราคม พ.ศ. 2537

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลบางส่วนจากรายงานประวัติของผู้ป่วยและติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ที่สถานอนามัยและบ้านของผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1-30 กรกฎาคม 2536 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) ทดสอบสัมประสิทธิ์คอนทินเจนซี (c) และสัมประสิทธิ์ฟี (phi) การทดสอบที (t-test) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup>

ผลการวิจัย พบว่าอัตราการมารับการรักษาสม่ำเสมอของผู้ป่วยเท่ากับ ร้อยละ 38.0 เหตุผลของผู้ที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอคือ รู้สึกว่ามีอาการปกติ ติดธุระ รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย ไม่มีเงินค่ารถ ลืมวันนัด ไม่พอใจเจ้าหน้าที่ รวมทั้งป่วยด้วยโรคอื่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาชีพ การเลือกใช้บริการ บริการแห่งอื่น และความพึงพอใจต่อสถานบริการ

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะทาง / เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การมีภาวะแทรกซ้อน และการมีอาการข้างเคียง จากยารักษาโรค





Thesis Title      Factors    Influencing    the    Regular    Follow - up    of  
Hypertensive    Patients    at    Dansai    Hospital,    Loei  
Province

Name                    Lamai    Pooribancha

Degree                Master    of    Science    (Epidemiology)

Thesis    Supervisory    Committee

Surakiat    Achananuparp, M.D., M.P.H. (Health Development)

Thavaj    Chayniyayodhin, M.D., D.P.H., D.T.M & H. (London)

Peera    Krugkrunjit, B.sc., M.Sc. (Biost.)

Date of Graduation    25 January B.E. 2537 (1994)

#### ABSTRACT

The objective of this research is to study the factors affecting the regular follow-up of hypertensive patients. Subjects were 100 cases who received treatment from the hypertensive clinic at Dansai hospital, Loei province. The data were collected from medical records as well as questionnaires which were used to interview each patient at the health centers and their residence during July 1-30, 1993. The data were analyzed by the use and application of percentage, chi-square test. Contingency Coefficient, Phi Coefficient and t-test with 95% confidence interval, all of which were done through the SPSS/PC<sup>+</sup> program.

Results revealed the rate of regular follow-up among the patients to be 38 percent. The reasons given for poor follow-up included feeling well, being busy, not feeling well after taking medications, not having fare, forgetting the date of appointment,



not satisfied with health personnel and having other diseases.

The factors found to be statistically significant related to the regular follow-up of the hypertensive patients, were knowledge about hypertension, occupations, capability to choose other health service and satisfaction from the health service.

The factors which were not found to be related to the regular follow-up of the hypertensive patients were age, sex, education, household income, geographical distance between the place of residence and the government health service, travel time from home to the health service, cost of transportation, receipt of subsidy, attitude towards treatment, social support, present illness, complications and medication side effects.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ค
สารบัญตาราง .....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	9
3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	33
4 ผลการวิจัย .....	39
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	64
บรรณานุกรม .....	73
ภาคผนวก ก .....	79
ภาคผนวก ข .....	88

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การศึกษาอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในสังคมไทย จำนวนตามพื้นที่ และปีที่ศึกษา .....	2
ตารางที่ 2	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนตามลักษณะทั่วไปทางประชากร และเศรษฐกิจ .....	42
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนตามลักษณะสิ่งแวดล้อม .....	46
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนตามอัตราการมารับการรักษา .....	48
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย จำนวนตามเหตุผลที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ..	49
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนตาม ลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม .....	54
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนตาม ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง .....	58
ตารางที่ 8	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมารับการรักษา ของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ .....	59
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ .....	60
ตารางที่ 10	จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนตาม ความพึงพอใจต่อสถานบริการ .....	61

## สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และ ไม่สม่ำเสมอ จำนวนตามปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ .....	63
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ .....	89
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง จำนวนตามคุณลักษณะทางประชากร .....	90
ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนเป็นรายชื่อ ...	91
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเจตคติต่อการมารับการรักษา ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำนวนเป็นรายชื่อ ..	92
ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำนวนเป็นรายชื่อ .....	93

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศไทยแล้ว และกำลังพัฒนา (1) เพราะเป็นปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตที่สูงได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและทำลายอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน โรคไต (2)

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงนี้ เมื่อเป็นระยะแรกมักจะไม่มีอาการมาก่อน ดังนั้นกว่าผู้ป่วยจะรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้อาจเมื่อมีอาการมาก และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว จึงมีผู้เรียกโรคความดันโลหิตสูงนี้ว่า " นักฆ่าเงียบ " (silent killer) หรือผู้ป่วยจะทราบก็ต่อเมื่อมาตรวจสุขภาพด้วยสาเหตุของโรคอื่น และมีการตรวจวัดความดันโลหิตร่วมด้วย (3)

ความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ชนิด (4) คือ ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension หรือ primary hypertension) และความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) ในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุพบได้มากถึงร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (5)

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบได้ร้อยละ 15 ของผู้ใหญ่ชาวอเมริกัน พบมากในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ และอุบัติการณ์ของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เพศชายมีแนวโน้มจะเป็นโรคได้มากกว่าเพศหญิง จนกระทั่งอายุ 50 ปี เพศชายและเพศหญิงเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เท่ากัน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในสังคมอุตสาหกรรมและมีความเครียดทางอารมณ์มักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าประชาชนที่อยู่ในชนบทหรือในสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดน้อยกว่า (6)

จากการศึกษาอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่ามีผลของการศึกษาแตกต่างกันตามกลุ่มประชากรและระยะเวลาที่สำรวจดังนี้คือ

ตารางที่ 1 การศึกษาอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในสังคมไทย จำแนกตามพื้นที่ และปีที่ศึกษา

ผู้วิจัย	พื้นที่	อัตราความชุก(%)	ขนาดตัวอย่าง	พ.ศ.
สุรเกียรติ์ และคณะ (7)	บางปะอิน	11.3	2,374	2530
ไพฑูริย์ และคณะ (8)	นครราชสีมา	16.9	1,000	2531
สมสิริ และคณะ (9)	กทม.	11.3	5,072	2532
ไพฑูริย์ และปีเตอร์ (10)	กทม.	14.0	889	2532
รัตนา และคณะ (11)	นครราชสีมา	10.92	687	2533

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ถึงแม้จะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (12) โดยมีเป้าหมายที่สำคัญในการรักษา คือ การควบคุมอาการของโรคเพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา กล่าวคือ ผู้ป่วยควรจะได้รับ การรักษาที่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยา การจำกัดอาหารเค็ม และไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดปัจจัยเสริมความรุนแรงของโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การปฏิบัติตนเพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียด

จากการประชุมวิชาการเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ณ กรุงเทพมหานคร ปี 1975 (13) ด็อกเตอร์เฮนส์ ได้รายงานว่าประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงครึ่งหนึ่งไม่ตระหนักและไม่สนใจต่อการเป็นโรคของเขา ไม่ยอมมารับบริการตรวจรักษาตามการส่งตัวเพื่อการรักษา ( referral to medical care ) มีผู้ป่วยขาดการรักษาในปีแรกของการรักษา ร้อยละ 40-60 สำหรับผู้ที่มารับบริการตรวจรักษามีการปฏิบัติตามเรื่องการกินยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์เพียง 1 ใน 4 ถึง 1 ใน 2 ส่วน และโดยสรุปอัตราการไม่ให้ความร่วมมือทุกด้านอยู่ระหว่างร้อยละ 70 ถึง 90



ในผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลรักษาของแพทย์ จึงเป็นเหตุให้การดำเนินของโรคก้าวหน้ามากขึ้น และผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนตามมา

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือ ลักษณะเฉพาะของโรคที่แสดงอาการไม่ชัดเจน ไม่มีอาการเจ็บปวด และไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้ว จึงหยุดรับประทานยา และไม่มาตรวจตามนัด (14) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Long et al. (15) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดการติดตามรับการรักษาเพราะความดันโลหิตสูงมีอาการไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีจึงหยุดการรักษา

นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นตัวกำหนดว่าผู้ป่วยจะมาตรวจตามนัดหรือไม่ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะพอใจผู้ให้บริการที่แสดงความเอาใจใส่ เป็นกันเอง มีสีหน้ายิ้มแย้ม และพอใจที่ได้รับบริการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิมที่เคยตรวจให้ครั้งก่อน ๆ ด้วย และอุปสรรคจากการเดินทาง ค่าพาหนะ ค่ายาและระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการมาตรวจแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการมารับการรักษาของผู้ป่วย (16)

ดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มารับการรักษา หรือมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ย่อมมีโรคาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วย (5) การดำเนินชีวิตต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมถูกจำกัดลง เนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวย และบางรายยังมีผลต่อภาวะจิตใจอีกด้วย

จากข้อมูลการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่คลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2535 - 1 มีนาคม 2536 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาตามที่แพทย์นัดทุกครั้งเพียงร้อยละ 27.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 102 คน



จากความสำเร็จของโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นปัญหา และพบว่าอัตราการมารับการรักษาตามแพทย์นัดอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาตามแพทย์นัด โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ความรู้เกี่ยวกับโรค เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อสถานบริการ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค รวมถึงการมีภาวะแทรกซ้อน และทราบสาเหตุและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางการพัฒนาระบบการให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกและปรับปรุงรูปแบบการให้บริการคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง การให้สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะทาง/เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล การเลือกใช้บริการสถานบริการแห่งอื่น
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อสถานบริการ
3. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การมีภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคแตกต่างกัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเจตคติต่อการมารับการรักษาแตกต่างกัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการแตกต่างกัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค
8. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค

## ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรตาม (dependent variables) คือ ความสม่ำเสมอของการมารับการรักษา

2. ตัวแปรอิสระ (independent variables) ได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

- อายุ
- เพศ
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้ครอบครัวต่อเดือน
- ระยะทาง / เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา
- การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล
- การเลือกใช้บริการแห่งอื่น

2.2 ปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ

- อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- อาการข้างเคียงจากรักษาโรค
- การมีภาวะแทรกซ้อน

2.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- ✓ - เจตคติต่อการมารับการรักษา
- แรงสนับสนุนทางสังคม
- ความพึงพอใจต่อสถานบริการ

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจาก โรคไต เบาหวาน หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และมีระดับความดันโลหิตดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตช่วงล่าง  $\geq 95$  ทอรรี่
- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตช่วงล่าง  $< 95$  ทอรรี่ และมีความดันโลหิตช่วงบน  $\geq 160$  ทอรรี่

**ความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาตามวันที่แพทย์นัด หรือมาก่อนหรือหลังวันนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์ และไม่ขาดยา

**ความไม่สม่ำเสมอในการมารับการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มาได้รับการรักษาตามแพทย์นัด

**ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตน

**เจตคติต่อการมารับการรักษา** หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลในชุมชนให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำต่าง ๆ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจต่อการมารับการรักษา

**ความพึงพอใจต่อสถานบริการ** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับบริการ

**คำชี้แจงยานการเดินทางมารับการรักษา หมายถึง คำพาหนะในการเดินทางมารับ  
การรักษา**

**สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล หมายถึง สิทธิของผู้ป่วยในการได้รับสวัสดิการด้าน  
การรักษาพยาบาลฟรี เช่น การมีบัตรสุขภาพ บัตรผู้สูงอายุ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ฯลฯ**

**การเลือกใช้บริการแห่งอื่น หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามที่แพทย์  
นัด แต่เลือกไปใช้บริการแห่งอื่นแทน**

**อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน หมายถึง อาการและอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน  
ปัจจุบัน**

**อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค หมายถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากฤทธิ์  
ข้างเคียงของยารักษาโรคความดันโลหิตสูง**

**การมีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นร่วมด้วย**

## บทที่ 2

### ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงนับวันจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้คนมีความรู้และเอาใจใส่ในเรื่องโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาลและทำให้เกิดการตรวจพบมากขึ้น หรืออาจมีสาเหตุอื่น ๆ ส่งเสริมให้เกิดเป็นโรคนี้มากขึ้นก็ได้

คณะกรรมการเรื่องโรคความดันโลหิตสูงองค์การอนามัยโลก (17) ได้กำหนดค่าความดันโลหิตสำหรับผู้ใหญ่ไว้ ดังนี้

##### ความดันโลหิตช่วงบน

ถ้าวัดได้ตั้งแต่ 140 ทอร์ลงมา ก็ถือว่าเป็นปกติ

ถ้าวัดได้ระหว่าง 141-159 ทอร์ลงมา ก็ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง

ถ้าวัดได้ตั้งแต่ 160 ทอร์ลงขึ้นไป ก็ถือว่าเป็นสูง

##### ความดันโลหิตช่วงล่าง

ถ้าวัดได้ตั้งแต่ 90 ทอร์ลงมา ก็ถือว่าเป็นปกติ

ถ้าวัดได้ตั้งแต่ 91-94 ทอร์ลงมา ก็ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง

ถ้าวัดได้ตั้งแต่ 95 ทอร์ลงขึ้นไป ก็ถือว่าเป็นสูง



ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตช่วงบนเท่ากับหรือมากกว่า 160 ทอรรี่  
 จีนาบ หรือความดันโลหิตช่วงล่างเท่ากับหรือมากกว่า 95 ทอรรี่จีนาบ

เราจะวินิจฉัยโรคนี้ได้แน่นอน และให้การรักษา ต่อเมื่อวัดความดันโลหิตได้สูงกว่าปกติ  
 เป็นจำนวน 3 ครั้ง ในวาระที่ต่างกันอย่างน้อย 2 คราว (ยกเว้นในรายที่สูงผิดปกติอย่างมาก ๆ)  
 ในการวัดแต่ละครั้งควรวัดให้ผู้ป่วยได้พักสัก 5-10 นาทีเสียก่อน (3)

### การแบ่งชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ คือ (18)

1. ชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (essential hypertension or primary hyper-  
 tension) ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดัน  
 โลหิตสูงทั้งหมด (19) ส่วนมากเชื่อว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องอาจทำให้เกิดโรคนี้ เช่น  
 กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน

2. ชนิดทราบสาเหตุ (secondary hypertension) ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก  
 โรคไต โรคความดันผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงและโรคพิษแห่งครรภ์  
 การรับประทานกานเอด เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ที่ป่วย  
 ด้วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (20)

### อุบัติการณ์

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้พบได้ทั้งหญิงและชาย มักพบผู้ป่วยพวกนี้ใน  
 วัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุ และมักจะมีประวัติทางครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ เช่น มีพ่อ แม่ พี่ น้อง  
 หรือมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้บ่อย นอกจากนั้นความอ้วน อารมณ์เครียด การกินอาหารเค็มจัด  
 และการสูบบุหรี่จัด ก็อาจเป็นปัจจัยเสริมของโรคนี้ (3)



## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (2)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะเป็นชนิดหาสาเหตุไม่ได้ ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของโรคนี้ยังไม่มีใครทราบเข้าใจว่าอาจมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1. กรรมพันธุ์ ความเชื่อที่ว่ากรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดความดันโลหิตสูงมีมานาน แต่อิทธิพลนี้ไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล (Mendelian dominant inheritance) เข้าใจว่าคงมีอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ผสมเข้ามาในกรรมพันธุ์ด้วย เช่น ขนาดครอบครัว อาชีพ การออกกำลังกาย ความเค็มในอาหาร ความอ้วน และอิทธิพลเสริมจากสิ่งแวดล้อมที่เหมือน ๆ กันของคนในครอบครัวเดียวกัน

2. ปริมาณเกลือที่บริโภค การศึกษาหลายแห่งสรุปได้ว่าปริมาณเกลือที่บริโภคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาทางมนุษย์วิทยาและระบาดวิทยา พบว่าในชุมชนที่รับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์วันละไม่เกิน 3 กรัม มีความดันโลหิตต่ำกว่าระดับความดันเฉลี่ยของคนปกติทั่วไป แต่เมื่อประชาชนในกลุ่มชุมชนเหล่านี้ย้ายไปสู่แหล่งที่กินเกลือวันละประมาณ 7-8 กรัม พบว่าความดันโลหิตสูงขึ้น

3. ความอ้วน มีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตอยู่บ้าง ได้มีผู้ทดลองพบว่าถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะสูงขึ้น 3 ทอร์รี่ อรรรณ สุวจิตานนท์ (20) ได้รายงานผลการวิจัยว่า น้ำหนักตัว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง สัดส่วนของไขมัน และขนาดเส้นรอบวงหลายตำแหน่งของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับความดันเลือด

4. ความเครียด เชื่อว่ามีอิทธิพลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นเพราะว่าภาวะเครียดทำให้เกิดหลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบ เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดเป็นผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

5. การสูบบุหรี่ จากการศึกษาและวิจัยทำให้ทราบแน่นอนแล้วว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยซ้ำเติมที่จะทำให้เกิดอันตรายของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจได้ง่ายขึ้นหลายเท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่

## อาการแสดง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลาง ส่วนใหญ่ มักจะไม่มีอาการแต่อย่างใด อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมักจะตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปให้แพทย์ ตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่นได้แก่ (2)

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อยอย่างที่เข้าใจกัน โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้า และอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่เป็ความดันโลหิตสูงวิกฤตหรือความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเร็ว (accelerated hypertension)

2. Migraine ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเป็น migraine มากกว่าคนปกติ และผู้ที่ เป็น migraine ก็พบความดันโลหิตสูงน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็น

3. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดย ไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุม ความดันโลหิตให้เป็นปกติ

## ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (chronic heart failure) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มักจะมีอายุสั้นกว่าคนที่มีความดันโลหิตปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ควบคุมปัจจัยที่ซึ่งเป็นสาเหตุของโรค เช่น การที่น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์หรือ เข้าสู่น้วน การบริโภคอาหารที่มีเกลือและไขมันสูง การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ผู้ป่วย อาจไม่มีอาการอย่างใดเลยและมาปรากฏอาการในขั้นสุดท้าย คือ อาการของหลอดเลือดตีบ หรือ มีอาการอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจเอง กล้ามเนื้อหัวใจจึงปรับตัวให้มีสมรรถภาพการสูบฉีดโลหิต โดยเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจจะเพิ่มขนาด (hypertrophy) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ หัวใจห้องล่างซ้าย ถ้ามิได้รับการแก้ไขหรือรักษาให้ความดันโลหิตลดลง สมรรถภาพของกล้ามเนื้อ หัวใจก็อาจเสื่อมถอยลง เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจหมดสมรรถภาพในการบีบไล่โลหิตที่อยู่ภายใน หัวใจ ช่องในหัวใจก็จะพองขยาย ในระยะนี้เกิดภาวะหัวใจวายอย่างเรื้อรัง โลหิตจะคั่งในเนื้อ ปอดทำให้ถุงลมของปอดขยายตัวไม่ได้เต็มที่ มีการบวมพร่องในการรับออกซิเจนในอากาศที่หายใจ

เข้า ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย เมื่ออาการเป็นมาก ๆ จะถึงขั้นเหนื่อยเมื่อนอนราบ เนื่องจากการนอนราบเลือดคั่งจะไหลกลับหัวใจและไปคั่งที่ปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ อาจบวมทั้งตัว มีน้ำคั่งในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอดได้

2. การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงฝอย (arteriole) ของไต คือ หลอดเลือดแดงซึ่งทำให้สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรียซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูง (uremia) จะเกิดอาการหมดสติและถึงแก่กรรม

3. การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของสมอง คือ หลอดเลือดแดงทั่วและตีบตัน อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดฝอยแต่ก็มีเลือดออก (hemorrhage) เนื้อสมองส่วนที่ขาดเลือดนั้นก็จะตาย (infarction) หรือเกิดอาการอัมพาตชั่วคราวจากการตีบตันของหลอดเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองชั่วคราว (transient ischemic attack) ถ้าสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายก็จะเกิดอาการหมดสติ (coma) และเป็นอันตรายถึงชีวิต

4. การเปลี่ยนแปลงของจอตา (retina) ทำให้สายตาสีและตาบอดในที่สุด ฉะนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจตาอยู่เสมอ

5. การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น อาจจะแตกที่ตำแหน่งใดก็ได้ ถ้าเป็นหลอดเลือดใหญ่จากหัวใจ (aorta) แตกก็จะเป็นอันตรายถึงชีวิต

## แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูง (21)

เนื่องจากยาลดความดันโลหิตมักทำให้เกิดอาการหรือผลข้างเคียง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้บริโภค และเนื่องจากผู้ป่วยที่ตรวจพบมีความดันโลหิตสูงมีจำนวนไม่น้อยที่ความดันโลหิตสูงอาจลดลงได้โดยไม่ต้องใช้ยา จึงสมควรพิจารณาแนวทางสำหรับการรักษาความดันโลหิต ดังนี้

1. ก่อนการให้ยาลดความดันโลหิต แพทย์ควรแน่ใจเสียก่อนว่าผู้ป่วยรายนี้มีความดันเลือดสูงที่แท้จริงโดยวัดความดันเลือดเป็นระยะ 1-2 ครั้ง/เดือน เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน
2. ผู้ป่วยที่มีความดันเลือดไดแอสโตลิกสูงเกินกว่า 100 ทอร์รี่ สมควรให้การรักษา
3. ผู้ป่วยที่มีความดันเลือดไดแอสโตลิกระหว่าง 90-100 ทอร์รี่ ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่มีความเห็นว่ระดับเกินกว่า 95 ทอร์รี่ ควรให้การรักษา
4. ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตแทรก แม้ความดันโลหิตจะไม่สูงนัก เช่น ความดันเลือดไดแอสโตลิก 90-95 ทอร์รี่ ก็สมควรพิจารณาให้การรักษา
5. ผู้ป่วยสูงอายุที่มี systolic hypertension 170 ทอร์รี่ หรือเกิน สมควรได้รับยารักษา
6. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ควรแนะนำให้งดบุหรี่
7. ควรระวังลดความดันเลือดลงช้า ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองขาดเลือด
8. ควรลดความดันเลือดลงต่ำกว่า 140 /90 ทอร์รี่ ในผู้ป่วยทุกราย โดยระวังเรื่องผลข้างเคียงจากความดันเลือดต่ำ เช่น impotence หรืออาการทางสมองขาดเลือด
9. ควรลองให้การรักษาแบบ non-drug therapy ก่อน เช่น ลดน้ำหนักที่เกิน ออกกำลังกายพอสมควร จำกัดเกลือในอาหาร การทำสมาธิ อดบุหรี่ ฯลฯ

## การรักษา (22)

การลดความดันเลือดมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างชัดเจน ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงชนิดร้ายแรง (malignant hypertension) นอกจากนี้การลดความดันเลือดในผู้ป่วยความดันเลือดไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure - DBP) ตั้งแต่ 105 ทอร์รี่ขึ้นไปจะช่วยลดอัตราความพิการ และอัตราการเสียชีวิต จากโรคแทรกซ้อนของความดันเลือดสูงซึ่งได้แก่ หัวใจวาย อัมพาตครึ่งซีก และไตวาย เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการรักษา

ก. การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา (nondrug therapy) วิธีการที่ได้ผล ได้แก่ การลดอาหารเค็ม การออกกำลังกายแต่พอประมาณ การลดน้ำหนัก การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณพอเหมาะ และการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ (relaxation)

ข. การรักษาโดยการให้ยา (drug therapy) เมื่อการรักษาโดยการไม่ใช้ยาไม่ผล หรือความดันเลือดสูงมากตั้งแต่เริ่มต้น ก็จำเป็นต้องใช้ยาลดความดัน

หลักการในการใช้ยาลดความดันเลือดจุดมุ่งหมายเพื่อลดความดันเลือดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีผลแทรกซ้อนน้อยที่สุด

1. เริ่มด้วยยาขนาดน้อย ๆ ควรลดความดันเลือดลงครึ่งละประมาณ 5-10 ทอร์รี่ ความพยายามที่จะควบคุมความดันเลือดให้ได้ในระยะเวลายาว ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนยาได้ อาจมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และเวียนศีรษะ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

2. การใช้ stepped care ได้แก่

Step 1 Diuretics

Step 2 Adrenergic blockers (reserpine, alphas-methyldopa, clonidine,  $\beta$ -blockers, prazosin )

Step 3 Add vasodilators ( hydralazine )

Step 4 Add guanethidine, angiotensin converting enzyme or minoxidil



### Step 1 Diuretics

การใช้ diuretics ใน mild to moderate hypertension จะสามารถควบคุมความดันเลือดได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ยาขับปัสสาวะจะทำให้การขับเกลือออกมากขึ้น และทำให้ความดันเลือดลดลงได้และมีราคาถูก

ข้อควรระวังในการใช้ยาขับปัสสาวะ คือ ต้องไม่ให้ยามากเกินไปจนปริมาณเลือดไหลเวียนต่ำ เพราะการให้ยามากเกินไปจะทำให้ renin ถูกกระตุ้นมากขึ้น ซึ่งเป็นผลทำให้ความดันเลือดกลับสูงขึ้นได้

### Step 2 Adrenergic blockers

adrenergic blockers มีทั้งชนิดออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย เช่น reserpine, alphas-methyldopa, clonidine เป็นต้น ยาเหล่านี้ทำให้มีอาการง่วงนอน ชิมเศร้า ปากแห้ง และหมดความรู้สึกทางเพศ

ยานอกกลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนปลาย ได้แก่ phenoxybenzamine, phentolamine และ prazosin ในปัจจุบัน phenoxybenzamine, phentolamine ไม่เป็นที่นิยมใช้กัน สำหรับ prazosin ออกฤทธิ์ที่ postsynaptic  $\alpha$ -receptor ทำให้ norepinephrine ไม่สามารถกระตุ้นกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดให้หดตัวได้ ผลก็คือทำให้หลอดเลือดขยายตัว

ข้อเสียของ prazosin คือทำให้เกิด postural hypotension, เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ และอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นลมได้ เนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดดำ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครั้งแรก (first dose effect) ดังนั้นจึงไม่ควรเริ่มยาขนาดมากกว่า 0.5-1 มิลลิกรัม

ยากลุ่ม  $\beta$  - blockers เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาโรคความดันเลือดสูง ได้แก่ Metoprolol, Propranolol เป็นต้น ผลการรักษาด้วย  $\beta$  - blockers ในแง่การลดความดันเลือดไม่แตกต่างกันจาก adrenergic blockers ตัวอื่น ๆ และผลข้างเคียงพบได้ถึงร้อยละ 25 ได้แก่ หัวใจเต้นช้า ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหลอดลมหดรัดเกร็ง และหลอดเลือดส่วนปลายหดรัดเกร็ง

นอกจากนี้ ยานอกกลุ่มนี้จะทำให้อาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ชัดเจน ดังนั้น ยานอกกลุ่มนี้จึงไม่ควรใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะหัวใจล้มเหลว heart block โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย

### Step 3 Vasodilators

เมื่อยาขับปัสสาวะและ adrenergic blockers ใช้ไม่ได้ผลควรเพิ่มยาขยายหลอดเลือดเข้าเป็นตัวที่ 3 ยานในกลุ่มนี้ได้แก่ hydralazine เป็นต้น

ข้อเสียของยานในกลุ่มนี้ คือ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และทำให้เกิดเกลือและน้ำคั่ง ดังนั้นถ้ามาใช้ยานี้ร่วมกับยาลดความดันเลือดตัวอื่น ๆ มักจะให้ผลในการลดความดันเลือดไม่ดี นอกจากนี้การให้ยา hydralazine ขนาดเกินวันละ 400 มิลลิกรัม อาจทำให้เกิด lupus-like syndrome ได้แต่อาการจะหายเมื่อหยุดยา

### Step 4 Guanethidine, Captopril และ minoxidil

ยาน step นี้เป็นยาที่มีฤทธิ์แรง สามารถลดความดันเลือดได้ในกรณีที่เกิดคือ ยาน step 1, 2, 3 และที่กินแล้ว

- guanethidine เป็น sympathetic blocker ออกฤทธิ์ที่ presynaptic neurone ข้อเสียของ guanethidine คือทำให้เกิด postural hypotension ค่อนข้างจะมาก captopril เป็น angiotensin converting enzyme ซึ่งห้ามการเปลี่ยน angiotensin1 เป็น angiotensin2 ยานี้ได้ผลดีในกรณีที่มีหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ผลข้างเคียงคือทำให้เกิดผื่น และการรับรสผิดปกติ นอกจากนี้ทำให้เกิดโรคไตชนิด membranous และอาจลดการทำงานของไตได้

- Minoxidil ออกฤทธิ์คล้าย hydralazine แต่ได้ผลดีกว่า โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันเลือดสูงที่มีไตวายร่วมด้วย ยานี้ต้องใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะและ adrenergic blocker เพื่อป้องกันปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ข้อเสียของยานี้ คือ ทำให้ขนตกซึ่งอาจเป็นปัญหาโดยเฉพาะผู้หญิง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) ได้ประมาณร้อยละ 3



#### การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (4)

1. ลดอาหารเค็มและเกลือโซเดียม อย่ากินอาหารเค็มจัด ควรกินอาหารที่มีรสจืด รวมทั้งอย่ากินผงชูรส ยาธาตุน้ำแดง และยาโรดามินด์ เพราะมีเกลือโซเดียมสูงซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงและคือต่อการรักษา
2. ลดน้ำหนักตัวส่วน โดยการลดอาหารพวกไขมัน และอาหารพวกแป้งและน้ำตาลควรกินผักและผลไม้ให้มากขึ้น
3. งดเหล้าและบุหรี่
4. ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น
5. ทำจิตใจให้สงบ หลีกเลียงจากสิ่งที่ทำให้หงุดหงิด โกรธ ตื่นเต้น หรือเครียด ควรทำสมาธิ บริหารจิต หรือสวดมนต์ภาวนาตามศาสนาที่ตนนับถือเพื่อคลายความวิตกกังวลร้อน และทำให้จิตใจสงบเยือกเย็น
6. ในสตรีที่กินยาคุมกำเนิด ควรเลิกกินยาแล้วใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างอื่นแทน

## 2. ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยอะไรบ้าง ได้มีแนวคิดเชิงทฤษฎีอธิบายถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้บริการสาธารณสุขไว้ ดังนี้

**การใช้บริการสุขภาพตามแนวคิดของ อเคย์ และแอนเดอร์สัน**

อเคย์ และ แอนเดอร์สัน (23) ได้กล่าวไว้ว่าประชาชนจะใช้บริการสุขภาพหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และระบบการให้บริการสาธารณสุข ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลเอง (predisposing factor) หรือปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐาน และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ปัจจัยด้านประชากร (demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส

1.2 ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (social structure) ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา

1.3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) โดยบุคคลต้องมีการรับรู้ และแรงจูงใจที่จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค โดยมีความเชื่อดังนี้

1.3.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) หมายถึง บุคคลต้องมีความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ

1.3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และต้องใช้เวลาในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม

1.3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ และค่าใช้จ่าย (benefit and cost) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยซ้ำ และรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้ว บุคคลจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรค และจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด

1.3.4 แรงจูงใจ (motivation) บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อมีสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุน ซึ่งสิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร การแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การนัดตรวจของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ

2. ปัจจัยสนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถใช้บริการได้ (enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะ (ความสามารถที่จะใช้ทรัพยากรเหล่านั้นโดยจะเกี่ยวข้องกับราคาของบริการนั้น ระยะทาง/เวลาในการเข้าถึงบริการนั้น) ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถ และแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ซึ่งถ้าขาดปัจจัยสนับสนุน พฤติกรรมการใช้บริการก็ไม่สามารถปรากฏขึ้นมาได้ ปัจจัยสนับสนุนประกอบด้วย เศรษฐฐานะ หรือทรัพยากรของครอบครัว (family resources) หรือแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ที่แต่ละครอบครัวพึงจะได้รับ เช่น การทบทวนประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่รัฐจัดให้ และรวมถึงแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะใช้บริการได้ (community resources)

3. ปัจจัยความต้องการ หรือความจำเป็นทางสุขภาพ (needs or needs for health services) เป็นเรื่องที่บุคคลหรือครอบครัวนั้นต้องรับรู้ว่า เรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเมื่อป่วยแล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสม โดยวัดได้จากการรับรู้เรื่องสุขภาพ (health perception) ของบุคคลต่อการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งอาจประเมินจากบุคคลนั้นเอง (perceived need) หรือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน (evaluated needs) ว่าบุคคลนั้น ๆ จำเป็นต้องรับบริการสุขภาพพอจะรับบ้างและปริมาณมากน้อยเพียงใด

4. ปัจจัยด้านระบบการให้บริการสาธารณสุข (health delivery system) ระบบการให้บริการสาธารณสุข ประกอบด้วยความหลากหลายของบริการ (availability) ทั้งด้านปริมาณและการจัดรูปองค์กร (organization) ซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงบริการและโครงสร้างของการบริการ การเข้าถึงบริการได้มุ่งถึงแหล่งการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ที่ตั้ง ชนิดของบริการ จุดประสงค์ของบริการและช่วงเวลาให้บริการ

ปัจจัยเหล่านี้คล้ายกับการศึกษาของ Frederic A. Day และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (24) พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการด้วยกัน คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความรู้ว่ามีบริการด้านการแพทย์ เวลาที่มี การเดินทาง ฐานะ และลักษณะทางด้านสังคม เป็นต้น

2. ปัจจัยเรื่องลักษณะของสถานบริการ เช่น คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง เครื่องมือ วิธีการรักษาพยาบาล ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่กับประชาชน ราคาของบริการ และเวลาที่รอคอย เป็นต้น

3. ปัจจัยแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ระยะทางไกล ยานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของการจราจร ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ สถานบริการอื่นที่สามารถจะเลือกไปรับบริการได้

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วสันต์ ศิลปสุวรรณ อ่างในสกวรัตน์ เทพรัักษ์ (25) กล่าวว่า การใช้บริการสุขภาพของประชาชนนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (life styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพได้สรุปไว้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม แหล่งประโยชน์ในชุมชน การจัดการบริการสุขภาพ และระบบบริการสาธารณสุข

### 1. ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

#### อายุผู้รับบริการ

จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่าอายุของผู้ใช้บริการมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุข ดังการศึกษาของชื่นชม เจริญยุทธ (26) ได้ศึกษาปัจจัยที่กําหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบทในปี พ.ศ. 2522 โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวจำนวน 490 ครอบครัวของจังหวัดชัยภูมิ ถึงการให้บริการสาธารณสุขของรัฐเมื่อเจ็บป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยที่มาจากครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวมีอายุน้อย มีการรักษาตัวเองถึงร้อยละ 46.0 ส่วนผู้ที่มาจากครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวอายุปานกลางและอายุสูง การรักษาตัวเองจะลดลง

เฟรด เดอริค เอเดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (24) ศึกษาแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2530 โดยสัมภาษณ์ทั้งพนักงานอนามัย และสาธารณสุขคนไข้ นอก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 271 คน พบว่าปัจจัยด้านอายุมีผลต่อการใช้บริการ โดยสตรีที่มีอายุมากมีการใช้บริการหมอตําเขมามากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่า



พิมล เพราะเพริศภิรมย์ (27) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และเก็บจากทะเบียนบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ศ.3) จำนวน 113 ราย พบว่าอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษา ( $p\text{-value} < 0.005$ ) คือผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 24 ปี มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอสูงถึงร้อยละ 81.82

## เพศ

เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษา เช่น การศึกษาของ Wilson(28) ในเรื่องเพศกับการปรึกษาแพทย์ พบว่า เพศหญิงมีการไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชายสำหรับโรคเรื้อน ถึงแม้ว่าเพศชายเป็นโรครมากกว่าเพศหญิง

จากการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตรนันททรัพย์ (29) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดขอนแก่น ที่ได้รับการตรวจสถานะผู้ป่วย และบันทึกผลการตรวจในฟอร์มระเบียบสำหรับผู้ป่วยเก่า (บสป.2) ของโครงการประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อน ปี พ.ศ.2525 จำนวน 930 ราย พบว่าเพศหญิงมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าเพศชาย

รัตนา รุจิรกุล (11) ศึกษาในชุมชนผู้มีรายได้น้อยเทศบาลเมืองนครราชสีมา ในกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 687 คน และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 65 คน พบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือต่อการรักษา และรักษาต่อเนื่องมากกว่าเพศชาย ประมาณ 7 : 3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีความไว (sensitive) ต่อการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีเวลาในการไปพบแพทย์ตามนัดมากกว่าเพศชาย

## ระดับการศึกษา

อาจเป็นตัวกำหนดการรักษาของผู้ป่วยเช่นกัน โดยพบว่าการใช้บริการทางการแพทย์ มีแนวโน้มแปรผันไปตามระดับการศึกษา โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีความระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (30) ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดี และสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตัวเองจะศึกษาและทำความเข้าใจกับตัวโรค มักจะซักถามและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดี (5)

จากการศึกษาของทิมล เพราะเพริศภิรมย์ (27) ศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในทุกรัฐของจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 113 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ไม่ได้รับการศึกษา หรือไม่จบ ป.4 ) มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา จบ ป.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.005$ ) อรพินท์ สิงหเดช และคณะ (31) พบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดาจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็ก

### อาชีพ

ผู้ป่วยจำนวนมากที่ขาดการรักษา เนื่องจากต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเอง และครอบครัว เพื่อการยังชีพซึ่งเห็นว่าสำคัญกว่าการมาพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังขาดการรักษา Koticha K.K. (32) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2 กลุ่มอาชีพ คือ กลุ่มหนึ่งเป็นนักเรียน คนงานโรงงานอุตสาหกรรม และชนชั้นสูงกับกลุ่มอาชีพอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน คนงานและชนชั้นสูง จะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ

ส่วน ชนินทร์ เจริญกุล (33) ศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการอนามัยของรัฐ โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนที่คัดเลือกจาก 17 หมู่บ้าน อำเภอสูงเนิน จำนวน 437 คน พบว่าอัตราการใช้บริการในกลุ่มอาชีพรับจ้างสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ

### รายได้ครอบครัว

เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมารับการรักษา สันทัต เสริมศรี และ โรลีย์ (34) ได้ศึกษาที่หมู่บ้านในชุมชนภาคกลางซึ่งอยู่ในกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ.2517 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรับบริการการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ สภาพเศรษฐกิจ หรือกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโรคาสของการเลือกแหล่งบริการได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย

Bice (35) ทำการศึกษาที่เมือง Baltimore ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1963 ถึง พฤษภาคม ค.ศ. 1969 จำนวนประชากร 2,180 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย



Harris (36) พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับอัตราการเข้ารับบริการของสถานพยาบาล กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีอัตราการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลสูงด้วย และผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมืองจะมีอัตราการเข้ารับบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในเขตชนบท

ดวงใจ เหล่าสุวรรณ (37) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับ และไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปกครองเด็ก จำนวน 320 คน พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ไม่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรค

#### ความสะดวกในการเดินทาง

สมพร วัฒนกุลเกียรติ (38) พบว่าสตรีหลังคลอดที่มีความสะดวกในการเดินทางที่จะมารับบริการ ส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอดร้อยละ 51.3 แต่สตรีที่ไม่สะดวกในการมารับบริการ ส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอดเพียงร้อยละ 12.6

ศรีเมือง ศรีนวนัด (39) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับและไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัดของเด็กอายุ 1-2 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กที่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด มีความสะดวกในการเดินทางมารับการรักษามากกว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ไม่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.003$ )

#### ระยะเวลาในการเดินทาง

เวลาในการเดินทาง และการรอคอย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่ยอมมารับบริการจากโรงพยาบาล

พรตเดอริค เอ เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (24) พบว่าการใช้บริการจากสถานอนามัย เนื่องจากใช้เวลาในการเดินทางน้อย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี อ่างในสกวรัตน์ เทพักษ์ (25) ทำการวิจัยแบบ Operational Research โดยจัดกิจกรรมบริการสุขภาพเบ็ดเสร็จขึ้นในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยบ้านไร่หนึ่ง ตำบลบึง อำเภอสัตร์ราชา จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2522 โดยสุ่มตัวอย่างมา 288 ครั้งเวียน แล้วสัมภาษณ์เรื่องการให้บริการสาธารณสุขหลังจากจัดให้มีโครงการแล้ว พบว่ามีผู้ไปใช้บริการของสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น โดยให้เหตุผลว่าสถานีนอนามัยอยู่ใกล้บ้านถึงร้อยละ 80.9 และไม่เสียเวลาคอยมาก

### ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ

จากการศึกษาของ สันทัด เสริมศรี และเจมส์ ไรลีย์ (34) เรื่องการให้บริการทางการแพทย์สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทย พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ยอมมารับบริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลประการหนึ่งคือต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

บัณฑิต ชุนทสวัสดิกุล (40) ได้ศึกษาถึงสาเหตุละทิ้งการรักษาหรือการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยวัณโรคจากศูนย์วัณโรค เขต 5 อุบลราชธานี พบว่าปัจจัยสำคัญ คือ การติดขัดเรื่องการเดินทางมาหาเลี้ยงชีพ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางที่จะไปรับยาจากหน่วยบริการที่อยู่ห่างไกล

### สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้สำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับตัวเอง ตลอดจนครอบครัวซึ่งรวมบิดามารดาด้วยในสถานบริการของรัฐ และจ่ายให้ร้อยละ 50 ในสถานพยาบาลเอกชน โดยใช้เงินงบประมาณของแผ่นดิน สำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยจะมีสวัสดิการในรูปของบัตรรักษาพยาบาลฟรี โดยจ่ายเงินทุนมาจากงบประมาณแผ่นดินประจำปีที่กระจายไปยังสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐ และของเทศบาลทุกแห่ง สำหรับบัตรสุขภาพเป็นลักษณะของการประกันสุขภาพแบบจ่ายก่อนรับบริการที่หลัง ซึ่งผู้ถือบัตรจะมีสิทธิรับการรักษาฟรี โดยจะต้องปฏิบัติตามระเบียบการส่งต่อคนไข้ตามขั้นตอนของสถานบริการ (41) ซึ่งสวัสดิการด้านนี้อาจมีส่วนทำให้ประชาชนมารับบริการตรวจสอบสุขภาพมากขึ้น

จากการศึกษาของ อรรถ ศาสตร์วาทะ (42) ศึกษารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการให้บริการสุขภาพในปี พ.ศ.2523 โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวของประชาชนในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 337 ราย พบว่าก่อนมีโครงการบัตรสุขภาพมีการตรวจหลังคลอดร้อยละ 18.18 หลังจากมีโครงการบัตรสุขภาพแล้ว การตรวจหลังคลอดเพิ่มเป็นร้อยละ 74.28

สมหญิง มะหะสิทธิ์ (43) ศึกษาปัจจัยและการให้บริการด้านอนามัยแม่ และ เด็กของผู้เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2529 โดยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด 2 เดือนขึ้นไป จำนวน 320 ราย พบว่าผู้ที่มีบัตรสุขภาพจะไปรับบริการตรวจหลังคลอดร้อยละ 12.5 ส่วนผู้ที่ไม่บัตรสุขภาพไปรับบริการตรวจหลังคลอดร้อยละ 8.8

ดังนั้น การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลอาจจะช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นได้

#### การเลือกใช้บริการแห่งอื่น

เนื่องจากระบบการให้บริการสาธารณสุขของรัฐเป็นระบบเสรี ไม่มีการจำกัดประชากรตามพื้นที่ทำให้ประชากรมีสิทธิเลือกใช้บริการตามกำลังความสามารถทางเศรษฐกิจ ตามความเชื่อถือในคุณภาพของการบริการ แหล่งบังคับโรคพื้นบ้านที่มีอยู่ และบทบาทของชาวบ้านในการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจในการแสวงหาแหล่งบังคับโรค

ปัจจัยนี้จะมุ่งถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในชุมชน หรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ การที่มีสถานบริการสุขภาพอยู่ในชุมชนนี้ ทำให้ประชาชนสะดวกที่จะไปใช้บริการนั้นมากขึ้น (33) โดยทั่วไปสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่มักกระจายอยู่ในเขตเมือง ทำให้ประชาชนที่อาศัยในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลมีโอกาเลือกใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการต่าง ๆ ได้มากกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาล

เฟรดเดอริก เอ เดย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (24) ศึกษาแบบแผนการให้บริการ สาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย พบว่าคนที่อยู่ในเขตเมืองมีอัตราการใช้บริการจากคลินิก เอกชน โรงพยาบาลจังหวัด มากกว่าคนที่อยู่ในชนบทที่ส่วนมากจะไปใช้บริการที่สถานีอนามัย

## 2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

การมีความคิดปกติหรือมีอาการแทรกซ้อน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าอันตราย มากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน สิ่งนี้อาจส่งผลไปถึงการมารับการรักษาตามที่แพทย์นัด

สันทัต เสริมศรี และโรลีย์ (34) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์ สาธารณสุข และการคุมกำเนิดของคนไทยปี พ.ศ. 2517 โดยศึกษาจากประชากรจำนวน 2,000 คน พบว่าการเลือกรับบริการรักษาโรคขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้ป่วยเองว่าโรคหนักมาก หรือน้อย คือถ้าผู้ป่วยมากก็เลือกใช้บริการทางการแพทย์สมัยใหม่มากขึ้น

ชื่นชม เจริญพุทธ (26) พบว่าการใช้บริการนั้นขึ้นอยู่กับอาการของโรค คือถ้าเป็นมาก เร็วจริง จะไปรับบริการรักษามากกว่าผู้ที่มีอาการเล็กน้อย

Long et al. (15) ได้สรุปปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรับการรักษา พบว่าผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาที่รักษา ผู้ป่วยบางคนอาจจะเลิกยาไปเสียเลย ๆ เพราะทนต่อผลข้างเคียงของยาไม่ได้ (5)

นิมล เพราเพริศภิรมย์ (27) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคเรื้อนแล้วมีอาการข้างเคียงจากยา มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการมารับการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่รับประทานยาแล้วไม่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

### 3. ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม (social psychology) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพ ทำให้เข้าใจถึงอิทธิพลขององค์ประกอบทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการสาธารณสุข โดยเริ่มจากระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านสังคม เช่น กลุ่มบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและชุมชน (25)

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (44) ให้ความหมายของจิตวิทยาสังคมไว้ว่า จิตวิทยาสังคม เป็นวิชาที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของคนในฐานะที่เป็นผลมาจากสิ่งเร้าทางสังคม คำว่า " พฤติกรรม " ในที่นี้มีความหมายครอบคลุมถึงความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติเมื่ออยู่ท่ามกลางคนอื่น หรืออยู่ในกลุ่มคำว่า " สิ่งเร้าทางสังคม " ซึ่งหมายถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ บุคคล ใดบุคคลหนึ่ง กลุ่มคน บรรทัดฐานและองค์ประกอบทางด้านสังคมอื่น ๆ

Sarnoff อ่างใน สกาวรัตน์ เทพรัักษ์ (25) กล่าวว่า เจตคติ (attitude) เป็น ความรู้สึก ความต้องการ ความคิดเห็น และความพร้อมที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้ ถ้าทราบว่าบุคคลนั้นมีเจตคติอย่างไร และยังสามารถพิจารณาตัดสินสาเหตุของพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลอื่น ๆ หรือต่อสิ่งอื่นได้ การที่บุคคลจะมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะต้องมีองค์ประกอบเป็นขั้นตอน ซึ่งองค์ประกอบของเจตคตินี้มีอยู่ 3 ประการคือ องค์ประกอบเกี่ยวกับการรับรู้ องค์ประกอบเกี่ยวกับการรู้สึก และองค์ประกอบทางการกระทำ

ความรู้ (knowledge) ความรู้เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของพฤติกรรม ซึ่งพจนานุกรม Webster's New Universal dictionary of the English Language (45) ให้ความหมายของความรู้ ว่าเป็นสิ่งที่เห็นได้อย่างแน่นอน และชัดเจนเกี่ยวกับข้อเท็จจริง การกระทำและสถานะของการเข้าใจ ซึ่งได้จากการเรียนรู้ประสบการณ์ ความคุ้นเคย การรับรู้และเข้าใจตลอดจนจากข่าวสารซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รวบรวมสะสมไว้ ความคุ้นเคยกับข้อเท็จจริงนั้น แตกต่างตามความเข้าใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคล



ประภาเพ็ญ สุวรรณ (46) กล่าวว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมายข้อเท็จจริง ทฤษฎี โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น

จากคำจำกัดความต่าง ๆ พอจะสรุปได้ว่า ความรู้คือสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ประสบการณ์ การรับรู้ ความคุ้นเคย ความเข้าใจ ตลอดจนข่าวสารซึ่งเป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่ถูกต้องชัดเจน ซึ่งแต่ละคนอาจมีความรู้แตกต่างกันไปตามการรับรู้ ความเข้าใจและความคุ้นเคยของแต่ละคน

ศรีเมือง ศรีนวนัด (39) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับและไม่นำรับภูมิคุ้มกันโรคหัดของเด็กอายุ 1-2 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ปกครองเด็กที่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัดมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคหัดและภูมิคุ้มกันมากกว่าผู้ปกครองเด็กที่ไม่พาเด็กมารับภูมิคุ้มกันโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.0005$ )

รัตนา รุจิรกุล (11) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้มีพฤติกรรมในการรักษาต่อเนื่องมีความรู้ความเข้าใจว่าในการที่จะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้น ต้องไปพบแพทย์ตามนัดและกินยาตามแพทย์สั่ง มีความเชื่อและเจตคติต่อวิธีการควบคุมโรค และประสิทธิภาพของการรักษาที่ถูกต้อง

#### แรงสนับสนุนทางสังคม (social support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งในแง่สุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคล หรือกลุ่มแล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติตามทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (44)



จากการศึกษาของ สมพร วัฒนกุลเกียรติ (38) พบว่าสตรีหลังคลอดที่สามีเห็นด้วยกับการตรวจหลังคลอด ส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอด ร้อยละ 55.3 ส่วนสตรีที่สามีไม่เห็นด้วยหรือเฉย ๆ ต่อการตรวจหลังคลอดส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอด ร้อยละ 22.7

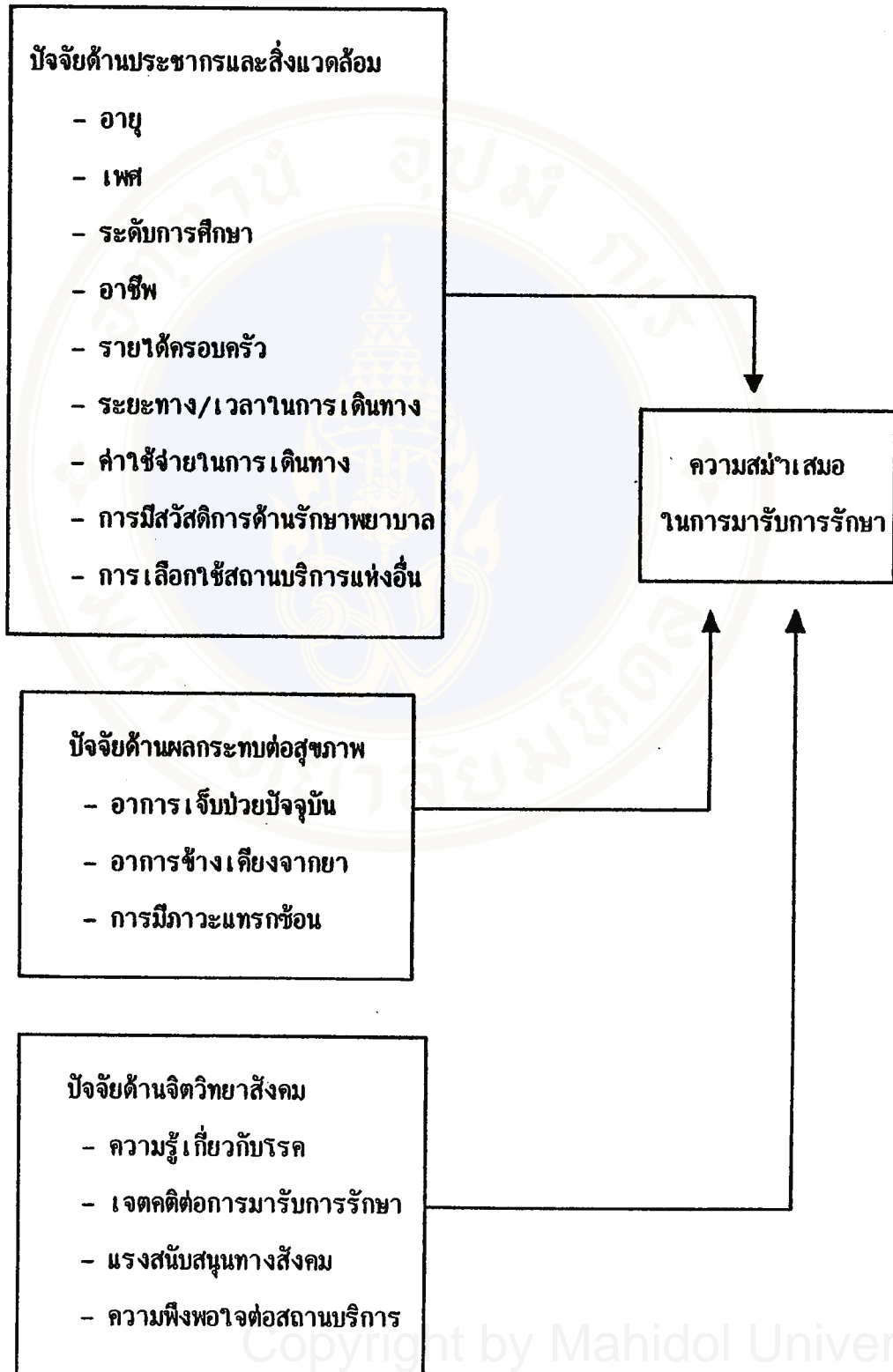
เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ (47) ได้ศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่าพ่อ แม่ และญาติผู้ป่วย มีส่วนช่วยเหลือในการที่จะเลือกสถานบริการรักษาพยาบาล และอำนาจการตัดสินใจดังกล่าวจะมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรทัย รวยอาจิม (48) คือ บัณฑิตที่ดึงดูคาให้ผู้ป่วยมารับรักษาที่หมอมหาพรบราวม เพราะคำบอกกล่าวของญาติและเพื่อนบ้านมากที่สุด

### ความพึงพอใจต่อสถานบริการ

ในขณะที่ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปสู่ปัญหาโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการอย่างต่อเนื่อง และมีระยะยาว ความพึงพอใจในบริการจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการใช้บริการ

รัตนา รุจิรกุล (11) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 84.48 เลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพราะเชื่อในคุณภาพการรักษา และได้รับความสะดวกในการมารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เหล่าสุวรรณ (37) พบว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กที่พาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ไม่พาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

กรอบแนวความคิด  
(conceptual framework)





### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Cross - sectional Study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย โดยการติดตามไปสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วย ในระหว่างวันที่ 1-30 กรกฎาคม 2536

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะมีโรคแทรกจากโรคความดันโลหิตสูงโดยตรงหรือไม่ก็ได้ และได้รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย มาไม่น้อยกว่า 1 ปี
2. ได้รับการรักษาทั้งวิธีช้ำยา และ/ หรือวิธีไม่ช้ำยา โดยแพทย์นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ
3. ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้
4. ไม่นับรวมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ ทรอยด์

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ได้จากประชากรกลุ่มที่มารับบริการรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2535 จำนวน 385 คน โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ทั้งหมดจำนวน 140 คน เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยบางรายต้องออกไปทำไร่ ทำนา หรือไปทำงานนอกบ้าน ทำให้สามารถติดตามสัมภาษณ์และได้ข้อมูลครบถ้วนเพียง 100 คน

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย แจ้งให้ทราบวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษ ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านซ้ายและสาธารณสุขอำเภอ เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยและประวัติการมารับการรักษา ศึกษาจากบันทึกประวัติผู้ป่วย (OPD card)
3. ผู้วิจัยติดตามไปที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยแล้วทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยอ่านข้อความตามแบบสอบถามในแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตอบคำถามและบันทึกคำตอบตามที่ผู้ป่วยเลือกจนครบ กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความที่ถามผู้ป่วยสามารถจะซักถามได้ตลอดเวลา

## วิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาวิธีการสร้างแบบเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ใช้ในการวิจัย
3. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านเนื้อหาด้วยตัวผู้วิจัยเอง โดยใช้ตารางจัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสม
4. ทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลปากชม จังหวัดเลย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน แล้วทำการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามแต่ละข้อ และหาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด (49)

5. ตัดข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกไม่เข้าเกณฑ์ออก แล้วปรับปรุงภาษาของข้อความบางข้อ แล้วนำใบปรึษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปใช้ในการศึกษากับกลุ่มประชากรตัวอย่าง

กรอบแนวทางการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสมมติฐานในการวิจัย ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะทาง/เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และการเลือกใช้บริการแห่งอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปทางด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้คือ

2.1 ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ภาวะแทรกซ้อน การรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ (ข้อ 16,20,22, 24,25) และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ (ข้อ 17,18,19,21,23) รวม 10 ข้อ มีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

คำตอบที่ถูกต้อง	ให้	1	คะแนน
คำตอบที่ผิด	ให้	0	คะแนน
คำตอบไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยแบ่งกลุ่มตามระดับความรู้แบบอิงกลุ่มดังนี้ คือ

กลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง	มีคะแนนมากกว่า	$\bar{X} + S.D.$
กลุ่มที่มีความรู้ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง	$\bar{X} \pm S.D.$
กลุ่มที่มีความรู้ระดับต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่า	$\bar{X} - S.D.$

2.2 ข้อมูลด้านเจตคติต่อการมารับการรักษา เป็นการวัดความรู้สึก หรือ ความมั่นใจที่จะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งต่อการมารับการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ (ข้อ 26,31) ข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ (ข้อ 27,28,29,30,32,33,34,35) รวมเป็น 10 ข้อ โดยใช้มาตรวัดเจตคติ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยมียุทธศาสตร์ ในการให้คะแนน ดังนี้

ในกรณีคำถามเป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ คือ

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

ในกรณีคำถามเป็นด้านลบ ให้คะแนนดังนี้ คือ

เห็นด้วย	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	คะแนน

2.3 ข้อมูลด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคมในการมารับการรักษาพยาบาล ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1981) ย่างในจรรยา หงษ์ตระกูล (50) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความผูกพันใกล้ชิด ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การเอาใจใส่ และการกระตุ้นเตือน 2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทอง เวลา แรงงาน 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เช่น การแนะนำในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสามารถนำไปแก้ไขปรับปรุงในด้านสุขภาพอนามัยได้ มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านบวก 9 ข้อ (ข้อ 36,38-45) และเป็นข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ (ข้อ 37) โดยใช้ในการวัดว่าได้รับหรือไม่ได้รับ มียุทธศาสตร์ในการให้คะแนน ดังนี้



ในกรณีคำถามเป็นด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ คือ

ได้รับ 1 คะแนน

ไม่ได้รับ 0 คะแนน

ในกรณีคำถามเป็นด้านลบ ให้คะแนนดังนี้ คือ

ได้รับ 0 คะแนน

ไม่ได้รับ 1 คะแนน

#### 2.4 ข้อมูลด้านความพึงพอใจต่อสถานบริการ

#### ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการมารับการรักษา

## การเตรียมและวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. วิธีการเตรียมข้อมูล

เมื่อเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล นำข้อมูลไปลงรหัสบันทึกลงแผ่น Diskette เพื่อวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้ SPSS/PC<sup>+</sup> (Statistical Package for Social Science / Personal Computer)

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของประชากรที่นำมาศึกษาคิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 2.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics)

- ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พิจารณาแต่ละปัจจัย (univariate analysis) โดยใช้  $X^2$  test หรือ Fisher's exact test ทดสอบสัมประสิทธิ์คอนทินเจนซี (c) สัมประสิทธิ์ฟี (phi) และ ค่าสถิติ t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (51)(52)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่คลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย โดยการติดตามไปสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วยในช่วงระหว่าง วันที่ 1 ถึง 30 กรกฎาคม 2536 ได้ตัวอย่างจำนวน 100 คน และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม  
ส่วนที่ 2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

#### ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

1.1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง สรุปได้ดังนี้

##### อายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี ( $\bar{X}$ =59.73 ปี, S.D.=11.32) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัยชราหรือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.0 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 24.0 และ 16.0 ตามลำดับ) และพบผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี น้อยที่สุด คือมีเพียงร้อยละ 5.0

### เพศ

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตามเพศ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึง ร้อยละ 70.0 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 30.0 เมื่อคิดอัตราส่วนระหว่างเพศพบว่า มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ประมาณ 2:1

### สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีสถานภาพสมรสสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย และเป็นโสดถึงร้อยละ 70.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นหม้าย และเป็นโสดมีร้อยละ 28.0 และ 2.0 ตามลำดับ

### ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นสูงสุด คือระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-ป.4) คิดเป็น ร้อยละ 71.0 รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 17.0 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีน้อยที่สุด คือร้อยละ 12.0

### อาชีพ

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามการประกอบอาชีพ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ประกอบอาชีพ (ทำงานบ้าน) คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมาคือ อาชีพทำไร่ ทำนา รับจ้างทำงานต่าง ๆ ทั่วไป เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 27.0, 7.0 และ 6.0 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพค้าขายมีน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 4.0

### รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 400 - 20,000 บาท โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเดือนละมากกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมาคือรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท รายได้ 1,001-2,000 บาท และ 2,001-3,000 บาท (ร้อยละ 35.0, 17.0 และ 10.0 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ย (Median) ผู้ป่วยมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 2,000 บาท (S.D.=3,696.4)

### ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (แรกรับรักษาในคลินิก)

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.0) มีระดับความดันโลหิตช่วงล่าง ระหว่าง 95-104 ทอรรี่ รองลงมา มีระดับความดันโลหิตช่วงล่าง น้อยกว่า 95 ทอรรี่, 105-114 ทอรรี่ และมากกว่า 114 ทอรรี่ (ร้อยละ 34.0, 19.0 และ 6.0 ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตช่วงล่างเท่ากับ 99.0 ทอรรี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.4 ซึ่งข้อมูลนี้ไม่สามารถบอกรได้ว่าผู้ป่วยกำลังรักษาอยู่หรือไม่ (อาจกำลังรักษา หรือไม่เคยรักษามาก่อนเลย)

### ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (วันสัมภาษณ์)

จากการตรวจวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยในวันสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) มีความดันโลหิตช่วงล่างน้อยกว่า 95 ทอรรี่ (ความดันโลหิตช่วงบนน้อยกว่า 160 ทอรรี่) รองลงมา มีความดันโลหิตช่วงล่าง ระหว่าง 95 - 104 ทอรรี่, น้อยกว่า 95 ทอรรี่ (ความดันโลหิตช่วงบน เท่ากับหรือมากกว่า 160 ทอรรี่), 105 - 114 ทอรรี่ และมากกว่า 114 ทอรรี่ (ร้อยละ 25.0, 7.0, 3.0 และ 1.0 ตามลำดับ) ข้อมูลนี้ไม่สามารถบอกรได้ว่าผู้ป่วยยังรับประทานยาอยู่หรือไม่

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนตาม  
ลักษณะทั่วไปทางประชากร และเศรษฐกิจ

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	
	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (100.0)
<b>เพศ</b>		
ชาย	30	30.0
หญิง	70	70.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
ต่ำกว่า - 39	5	5.0
40 - 49	16	16.0
50 - 59	24	24.0
60 - 69	33	33.0
70 ปีขึ้นไป	22	22.0
ค่าเฉลี่ย = 59.7 ปี	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.3	
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	2	2.0
คู่	70	70.0
หม้าย	28	28.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	17.0
ประถมศึกษา	71	71.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	12	12.0



ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	
	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (100.0)
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ทำงานบ้าน)	56	56.0
ทำไร่-ทำนา	27	27.0
รับจ้าง	7	7.0
ข้าราชการ	6	6.0
ค้าขาย	4	4.0
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)</b>		
ต่ำกว่า - 1,000	35	35.0
1,001 - 2,000	17	17.0
2,001 - 3,000	10	10.0
มากกว่า 3,000 ขึ้นไป	38	38.0
มัธยฐาน = 2,000 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3,696.4		
<b>ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (แรกมารับรักษาในคลินิก)</b>		
น้อยกว่า 95 ทอรรี่ (SBP $\geq$ 160)	34	34.0
95 - 104 ทอรรี่	41	41.0
105 - 114 ทอรรี่	19	19.0
มากกว่า 114 ทอรรี่	6	6.0
ค่าเฉลี่ย = 99.0 ทอรรี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.4		

หมายเหตุ ข้อมูลนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยกำลังรักษาอยู่หรือไม่

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	
	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (100.0)
<b>ระดับความดันโลหิตช่วงล่าง (ปัจจุบัน)</b>		
น้อยกว่า 95 ทอรรี่ (SBP < 160)	64	64.0
น้อยกว่า 95 ทอรรี่ (SBP ≥ 160)	7	7.0
95 - 104 ทอรรี่	25	25.0
105 - 114 ทอรรี่	3	3.0
มากกว่า 114 ทอรรี่	1	1.0
ค่าเฉลี่ย = 89.1 ทอรรี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.0		
<b>หมายเหตุ</b> ข้อมูลนี้ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยยังรับประทานยาอยู่หรือไม่		

1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล และการเลือกใช้สถานบริการแห่งอื่น พบว่า

#### ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ

พบว่าส่วนมากผู้ป่วยมีที่พักอยู่ห่างจากสถานบริการไม่เกิน 5 กิโลเมตร ถึงร้อยละ 52.0 รองลงมา ได้แก่ ระยะทาง 6-10 กิโลเมตร, 11-15, 16-20 และมากกว่า 20 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 17.0, 14.0, 9.0 และ 8.0 ตามลำดับ และโดยเฉลี่ย (Median) ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ เท่ากับ 5 กิโลเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.7

#### ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.0) ใช้เวลาในการเดินทางมารับการรักษาไม่เกิน 15 นาที รองลงมาได้แก่ช่วงเวลา 16 - 30 นาที และมากกว่า 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 29.0 และ 15.0 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย (Median) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา เท่ากับ 15 นาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.8

#### วิธีการเดินทางมารับการรักษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเดินทางมารับการรักษาด้วยรถโดยสารประจำทางมากถึง ร้อยละ 36.0 รองลงมา ร้อยละ 32.0 เดินทางด้วยรถสามล้อรับจ้าง ส่วนผู้ป่วยที่เดินทางมาด้วยรถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัวและโดยการเดิน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ,5.0 และ 2.0 ตามลำดับ

#### การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.0) มีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล ด้วยมีบัตรผู้สูงอายุ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย บัตรสุขภาพ และบัตรอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยที่สำรองจ่ายไปก่อน แต่สามารถเบิกคืนได้จากส่วนราชการ และต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 18.0 และ ร้อยละ 8.0 ตามลำดับ

### การเลือกใช้บริการแห่งอื่น

พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการที่สถานบริการแห่งอื่นมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่สถานบริการแห่งอื่นคิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 14.0 ตามลำดับ โดยส่วนมากจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชนของจังหวัดใกล้เคียง

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามลักษณะสิ่งแวดล้อม

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	
	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (100.0)
<u>ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)</u>		
≤ 5	52	52.0
6 - 10	17	17.0
11 - 15	14	14.0
16 - 20	9	9.0
> 20	8	8.0

มัธยฐาน = 5 กิโลเมตร

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.7

### ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง (นาที)

≤ 15	56	56.0
16 - 30	29	29.0
> 30	15	15.0

มัธยฐาน = 15 นาที

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 13.8

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	
	จำนวน (n=100)	ร้อยละ (100.0)
<b>วิธีการเดินทาง</b>		
รถยนต์โดยสาร	36	36.0
รถสามล้อ	32	32.0
รถจักรยานยนต์ส่วนตัว	25	25.0
รถยนต์ส่วนตัว	5	5.0
เดิน	2	2.0
<b>การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล</b>		
ไม่มี	8	8.0
มี	74	74.0
บัตรผู้สูงอายุ	50	50.0
บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย	13	13.0
พสส., อสม.	6	6.0
บัตรสุขภาพ	1	1.0
บัตรอื่น ๆ	4	4.0
เบิกคืนได้	18	18.0
<b>การเลือกใช้สถานบริการแห่งอื่น</b>		
ไม่ไป	86	86.0
ไป	14	14.0
คลินิก	7	7.0
โรงพยาบาลต่างจังหวัด	7	7.0

1.3 อัตราการมารับการรักษา จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่ามียกลุ่มผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 38.0 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมีถึงร้อยละ 62.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนตามอัตราการมารับการรักษา

อัตราการมารับการรักษา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
สม่ำเสมอ	38	38.0
ไม่สม่ำเสมอ	62	62.0
รวม	100	100.0



#### 1.4 เหตุผลที่ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 62 ราย พบว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามแพทย์นัด ร้อยละ 58.1 เพราะรู้สึกว่ามีอาการปกติ รองลงมาคือ ติดธุระ รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย ไม่มีเงินค่ารถ (ร้อยละ 20.9, 11.3 และ 9.7 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่น คือ สิววันนัด ไม่พอใจเจ้าหน้าที่ และป่วยด้วยโรคอื่น (จึงไปรับการรักษาที่อื่น)

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วย จำนวนตามเหตุผลที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ (62 คน)		
เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
รู้สึกว่ามีอาการปกติ	36	58.1
ติดธุระ	13	20.9
รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย	7	11.3
ไม่มีเงินค่ารถ	6	9.7
สิววันนัด	5	8.1
ไม่พอใจเจ้าหน้าที่	4	6.4
ป่วยด้วยโรคอื่น (จึงไปรับการรักษาที่อื่น)	2	3.2

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 รายการ

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ได้แบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็นดังนี้ คือ

2.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะทั่วไปทางประชากร รายได้ของครอบครัว ระยะทาง/เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล และการเลือกใช้บริการแห่งอื่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### อายุ

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี, 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.8, 33.3 และ 27.3 ตามลำดับ) โดยอายุเฉลี่ยในกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอสูงกว่ากลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ ( $\bar{X} = 61.4$  และ  $57.0$  ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.11$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $c$ ) เท่ากับ  $0.17$  แสดงว่าอายุไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### เพศ

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเพศชายมีอัตราการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง คือร้อยละ 43.3 และ 35.7 ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.47$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ  $0.07$  แสดงว่าเพศไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### ระดับการศึกษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาสามารถรักษาสม่ำเสมอมากที่สุด คือ ร้อยละ 43.7 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยที่จบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป และไม่ได้รับการศึกษาเลย (ร้อยละ 33.3 และ 17.6 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.13$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $c$ ) เท่ากับ 0.19 แสดงว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### อาชีพ

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ ทหาร ตำนา รับจ้าง รับราชการ หรือค้าขาย มารับการรักษาทั้งหมด 44 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 52.3 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ประกอบอาชีพ (ทำงานบ้าน) มารับการรักษาทั้งหมด 56 คน แต่มารับการรักษาสม่ำเสมอเพียง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ และไม่ประกอบอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.009$ ) แสดงว่าอาชีพมีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ที่ระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ 0.26

### รายได้ครอบครัวต่อเดือน

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเท่ากับหรือน้อยกว่า 1,000 บาท มารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุด ร้อยละ 42.9 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 1,001-2,000 บาท, มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป และ 2,001-3,000 บาท (ร้อยละ 41.2, 39.5 และ 10.0 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยไม่ขึ้นกับรายได้ครอบครัวต่อเดือน ( $p\text{-value} = 0.28$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $c$ ) เท่ากับ 0.19 แสดงว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย

จากการศึกษา พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายมารับการรักษา 78 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 41.0 และ 27.3 ตามลำดับ เมื่อมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.24$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ 0.12 แสดงว่าความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีที่พักอยู่ห่างจากสถานบริการไม่เกิน 5 กิโลเมตร มารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุด ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีที่พักอยู่ห่างจากสถานบริการ 6-10 กิโลเมตร, 11-15 และมากกว่า 15 กิโลเมตร (ร้อยละ 29.4, 28.6 และ 23.5 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.19$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $c$ ) เท่ากับ 0.21 แสดงว่าระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เวลาเดินทางในการมารับการรักษาไม่เกิน 15 นาที มารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุด คือร้อยละ 44.6 รองลงมาคือช่วงเวลา 16-30 และมากกว่า 30 นาที (ร้อยละ 31.0 และ 26.7 ตามลำดับ) เมื่อมาทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.29$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ 0.16 แสดงว่าระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากที่พักถึงสถานบริการไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยเดินทางมารับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เนื่องจากเดินทางมารับการรักษาด้วยรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ส่วนตัว และโดยการเดินทางมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ร้อยละ 40.6 ส่วนผู้ป่วยที่เดินทางมารับการรักษาโดยรถประจำทางหรือรถสามล้อรับจ้าง จะต้องเสียค่า

ใช้จ่ายในการเดินทาง พบว่าผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเงิน น้อยกว่า 10 บาท มารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุดคือร้อยละ 40.0 รองลงมาเสียค่าใช้จ่าย 11-20 บาท และมากกว่า 20 บาท (ร้อยละ 37.9 และ 28.6 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value}=0.76$ ) ค่าระดับความสัมพันธ์ (c) เท่ากับ 0.08 แสดงว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

#### การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล ด้วยมีบัตรผู้สูงอายุ บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และบัตรอื่น ๆ รวมทั้งผู้ที่สามารถเบิกคืนได้จากส่วนราชการ มารับการรักษา 92 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 38.0 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลมารับการรักษา 8 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้วพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 1.00$ ) แสดงว่าการมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

#### การเลือกใช้บริการแห่งอื่น

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาจากสถานบริการแห่งอื่น มารับการรักษาถึง 86 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอ 37 คน คิดเป็นร้อยละ 43.0 ส่วนผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาจากสถานบริการแห่งอื่น พบว่ามารับการรักษา 14 คน และมารับการรักษาสม่ำเสมอเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.01$ ) แสดงว่าการเลือกใช้บริการแห่งอื่นมีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ที่ระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ 0.26

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนตามลักษณะทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		รวม n (%)
	มาสม่ำเสมอ n (%)	ไม่มาสม่ำเสมอ n (%)	
<b>เพศ</b>			
ชาย	13 (43.3)	17 (56.7)	30 (100.0)
หญิง	25 (35.7)	45 (64.3)	70 (100.0)
	$\chi^2 = 0.52$	df = 1	p-value = 0.47    phi = 0.07
<b>อายุ (ปี)</b>			
น้อยกว่า 50	9 (42.8)	12 (57.1)	21 (100.0)
50 - 59	12 (50.0)	12 (50.0)	24 (100.0)
60 - 69	11 (33.3)	22 (66.7)	33 (100.0)
70 ปีขึ้นไป	6 (27.3)	16 (72.7)	22 (100.0)
$\bar{X}$	57.0	61.4	
S.D.	11.5	10.9	
	$\chi^2 = 0.38$	df = 3	p-value = 0.11    c = 0.17
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (17.6)	14 (82.4)	17 (100.0)
ประถมศึกษา	31 (43.7)	40 (56.3)	71 (100.0)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	4 (33.3)	8 (66.7)	12 (100.0)
	$\chi^2 = 4.07$	df = 2	p-value = 0.13    c = 0.19



## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		
	มาสม่ำเสมอ n (%)	มาไม่สม่ำเสมอ n (%)	รวม n (%)
<b>อาชีพ</b>			
ประกอบอาชีพ	23 (52.3)	21 (47.7)	44 (100.0)
ไม่ประกอบอาชีพ(งานบ้าน)	15 (26.8)	41 (73.2)	56 (100.0)
$\chi^2 = 6.79$	df = 1	p-value = 0.009	phi = 0.26
<b>รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)</b>			
≤ 1,000	15 (42.9)	20 (57.1)	35 (100.0)
1,001 - 2,000	7 (41.2)	10 (58.8)	17 (100.0)
2,001 - 3,000	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)
3,001 บาทขึ้นไป	15 (39.5)	23 (60.5)	38 (100.0)
$\bar{X}$	4,031.24	3,608.06	
S.D.	4,560.57	3,080.68	
$\chi^2 = 3.78$	df = 3	p-value = 0.28	c = 0.19
<b>ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย</b>			
เพียงพอ	32 (41.0)	46 (59.0)	78 (100.0)
ไม่เพียงพอ	6 (27.3)	16 (72.7)	22 (100.0)
$\chi^2 = 1.38$	df = 1	p-value = 0.24	phi = 0.12

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		
	มาสม่ำเสมอ n (%)	มาไม่สม่ำเสมอ n (%)	รวม n (%)
<b>ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)</b>			
≤ 5	25 (48.1)	27 (51.9)	52 (100.0)
6 - 10	5 (29.4)	12 (70.6)	17 (100.0)
11 - 15	4 (28.6)	10 (71.4)	14 (100.0)
> 15	4 (23.5)	13 (76.5)	17 (100.0)
$\bar{X}$	6.51	9.59	
S.D.	6.59	8.18	
$\chi^2 = 4.81$	df = 3	p-value = 0.19	c = 0.21
<b>ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง (นาที)</b>			
≤ 15	25 (44.6)	31 (55.4)	56 (100.0)
16 - 30	9 (31.0)	20 (69.0)	29 (100.0)
> 30	4 (26.7)	11 (73.3)	15 (100.0)
$\bar{X}$	17.50	21.77	
S.D	12.01	14.68	
$\chi^2 = 2.46$	df = 2	p-value = 0.29	c = 0.16

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		รวม n (%)
	มาสม่ำเสมอ n (%)	มาไม่สม่ำเสมอ n (%)	
<b>ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)</b>			
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	13 (40.6)	19 (59.4)	32 (100.0)
เสียค่าใช้จ่าย			
6 - 10	10 (40.0)	15 (60.0)	25 (100.0)
11 - 20	11 (37.9)	18 (62.1)	29 (100.0)
> 20	4 (28.6)	10 (71.4)	14 (100.0)
$\bar{X}$	16.8	18.05	
Median	20.0	20.0	
S.D.	6.7	7.6	
$\chi^2 = 0.53$	df = 2	p-value = 0.76	c = 0.08
<b>การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล</b>			
มี	35 (38.0)	57 (62.0)	92 (100.0)
ไม่มี	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)
	Fisher's exact test	p-value = 1.00	
<b>การเลือกใช้บริการแห่งอื่น</b>			
ไปสถานบริการแห่งอื่น	1 (7.1)	13 (92.9)	14 (100.0)
ไม่ไปสถานบริการแห่งอื่น	37 (43.0)	49 (57.0)	86 (100.0)
$\chi^2 = 6.58$	df = 1	p-value = 0.01	phi = 0.26

2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อสถานบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 70) มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลาง และในกลุ่มที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูงมารับการรักษาสม่ำเสมอมากที่สุดคือร้อยละ 75.0 รองลงมาคือกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 38.6 และ 11.0 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคมากกว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ( $\bar{X}$  = 7.45 และ 6.42 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้แตกต่างกันมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาแตกต่างกัน ( $p$ -value = 0.001) โดยมีระดับความสัมพันธ์ ( $c$ ) เท่ากับ 0.33 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ระดับคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		
	มาสม่ำเสมอ n (%)	มาไม่สม่ำเสมอ n (%)	รวม n (%)
สูง (9-10 คะแนน)	9 (75.0)	3 (25.0)	12 (100.0)
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	27 (38.6)	43 (61.4)	70 (100.0)
ต่ำ (2-5 คะแนน)	2 (11.1)	16 (88.9)	18 (100.0)
$\bar{X}$	7.45	6.42	
S.D.	1.20	1.74	
$X^2 = 12.5$	df = 2	p-value = 0.001	c = 0.33

### เจตคติต่อการมารับการรักษา

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมารับการรักษาใกล้เคียงกัน ( $\bar{X} = 25.74$  และ  $24.90$  ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติ พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.15$ ) แสดงว่าเจตคติต่อการมารับการรักษาไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

การมารับการรักษา	จำนวนผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
สม่ำเสมอ	38	25.74	2.79	-1.44	0.15
ไม่สม่ำเสมอ	62	24.90	3.31		

### แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมใกล้เคียงกัน ( $\bar{X} = 7.95$  และ  $7.71$  ตามลำดับ ) เมื่อนำมา ทดสอบทางสถิติ พบว่าความสม่ำเสมอในการมาได้รับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.31$ ) แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการ รักษา (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่ม ที่มาได้รับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

การมาได้รับการรักษา	จำนวนผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
สม่ำเสมอ	38	7.95	1.04	-1.02	0.31
ไม่สม่ำเสมอ	62	7.71	1.18		



### ความพึงพอใจต่อสถานบริการ

จากผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจต่อสถานบริการ คิดเป็น ร้อยละ 44.0 และ 20.0 ตามลำดับ เมื่อมาทดสอบทางสถิติแล้ว พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.03$ ) แสดงว่าความพึงพอใจมีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ที่ระดับความสัมพันธ์ ( $\phi$ ) เท่ากับ 0.21

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จานแนกตามความพึงพอใจต่อสถานบริการ

ความพึงพอใจ ต่อสถานบริการ	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		รวม n (%)
	มาสม่ำเสมอ	มาไม่สม่ำเสมอ	
	n (%)	n (%)	
พึงพอใจ	33 (44.0)	42 (56.0)	75 (100.0)
ไม่พึงพอใจ	5 (20.0)	20 (80.0)	25 (100.0)
$\chi^2 = 4.58$	df = 1	p-value = 0.03	phi = 0.21

2.3 ปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การมีภาวะแทรกซ้อน และอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

### อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยปัจจุบันมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน (ร้อยละ 39.5 และ 35.9 ตามลำดับ) ซึ่งอาการที่พบ ได้แก่ อาการวิงเวียน ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ใจสั่น เมื่อเข้ามาทดสอบทางสถิติ พบว่าความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.73$ ) แสดงว่าอาการเจ็บป่วยปัจจุบันไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### การมีภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 92.0) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) ภาวะไตบกพร่อง (Renal insufficiency) อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) และสมองขาดเลือด (Cerebral infarction) สำหรับการมารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 50.0 และ 37.0 ตามลำดับ) เมื่อเข้ามาทดสอบทางสถิติ พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.47$ ) แสดงว่าการมีภาวะแทรกซ้อนไม่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

### อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

จากการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 1 คน เท่านั้นที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาเปลี่ยนยารักษาแทน ส่วนผู้ป่วยคนอื่น ๆ มักบ่นว่า มีอาการเหนื่อยเพลีย ใจสั่น ปัสสาวะบ่อย วิงเวียน ง่วงนอน เป็นต้น แต่เมื่อรับประทานยาไปแล้วสักพักก็จะไม่มีอาการดังกล่าว ฉะนั้นอาการที่ผู้ป่วยพูดถึงอาจเป็นอาการของโรคหรือเกิดจากฤทธิ์ของยา จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า เป็นอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค และในการศึกษครั้งนี้มีข้อมูลน้อยเกินไปจึงไม่สามารถนำมาทดสอบทางสถิติได้

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ

ปัจจัยที่ศึกษา	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา		รวม n (%)
	มาสม่ำเสมอ n (%)	มาไม่สม่ำเสมอ n (%)	
<b>อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน</b>			
ไม่มีอาการ	24 (39.3)	37 (60.7)	61 (100.0)
มีอาการ	14 (35.9)	25 (64.1)	39 (100.0)
วิงเวียน	9 (23.1)	6 (15.3)	15 (38.4)
ปวดศีรษะ	3 (7.7)	14 (35.9)	17 (43.6)
เหนื่อยเพลีย	1 (2.6)	5 (12.8)	6 (15.4)
ใจสั่น	1 (2.6)	0	1 (2.6)
	$\chi^2 = 0.12$	df = 1	p-value = 0.73
			phi = 0.03
<b>การมีภาวะแทรกซ้อน</b>			
ไม่มี	34 (37.0)	58 (63.0)	92 (100.0)
มี	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100.0)
Myocardial infarction	1 (12.5)	3 (37.5)	4 (50.0)
Cerebral infarction	1 (12.5)	0	1 (12.5)
Hemiplegia	1 (12.5)	0	1 (12.5)
Renal insufficiency	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)
	Fisher's exact test		p-value = 0.47
<b>อาการข้างเคียงจากยา</b>			
ไม่มีอาการ	38 (38.4)	61 (61.6)	99 (100.0)
มีอาการ	0	1 (100.0)	100 (100.0)

(ไม่สามารถทดสอบความแตกต่างได้ เนื่องจากจำนวนข้อมูลน้อยเกิน 10)

## สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อสถานบริการ รวมถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค และการมีภาวะแทรกซ้อน กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานครั้งนี้ คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย มีทั้งหมด 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลบางส่วนจากบันทึกประวัติการตรวจโรค (OPD card) ของผู้ป่วย เพื่อทราบประวัติการมารับการรักษาและโดยการติดตามสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วยที่ศึกษาตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยเอง ซึ่งการศึกษานครั้งนี้สามารถติดตามสัมภาษณ์และได้ข้อมูลครบถ้วน จำนวน 100 คน เนื่องจากช่วงเวลาที่ได้รับข้อมูลมีผู้ป่วยบางคนต้องออกไปทํารไร่ ทํานาหรือไปทำงานนอกร้าน ทําให้ไม่สามารถติดตามไปสัมภาษณ์ได้ทุกคน

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> ในการนำเสนอข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ใช้การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) และการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ซึ่งผลของการศึกษานมีดังนี้

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อย (mild hypertension) ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 41.0 รองลงมาคือกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง เฉพาะความดันโลหิตช่วงบน (pure systolic hypertension) พบว่ามีร้อยละ 34.0 ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ไม่พบว่ามีอาการรุนแรง และสามารถหายได้เองแม้ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่ามีผู้ป่วยมารับการรักษาสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 38.0 และมารับการรักษา ไม่สม่ำเสมอถึง ร้อยละ 62.0 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เหตุผลที่ไม่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ดังนี้ ผู้สีกว่ามีอาการปกติ ติดธุระ รับประทานยาแล้วรู้สึกไม่สบาย ไม่มีเงินค่ารถ ลิ้มวันนัด ไม่พอใจเจ้าหน้าที่ และป่วยด้วยโรคอื่นจึงไปรับการรักษาที่อื่น และจากการสังเกตที่คลินิกเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจัดามีทุกวันพุธ เวลา 08.30-16.30 น. เมื่อผู้ป่วยมาขึ้นบัตรตรวจ โรค เจ้าหน้าที่ห้องบัตรจะค้นบัตรให้ผู้ป่วยแล้วส่งมาที่พยาบาลประจำคลินิก ก่อนเข้าพบแพทย์ผู้ป่วย จะได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิก และมีการให้ สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยระหว่างรอตรวจในช่องเข้า หลังจากพบแพทย์แล้ว พยาบาลประจำคลินิกจะลงทะเบียนพร้อมกับบันทึกวันนัดครั้งต่อไปในสมุดทะเบียนผู้ป่วย และบัตร ประจำตัวของผู้ป่วยแล้วแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนไปรับยา พยาบาลประจำคลินิกจะทำการตรวจสอบ สมุดทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกสัปดาห์ ถ้าพบว่ามีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาตามที่แพทย์นัด เกิน 1 สัปดาห์ จะมีจดหมายติดตามเพื่อให้มารับการรักษาต่อไป

เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ตัวแปรที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะทาง/เวลาที่ใช้ในการเดินทาง มารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล และการเลือกใช้บริการแห่งอื่น จากการทดสอบความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 2 ตัวแปร คือ อาชีพ และการเลือกใช้บริการแห่งอื่น ( $p\text{-value} = 0.009$  และ  $0.01$  ตามลำดับ)

ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติต่อการมารับการรักษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อสถานบริการ จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดียว พบตัวแปรที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาอย่าง



มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจต่อสถานบริการ (p-value = 0.001 และ 0.03 ตามลำดับ)

ตัวแปรเกี่ยวกับปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน การมีภาวะแทรกซ้อน อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความสม่ำเสมอในการมารับการรักษากับทุกตัวแปร

### การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาชีพ การเลือกใช้สถานบริการแห่งอื่น และความพึงพอใจต่อสถานบริการ โดยพบว่ามีความสัมพันธ์เท่ากับ 0.33, 0.26, 0.26 และ 0.21 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความสัมพันธ์มากที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมาทำการวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน อันได้แก่ อายุ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ระยะทาง/เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยในผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.06, 0.62, 0.06, 0.13 และ 0.45 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ (25) พบว่า อายุ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และความสะดวกในการเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด และรัตนา รุจิรกุล(11) พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง



สำหรับตัวแปรด้าน เพศ ระดับการศึกษา การมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.0) เป็นผู้ป่วยเพศหญิง มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ ร้อยละ 71.0 และร้อยละ 92.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาล เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคของแต่ละตัวแปร (ตารางที่ 13) พบว่า ทั้ง 3 ตัวแปรมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.82, 0.15$  และ  $0.14$  ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ และการเลือกใช้บริการแห่งอื่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value}=0.009$  และ  $0.01$  ตามลำดับ) จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( $\bar{X} = 7.3$  และ  $6.4$  ตามลำดับ) เพราะการประกอบอาชีพมีโอกาสติดต่อสื่อสารกับคนทั่วไปทำให้ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จึงไปใช้บริการสุขภาพมากกว่า

สำหรับการเลือกใช้บริการแห่งอื่น พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ไปรักษาที่สถานบริการแห่งอื่น จะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไปรักษาที่สถานบริการแห่งอื่น (ร้อยละ 43.0 และ 7.1 ตามลำดับ) เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 13) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการรักษาที่สถานบริการแห่งอื่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่สถานบริการแห่งอื่น ( $\bar{X} = 6.9$  และ  $6.0$  ตามลำดับ) เพราะผู้ป่วยที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลจะมีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

## 2. ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม

### ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา (ตารางที่ 7) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value} = 0.001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของกอบแก้ว อุตตวัส (53) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สูง เรื่องวัณโรคปอดมีแนวโน้มมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องวัณโรคต่ำ เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นรายชื่อ (ตารางที่

14) พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสามารถตอบคำถามได้ถูกเกือบทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 2 " โรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน " และข้อ 8 " โรคไตวายไม่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง " ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องอาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรค ฉะนั้นในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยควรมีการเน้นในเรื่องดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา รุจิรกุล (11) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ รับรู้ต่อระยะเวลาการรักษา จะเป็นผู้รักษาต่อเนื่องมากกว่า

#### เจตคติต่อการมารับการรักษา

จากการศึกษา (ตารางที่ 8) พบว่าเจตคติต่อการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value} = 0.15$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอมีคะแนนเจตคติต่อการมารับการรักษากลับเคียงกัน ( $\bar{X} = 25.74$  และ  $24.90$  ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากการวัดเจตคติเพื่อทราบถึงความรู้สึกรักของผู้ป่วย ซึ่งวัดได้ค่อนข้างยาก และข้อคำถามบางข้ออาจมีลักษณะถามนำจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถเดาคำตอบได้ รวมทั้งสภาพแวดล้อมการศึกษาซึ่งทำการสัมภาษณ์ที่สถานอนามัยด้วย ผู้ป่วยอาจเกรงใจและกลัวว่าการตอบคำถามจะมีผลต่อการรับบริการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการตอบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกัน และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ตารางที่ 15) พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยสูงเกือบทุกข้อ ยกเว้น ข้อ 9 " ท่านรู้สึกว่าการรักษาของท่านมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถรักษาได้ " ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาควรมีการอธิบายและเน้นถึงความรุนแรงของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีเจตคติที่ดีต่อการมารับการรักษา

#### แรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา (ตารางที่ 9) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมใกล้เคียงกัน ( $\bar{X} = 7.95$  และ  $7.71$  ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ตารางที่ 16) พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงในเกือบทุกข้อ เนื่องจากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในสังคมชนบท ซึ่งมีลักษณะของครอบครัวและ

สังคมไม่แตกต่างกัน จึงทำให้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ยกเว้น ข้อ 3 " ท่านมีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ " และข้อ 9 "บุคคลรอบข้างสนใจหาข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วยของท่านมาแจ้งให้ท่านทราบเสมอ " พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะญาติไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ให้ความสนใจต่อผู้ป่วยเท่าที่ควร และลักษณะของโรคที่ไม่มีอาการแสดงให้เห็นชัดเจน ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อย ทำให้ไม่มีอาการของโรคที่รุนแรง ซึ่งไม่ก่อให้เกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงหรือดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยทุกคนยังช่วยตัวเองได้ ไม่มีอาการเจ็บปวด จนบางครั้งทำให้สมาชิกในครอบครัวคิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว ซึ่งจะเห็นได้จาก ข้อ 7 " ท่านมาตรวจทุกครั้งจะมีเพื่อนมาด้วยเสมอ " ที่พบผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับแรงสนับสนุนในข้อนี้ค่อนข้างต่ำ จึงควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ญาติของผู้ป่วยด้วย ดังเช่นการศึกษาของจริยาวัตร คมพัยค์ม์ (54) ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา

#### ความพึงพอใจต่อสถานบริการ

จากการศึกษา (ตารางที่ 10) พบว่าความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value} = 0.03$ ) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการจะมารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจถึง 2 เท่า (ร้อยละ 44.0 และ 20.0 ตามลำดับ) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอย่างต่อเนื่องและมีระยะยาว ความพึงพอใจในบริการจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อการใช้บริการ Larsen D.E. และคณะ ช่างาน ชนินทร์ เจริญกุล (33) ได้ชี้ให้เห็นว่าความพึงพอใจในบริการจะมีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมการใช้บริการ การทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และความสม่ำเสมอในการติดตามการรักษาพยาบาล การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา มณีเรืองเดช (55) พบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสาธารณสุข มารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจ เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 13) พบว่าผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจต่อสถานบริการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจต่อสถานบริการ ( $\bar{X} = 7.1$  และ 6.0 ตามลำดับ)

### 3. ปัจจัยด้านผลกระทบต่อสุขภาพ

#### อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน

จากการศึกษา (ตารางที่ 11) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value} = 0.73$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อย (mild hypertension) ซึ่งจะไม่ปรากฏอาการที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีอาการบ้างแต่ก็ไม่รุนแรง เช่น มีอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ซึ่งถ้าได้รับการพักผ่อนอาการก็จะหายได้เอง จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

#### การมีภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษา (ตารางที่ 11) พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา ( $p\text{-value} = 0.47$ ) อาจเนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 8.0 เท่านั้นที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งข้อมูลที่ได้มาอาจมีการรายงานผลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (under report) จึงทำให้การทดสอบทางสถิติได้ผลออกมาไม่ชัดเจน เพราะมีข้อมูลน้อยเกินไป

#### อาการข้างเคียงจากยารักษาโรค

จากการศึกษา พบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคซึ่งน่าเชื่อถือว่ามีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจริง มี 1 คน เท่านั้นที่ตอบว่ามีอาการเหนื่อยเพลีย และใจสั่นเมื่อหยุดยาแล้วอาการดังกล่าวทุเลาลง และได้กลับไปปรึกษาแพทย์ ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาเปลี่ยนยาเดิมจาก Methyldopa (250 mg.) เป็น Propanolol (40 mg.) ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 99.0 นั้น พบว่ามีอาการข้างเคียงน้อยในระยะเริ่มต้นการรักษา แต่ภายหลังจากที่รับประทานยาไปสักระยะผู้ป่วยจะทนต่อยาได้ดีและรับประทานยาได้ตามแผนการรักษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีข้อมูลน้อยเกินไปจึงไม่สามารถนำมาทดสอบทางสถิติได้



## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยบอกถึงการให้ความร่วมมือต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบผลของการให้บริการในปัจจุบันและอนาคต

2. จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามีทั้งหมด 4 ปัจจัย ซึ่งสามารถนำมาแก้ไขปรับปรุงได้ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และความพึงพอใจต่อสถานบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 เนื่องจากในปัจจุบันคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงได้จัดให้มีการสอนสุขศึกษาแบบรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยเฉพาะในช่วงเช้าก่อนพบแพทย์เพียงครั้งเดียว อาจทำให้ไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วงบ่ายหรือมาหลังจากมีการให้สุขศึกษาไปแล้ว ฉะนั้นควรเพิ่มการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคล โดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก รวมถึงแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยเฉพาะความรู้ด้านอาการของโรค ความรุนแรง และการมีภาวะแทรกซ้อน เพราะจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ในด้านนี้น้อย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกอาจจัดให้มีการให้คำปรึกษา (counselling) แก่ผู้ป่วยและญาติ

2.2 จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและการกระตุ้นเตือนจากญาติน้อย ฉะนั้นจึงควรสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ญาติผู้ป่วย ซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ โดยให้ญาติมาร่วมรับฟังด้วยในขณะที่มีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในวันที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล รวมทั้งจัดให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบในการให้สุขศึกษาในชุมชน หรืออาจจัดให้มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

2.3 การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกประสานงานกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพื่อขอความช่วยเหลือในการติดตามผู้ป่วย และจัดให้มีการส่งต่อข้อมูลการรับการรักษาของผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและสถานีอนามัย เพื่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะได้ทราบประวัติการรักษา และติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

2.4 จากการศึกษา พบว่าในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนมากมีความดันเลือดอยู่ในระดับปกติ หรือมีความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงน้อย ซึ่งสามารถได้รับการรักษาต่อที่สถานเอนามัยได้ ฉะนั้น ควรจัดให้มีระบบส่งต่อผู้ป่วยแก่สถานเอนามัย เพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสมและใกล้บ้านที่สุด

2.5 เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงควรสนับสนุนให้มีการตรวจวัดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน โดยจัดทำสมุดพกประจำตัวผู้ป่วย เพื่อบันทึกระดับความดันโลหิตที่วัดในแต่ละครั้ง และสามารถบันทึกข้อมูลในการไปรับการรักษาจากสถานบริการต่าง ๆ ได้

### ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้สามารถติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้จำนวน 100 คน จากผู้ป่วยทั้งหมด 140 คน เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลนั้นผู้ป่วยบางคนต้องออกไปทำไร่ ทำนา หรือทำงานนอกบ้าน และเป็นช่วงฤดูฝนทำให้การเดินทางลำบาก จึงไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้ทุกคน ฉะนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกฤดูกาลที่สามารถเข้าไปพบ และสัมภาษณ์ผู้ป่วยได้สะดวก หรือช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเนื่องจากข้อมูลส่วนที่ขาดหายไปอาจทำให้การแปลผลเปลี่ยนไปได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดเจตคติต่อการมารับการรักษา มีข้อความน้อยและลักษณะของข้อความที่ผู้ป่วยสามารถเดาคำตอบได้ มีผลทำให้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือต่ำได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการปรับปรุงข้อความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถเดาคำตอบได้ และเพิ่มข้อความให้มีมากขึ้น

3. ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective) ข้อมูลที่ได้บางส่วนอาจจะไม่สมบูรณ์ ฉะนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลบางอย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น เช่น การศึกษาปัจจัยด้านอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และการมีภาวะแทรกซ้อน



### บรรณานุกรม

1. WHO. Primary Prevention of Essential Hypertension, Tech Rep. Series. No.686 (1983) : 5.
2. สมชาติ โสจายะ, อรวรรณ สุวจิตตานนท์. ความดันโลหิตสูง. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2524 : 324-356.
3. ชมพูนุช อ่องจรีต. ความดันโลหิตสูง. อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยนอก, กรุงเทพฯ : สืบประสิทธิ์การพิมพ์, 2527 : 127.
4. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ความดันโลหิตสูง. ใน : ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2. กรุงเทพฯ ; เอช.เอ็น การพิมพ์ , 2531 : 425-429.
5. โสภณ พาณิชพันธ์. เราจะรักษาโรคความดันเลือดสูงให้ได้ผลดีอย่างไร. แพทยสภาสาร (ก.ค. 2525) : 183-186 .
6. สุรางค์ เปื้องเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2533.
7. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี. ความชุก, การค้นพบ และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชนบทภาคกลาง. จดหมายเหตุทางการแพทย์ (มกราคม 2532) : ปีที่ 72, เล่มที่ 1 : 66-75.
8. Suriyawongpaisal P, Underwood P, Ian L Rouse and Mungkarasiri. An investigation of hypertension in a slum of Nakhon Ratchasima, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health, Vol 22, No 4, December 1991 : 586-594.
9. สมสิริ เลบนานนท์. บุญชอบ พงษ์พานิช, รั้งสรรค์ รัตนปราการ และสุภชัย ถนอมทรัพย์. รายงานผลการสำรวจขั้นต้นโครงการควบคุมความดันโลหิตสูงในชุมชนแออัด 10 แห่งในพื้นที่เขตบางเขน-ดุสิต-ปทุมไท. การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 9 กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สิงหาคม 2534) : 14-16.
10. Suriyawongpaisal P. & Underwood P. Situation Of Hypertension in Some Bangkok Slum. J Med Assoc Thai, March 1993 : 123-128.

11. รัตนา รุจิรกุล. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. รายงานการวิจัยฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2534.
12. Marcinek, Margaret B. Hypertension : What it does to the body ?. Am J Nurs. 80 (May 1980) : 928-932.
13. R. Brain Haynes, David L. Sackett, Edward S. Gibson. et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. The lancet, June 1976 ;12 : 1265-1268.
14. Hill, martin N. and Mc Combs, Nova J. Fore ward : Symposium of hypertension. Nurs Clin of Nort Am ; 16 ; June 1981:299-300.
15. Maddeleine L. Lang, et al. hypertension : What Patients Need to know. American Journal of nursing, 76, No. 5 ; May 1976 : 768.
16. Gillum, Richard F. and Barsky, Arthur J. Diagnosis and management of patient noncompliance. Jama, 288 (June 1974) : 1563-1567.
17. WHO. Technical Report Series 628, 1978.
18. Anderson, Sandra V., and Bauwens, Elianor E. Chronic Health Problem ; Concept and Application. London : C.V. Mosby, 1981.
19. Brunner, Lillian Sholtis., and Suddarth, Doris Smith. The Lippincott Manual of Nursing Practice. 3 rd ed. Philadelphia : I.B. lippin cott, 1982.
20. Suvachitnont O., Hathirat S., Triyanond K. et al. Anthropometric relationship with blood pressure in normal Thai adult. J med Ass. Thailand 1983 : 66(8) : 439-442.
21. ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. การรักษาภาวะความดันเลือดสูง. วารสารโรคหัวใจ, ปีที่ 3 ฉบับที่ 3, 2533 : 106.
22. วิไลพรรณ ริมชลา. แนวความคิดใหม่ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2528) : 101-114.

23. Lu Ann Aday. and Ronald M. Anderson. Equity of Access to Medical Care : A Conceptual and Empirical Overview. Medical Care, December 1981, Vol 19 No 12 : p 4-27.
24. Day Frederick A. and Leoprapi B. Patterns of health utilization in upcountry Thailand Institute for population and social. Research Mahidol University ; Bangkok, 1977.
25. สกาวรัตน์ เทพรักษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมืองที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขานามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
26. ชื่นชม เจริญยุทธ. ปัจจัยที่กําหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่างๆ ของประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
27. พิมพ์ เพราเพริศภิรมย์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขารอคิดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
28. Wilson, Robert N. The Sociology of Health : An Introduction. New York ; Random Hous , 1970.
29. เพ็ญศรี จิตรนพทรัพย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับการรักษาสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดขอนแก่น, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
30. ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. อุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ รายงานผลการวิจัยคณะเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533 : หน้า 43.
31. อรพินท์ สิงห์เดช และคณะ. ความรู้ทัศนคติของบิดามารดาและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.

32. Koticha, K.K. and Nair, P.R. Treatment defaulters in Leprosy : A Retrospective Study of 42,000 cases. Int.J. Lepr 47 ; 1979 : 50-55.
33. ชนินทร์ เจริญกุล และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้บริการ อนามัยของรัฐบาลในระดับอำเภอ. ศูนย์ฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2524.
34. สันตัก เสริมศรี และ เจมส์ เอ็น ไรลีย์. พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย : การวิจัยในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517.
35. Bice ,T.W. Economic class and use of physician Services. Medical care, 1973 : 287-296.
36. Harris, Danial. An elaboration of relationship between hospital be supply and general hospitalization. Journal of Health and Social Behavior. Vol 16, 1975 : P 163-172.
37. ดวงใจ เหล่าสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับและไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ตามกำหนดเวลาของเด็กอายุ 0-6 เดือน ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
38. สมพร วัฒนกุลเกียรติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจหลังคลอด ที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กที่ 41 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
39. ศรีเมือง ศรีนวลนัด. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับ และไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัดของเด็กอายุ 1-2 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2531. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
40. บัณฑิต ชุณหสวัสติกุล. แนวทางควบคุมวัณโรคที่เหมาะสมกับสถานการณ์. วารสารโรคและโรคแทรกซ้อน ปีที่ 2, ฉบับที่ 3 หน้า 163-169.
41. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. เงินกับสุขภาพ. สาธารณสุขปริทัศน์ ปีที่ 3, ฉบับที่ 3 ; 2522 : 64-72.

42. อรรถ ศาสตร์วาทะ. รูปแบบการใช้บริการทางการแพทย์ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการ  
ใช้บัตรสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
43. สมหญิง มะหะสิทธิ์. ปัจจัยการใช้บริการด้านอนามัยแม่ของผู้เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก  
บัตรสุขภาพ เพื่อการอนามัยแม่และเด็ก และภูมิคุ้มกันโรค ในจังหวัดนครราชสีมา.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาอนามัยครอบครัว  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
44. บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคม  
วิทยาการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 1 หน่วยที่ 9-15 สาขาวิชาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย  
สุโขทัยธรรมมาธิราช, กรุงเทพฯ ; ขวนพิมพ์, 2528 : 571-586.
45. Webster's New Universal Dictionary of the English language.  
New York ; Lexicon, 1976 : 325.
46. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ ฯ  
; พิมพ์นา, 2526 : 28-30.
47. เบญจา ยอดคำเนิน และคณะ. ทฤษฎีการศึกษาทางสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์.  
กรุงเทพฯ ฯ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523 : 45.
48. อรทัย รวยอาจิม. ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาในการสาธารณสุขชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
: พฤติกรรมอนามัย. วารสารอนามัยครอบครัว ปีที่ 11 ฉบับที่ 3, 2526 : 11-19.
49. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการ  
กรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร.
50. จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความ  
สามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยา  
นิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหา-  
วิทยาลัยมหิดล, 2532.
51. ธวัชชัย วรพงษ์พร. สัมมนาวิธีการทางสถิติ. ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530 : 1-27.



52. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, ธวัชชัย อาหารธรรุระสุข และพิสิฐ สุกรีชัยพงศ์. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2523 : 20-34.
53. กอนแก้ว คุณตวัส. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
54. จริยาวัตร คมพัยค์ม. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
55. ขนิษฐา มณีเรืองเดช. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอของรายป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข-ศาสตร์) สาขาโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.





## แบบสัมภาษณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา  
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและสิ่งแวดล้อม
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปทางด้านจิตวิทยาสังคม
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการมารับการรักษา

สถานที่สัมภาษณ์ .....

วันที่สัมภาษณ์ .....

ชื่อผู้ป่วย .....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

เลขประจำตัวรายป่วย .....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและสิ่งแวดล้อม

1. เพศ  
 ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษา (จบชั้นสูงสุด) .....
4. สถานภาพสมรส  
 โสด  คู่  หม้าย/หย่า/แยก
5. อาชีพหลัก  
 ทำงานบ้าน  ค้าขาย  
 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ  รับจ้าง  
 ทานา ทาไร่ ทาสวน  อื่น ๆ ระบุ .....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน .....บาท
7. รายได้ของท่านเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายหรือไม่  
 เพียงพอและเหลือเก็บ  เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ  
 ไม่เพียงพอ
8. ท่านเดินทางไปสถานบริการโดย.....
9. ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ.....กม. ....ม.
10. เวลาที่ใช้ในการเดินทาง (เที่ยวเดียว).....ชั่วโมง.....นาที
11. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป-กลับ.....บาท
12. รวมระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการในโรงพยาบาล...ชั่วโมง...นาที
13. ค่าใช้จ่ายในการรักษาในแต่ละครั้งประมาณ.....บาท
14. ท่านมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลหรือไม่  
 ไม่มี  
 มี ระบุ .....

15. ถ้าท่านไม่ได้มารับการรักษาที่นี้แล้ว ท่านไปรับการรักษาที่ใด

- [ ] ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใดเลย
- [ ] ไปรับการรักษา
- [ ] ชื่อyaripระทานเอง
- [ ] ไปรับการรักษาที่คลินิก
- [ ] ไปรักษาที่สถานอนามัยใกล้บ้าน
- [ ] ไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด
- [ ] อื่น ๆ ระบุ .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปทางด้านจิตวิทยาสังคม

### ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

16. การที่จะรู้ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องไปให้หมอตรวจวัดความดันโลหิต
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
17. โรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ใจสั่น  
อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรือตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
18. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถรักษาได้โดยการซื้อยากินเอง
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
19. ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะ ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
20. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
21. เมื่อได้รับการรักษาแล้วรู้สึกว่าอาการดีขึ้นก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ
22. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือโรคหัวใจได้
- [ ] ใช่ [ ] ไม่ใช่ [ ] ไม่ทราบ

23. โรคไตวายไม่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

24. การมีอารมณ์รุ่มร่า จุนเจียวง่าย หรือมีความเครียด จะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

25. การงดอาหารที่มีรสเค็ม สามารถช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

### ข้อมูลด้านเจตคติต่อการมารับการรักษา

26. การมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

27. ท่านจะไปให้หมอตรวจก็ต่อเมื่อท่านมีอาการผิดปกติเท่านั้น

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

28. ท่านรู้สึกว่าจะไม่มีเวลาร่างที่จะไปตรวจตามแพทย์นัด

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

29. การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ท่านสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

30. ท่านรู้สึกว่าจะมีความลำบากในการเดินทางมารับการรักษา

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

31. ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

32. ท่านกลัวว่าจะถูกหมอตำหนิที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

33. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ท่านจึงเบื่อหน่ายต่อการมารับรักษาอย่างต่อเนื่อง

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

34. ท่านรู้สึกว่าจะโรคของท่านมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถรักษาได้

เห็นด้วย  ไม่แน่ใจ  ไม่เห็นด้วย

35. ท่านรู้สึกเบื่อกินยาเป็นประจำ

เห็นด้วย       ไม่แน่ใจ       ไม่เห็นด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคม

36. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่รู้สึกไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

37. ท่านไม่สามารถพึ่งพามิตรภาพบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อมีปัญหา

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

38. ท่านมีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

39. บุคคลในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อครอบครัว

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

40. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านมีบุคคลให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่รับผิดชอบ

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

41. ท่านมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการเงิน

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

42. ท่านมาตรวจทุกครั้งจะมีเพื่อนมาด้วยเสมอ

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

43. ถ้าท่านต้องการคำแนะนำจะมีผู้ให้คำแนะนำแก่ท่านได้

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

44. บุคคลรอบข้างสนใจหาข้อมูลที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วยของท่านมาแจ้งให้ท่านทราบเสมอ

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

45. ถ้าท่านเจ็บป่วยจะมีผู้ให้คำแนะนำแก่ท่านในการดูแลตนเอง

ได้รับความช่วยเหลือ       ไม่ได้รับความช่วยเหลือ



## 46. ความพึงพอใจต่อสถานบริการสาธารณสุข

พึงพอใจ เพราะ

- มีชื่อเสียง
- มีเครื่องมือเครื่องใช้ทันสมัย
- เจ้าหน้าที่ให้บริการดี มีอัธยาศัยดี
- มีบริการฟรี หรือค่ายาไม่แพง
- ใกล้บ้าน ใกล้เคียงสะดวก
- รวดเร็วดี ไม่ต้องคอยนาน
- เจ้าหน้าที่ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค และแนะนำดี
- อื่น ๆ ระบุ .....

ไม่พึงพอใจ เพราะ

- รักษาไม่ดี
- เครื่องมือไม่ทันสมัย
- เจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ดี พูดยาไม่สุภาพ
- ค่ายาแพง
- ใกล้บ้าน ใกล้เคียงไม่สะดวก
- เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยมีเวลาให้คำอธิบาย หรือแนะนำ
- รอคิว คอยนาน เสียเวลา ที่จุดไหน
- ห้องตรวจ       ห้องชันสูตร / เอ็กซเรย์
- ห้องยา             อื่น ๆ ระบุ .....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยและการมารับการรักษา

47. ท่านรับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วเป็นเวลา.....ปี
48. มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลด้านซ้าย  
ตั้งแต่เดือน .....พ.ศ.....  
ระดับความดันโลหิต (วันรับรักษา).....ทอรรี่  
ระดับความดันโลหิต (วันสัมภาษณ์).....ทอรรี่  
(วันเริ่มให้การรักษาครั้งแรก .....)
49. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน  
[ ] ไม่มีอาการ [ ] มีอาการ .....
50. ภาวะแทรกซ้อน .....
51. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน.....  
.....
52. หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงท่านเคยมีอาการผิดปกติหรือไม่  
[ ] ไม่เคยมีอาการ  
[ ] เคยมีอาการ ระบุ .....
53. หลังจากมีอาการในข้อ 51 แล้วท่านปฏิบัติตัวอย่างไร .....
54. สาเหตุที่ท่านไม่มารับการรักษาตามที่แพทย์นัด คือ .....





ภาคผนวก ข

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการ  
รักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

ปัจจัยที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
<b>อายุ (ปี)</b>					
กลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอ	38	57.0	11.5	1.91	0.06
กลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ	62	61.4	10.9		
<b>รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)</b>					
กลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอ	38	4,031.2	4,560.6	-0.51	0.62
กลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ	62	3,608.1	3,080.7		
<b>ระยะทางจากที่พักถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)</b>					
กลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอ	38	6.5	6.6	1.96	0.06
กลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ	62	9.6	8.2		
<b>ระยะเวลาที่ใช้เดินทาง (นาที)</b>					
กลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอ	38	17.5	12.0	1.51	0.13
กลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ	62	21.8	14.7		
<b>ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (บาท)</b>					
กลุ่มที่มารักษาสม่ำเสมอ	25	20.3	13.6	-0.77	0.45
กลุ่มที่มารักษาไม่สม่ำเสมอ	43	18.0	7.6		

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง  
จำนวนตามคุณลักษณะทางประชากร

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วย	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
<b>เพศ</b>					
ชาย	30	6.9	1.9	0.23	0.82
หญิง	70	6.8	1.5		
<b>การศึกษา</b>					
ไม่ได้รับการศึกษา	17	6.1	2.2	-1.49	0.15
ได้รับการศึกษา	83	6.9	1.5		
<b>อาชีพ</b>					
ไม่ประกอบอาชีพ	56	6.4	1.7	-2.59	0.01
ประกอบอาชีพ	44	7.3	1.4		
<b>สวัสดิการด้านรักษาพยาบาล</b>					
ไม่มี	8	7.6	1.3	1.48	0.14
มี	92	6.7	1.6		
<b>การเลือกใช้บริการแห่งอื่น</b>					
ไม่ไป	86	6.9	1.6	2.04	0.04
ไป	14	6.0	1.8		
<b>ความพึงพอใจต่อสถานบริการ</b>					
ไม่พึงพอใจ	25	6.0	2.1	-2.43	0.02
พึงพอใจ	75	7.1	1.4		



ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยที่มารับ  
การรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำนวนเป็นรายชื่อ

ข้อความ	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา	
	มาสม่ำเสมอ จำนวนที่ตอบถูก (%)	ไม่มาสม่ำเสมอ จำนวนที่ตอบถูก (%)
1. การที่จะรู้ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องไปให้หมอตรวจวัดความดันโลหิต	37 (97.4)	60 (96.8)
2. โรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือ ตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน	2 (5.3)	4 (6.5)
3. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาได้ โดยการซื้อยากินเอง	34 (89.5)	55 (88.7)
4. ถ้าไม่มีอาการปวดศีรษะก็ไม่จำเป็นต้อง ต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง	37 (97.4)	50 (80.6)
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมารับ การตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ	36 (94.7)	49 (79.0)
6. เมื่อได้รับการรักษาแล้วรู้สึกว่าอาการดีขึ้น ก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามแพทย์นัด	35 (92.1)	42 (67.7)
7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจได้	26 (68.4)	41 (66.1)
8. โรคไตวายไม่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง	11 (28.9)	8 (12.9)
9. การมีอารมณ์ระมึน จุกเสียดง่าย หรือมี ความเครียด จะทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้น	32 (84.2)	48 (77.4)
10. การงดอาหารที่มีรสเค็ม สามารถ ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง	33 (86.8)	41 (66.1)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเจตคติต่อการมารับการรักษาของ  
ผู้ป่วยที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำนวนเป็นรายชื่อ

ข้อความ	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา			
	มาสม่ำเสมอ		มาไม่สม่ำเสมอ	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. การมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นสิ่งจำเป็น อย่างยิ่ง	2.8	.55	2.5	.84
2. ท่านจะไปให้หมอตรวจก็ต่อเมื่อท่านมีอาการ ผิดปกติเท่านั้น	2.9	.45	2.3	.97
3. ท่านรู้สึกว่าจะไม่มีเวลาว่างที่จะไปตรวจตาม แพทย์นัด	3.0	.00	2.8	.60
4. การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ท่าน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	2.4	.94	2.4	.90
5. ท่านรู้สึกว่าจะมีความลำบากในการเดินทาง มารับการรักษา	2.7	.74	2.8	.60
6. ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	2.5	.89	2.6	.79
7. ท่านกลัวว่าจะถูกหมอตำหนิที่ไม่สามารถ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้	2.9	.45	2.7	.71
8. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ ท่านจึงเบื่อหน่าย ต่อการมารับรักษาอย่างต่อเนื่อง	2.4	.92	2.5	.86
9. ท่านรู้สึกว่าการโรคของท่านมีอาการรุนแรง จนไม่สามารถรักษาได้	1.9	1.0	2.0	1.0
10. ท่านรู้สึกเพื่อที่ต้องกินยาเป็นประจำ	2.2	.99	2.2	.98



ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยที่มารับการรักษามาเสมอและไม่เสมอมา จำนวนเป็นรายข้อ

ข้อความ	ผู้ป่วยที่มารับการรักษา	
	มาเสมอ ได้รับ (%)	ไม่เสมอมา ได้รับ (%)
1. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่รู้สึกไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้	38 (100.0)	61 (98.4)
2. ท่านไม่สามารถพึ่งพามบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อมีปัญหา	38 (100.0)	61 (98.4)
3. ท่านมีบุคคลที่คอยกระตุ้นเตือนให้ไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ	16 (42.1)	33 (53.2)
4. บุคคลในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญต่อครอบครัว	38 (100.0)	61 (98.4)
5. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านมีบุคคลให้ความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระหน้าที่รับผิดชอบ	37 (97.4)	60 (96.8)
6. ท่านมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการเงิน	35 (92.1)	57 (91.9)
7. ท่านมาตรวจทุกครั้งจะมีเพื่อนมาด้วยเสมอ	11 (28.9)	14 (22.6)
8. ถ้าท่านต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่านให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้	38 (100.0)	61 (98.4)
9. บุคคลรอบข้างสนใจหาข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการเจ็บป่วยของท่านมาแจ้งให้ท่านทราบเสมอ	16 (42.1)	20 (32.3)
10. ถ้าท่านเจ็บป่วยจะมีผู้ให้คำแนะนำแก่ท่านในการดูแลตนเอง	35 (92.1)	51 (82.3)