

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญาณีพนธ์  
ของ  
ภัทรารวรรณ เวียงแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา  
พฤษภาคม 2548  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

615.5011  
ธ378ป  
ร.3

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

20 ก.ค. 2548

บทคัดย่อ  
ของ  
ภัทรารวรรณ เวียงแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2548

ท 246926 ร.3

ภัทรารวรรณ เวียงแก้ว. (2548). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.  
คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ดึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ( Accidental sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ ร้อยละ 73 เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า

1. อายุและการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 45-59 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30 - 44 ปี เท่ากับ 2.89 และ 2.72 เท่า ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาปานกลาง มารับการรักษาสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคสูง เท่ากับ 1.87 เท่า

2. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระบบเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

FACTORS AFFECTING THE REGULARITY IN THE TREATMENT OF CHRONIC DISEASE  
OF PATIENTS ATTENDING THE HOSPITALS UNDER THE DEPARTMENT OF MEDICAL  
SERVICE, BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

AN ABSTRACT

BY

PHATTRARAWAN WIANGKAEW

Presented in partial fulfillment of the requirements  
for the Master of Science degree in Health Education  
at Srinakharinwirot University

May 2005

Phattrarawan Wiangkaew.(2005).*Factors affecting the regularity in the treatment of Chronic disease of patients attending the Hospital under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration.* Master thesis, M.S. (Health Education).Bangkok : Graduate School, Srinakarinwirot University.  
Advisor Committee : Assoc.Prof. Chutamat Tapchaisri , Assist.Prof. Venus Pattamapaspong.

The purpose of this research was to study the factors affecting the regularity in the treatment of Chronic diseases of patients attending the Hospitals under the Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration. The accidental sampling was used to select 365 patients. Seventy three percent of the samples were patients who received regular treatment of Chronic diseases from the hospitals. All of the data were collected by questionnaires. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, and odds ratio were used to analyse the data.

The results were as follows:

1. Age and perceived barrier of receiving the treatment of Chronic diseases correlated with the regularity in the treatment of the diseases at .05 level. The 45 – 59 years old patients and over 60 years old patients had regularity in the treatment more than 30 – 40 years old patients at 2.89 and 2.72 times, respectively.

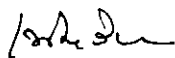
2. Sex ,marital status , level of education , occupation , family income , perceived susceptibility of Chronic diseases , perceived seriousness of Chronic diseases , attitude of treatment of Chronic diseases , mental health and social support had no correlation with regularity in the treatment of Chronic diseases.

ปริญญานิพนธ์  
เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

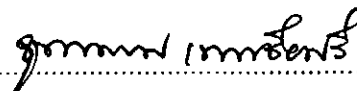
ของ  
นางสาว ภัทราวรรณ เวียงแก้ว


ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

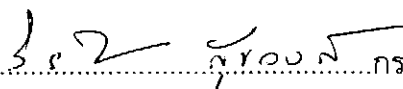



.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)  
วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่)

## ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากรองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และอาจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้สละเวลาอย่างมากในการให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลักษณ์ ยอดกลกิจ อาจารย์ นงลักษณ์ นฤวัตร และคุณ สุภาพร มิ่งมงคล ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และกรุณาให้คำแนะนำ พร้อมทั้งข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ อันมีค่ายิ่ง จนทำให้ปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาทุกท่าน ที่กรุณาอบรมสั่งสอนผู้วิจัย จนมีความรู้ ความสามารถ และนำมาใช้ในการทำปริญญานิพนธ์นี้ ขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโทสุศึกษา (วท.ม.) ภาคพิเศษ รุ่นที่ 1 ที่คอยให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณ พี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจักรุัตนิน และตึกพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ รวมทั้ง คุณ ธมลวรรณ ยอดกลกิจ ที่กรุณาช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ตลอดระยะเวลาในการปริญญานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอมอบคุณค่าและประโยชน์ของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นเครื่องบูชาพระคุณของคุณพ่อ คุณแม่ และพี่ชาย ที่ให้ความรัก ความเข้าใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และขอน้อมรำลึกถึงพระคุณ ครู อาจารย์ที่วางรากฐานการศึกษาให้ผู้วิจัยมีความรู้ ความสามารถ จนประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ภัทราวรรณ เวียงแก้ว

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	9
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง.....	12
ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	34
เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง.....	37
สุขภาพจิต.....	39
การสนับสนุนทางสังคม.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	43
งานวิจัยในประเทศ.....	44
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	48
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	48
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54

## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
สังเขปความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	73
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	75
อภิปรายผล.....	77
ข้อเสนอแนะ.....	84
บรรณานุกรม.....	85
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก.....	94
ภาคผนวก ข.....	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	118

## บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล.....	49
2 เกณฑ์การให้คะแนนระบบเศรษฐกิจของครอบครัว.....	53
3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	60
4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ.....	63
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม.....	65
6 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ.....	67
7 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม.....	68
8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความสม่ำเสมอในการรักษา..	69
9 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรักษา.....	71

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	10

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

ในสภาวะการณปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกๆด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทำให้พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น พฤติกรรมบริโภคและพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น จากพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา ( ญัฐ ภมรประวัติ และคณะ. 2541 : 234 ) จากสถิติสาธารณสุขพบว่า โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศ โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในอันดับ 4 แต่การเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นโรกระบบย่อยอาหารและโรกระบบกล้ามเนื้อ โครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม ซึ่งโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในอันดับ 7 ( สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2542 : 85 )

จากภาวะเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูงขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มุ่งแต่การทำมาหากิน เมื่อเจ็บป่วยถ้ามีอาการไม่มากนักก็จะไม่ใส่ใจ โดยมากจะปล่อยทิ้งไว้หรือซื้อยามารับประทานเอง จนกระทั่งไม่ดีขึ้นและไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้แล้ว จึงไปพบแพทย์เหตุผลต่างๆไป คือ กลัวเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลาทำงาน เป็นผลทำให้โรคบางโรคที่สามารถรักษาให้หายได้เนืองตันกลับกลายเป็นโรคที่เรื้อรังในที่สุด นอกจากนี้สภาวะแวดล้อมในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ที่ขึ้นยังมีความแออัดและมีมลพิษสูงเป็นสาเหตุทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้นด้วย

โรคเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ โรคเรื้อรังที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตความเครียด รวมทั้งธรรมชาติของโรคคือ ตั้งแต่ระยะเวลาในการดำเนินโรค ระยะเวลาแฝงตัวของโรคนานขึ้น ระยะก่อตัวของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และการเกิดโรคที่สลับซับซ้อน โดยขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นๆ อาศัยอยู่ ( พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2544 : 9) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีโรคอื่น อีกๆ เช่น โรคประสาท โรกระบบย่อยอาหาร โรกระบบขับถ่าย โรคไขข้อและปวดในข้อ เป็นต้น ( คณาจารย์กองวิทยาลัยพยาบาล.

2534 : 390) โรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนาน อาจเป็นเดือน ปี หรือตลอดชีวิตก็เป็นได้ ทั้งนี้การสิ้นสุดของการเจ็บป่วยหลังจากการรักษาจนสุขภาพอยู่ในระดับปกติแล้ว โรคอาจกำเริบได้อีก (จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. 2540 : 1) จากการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ได้แก่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อกวักดี โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร โดยทุกโรงพยาบาลเปิดให้บริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากสถิติปี พ.ศ. 2542 ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนทั้งสิ้น 1,801,826 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยด้านอายุรกรรมมากที่สุดจำนวน 408,148 คน รองลงมาคือผู้ป่วยด้านอุบัติเหตุและนิติเวชจำนวน 271,463 คน และจากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดมีผู้ป่วยที่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 105,191 คน เป็นผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมมากที่สุดจำนวน 32,719 คน รองลงมาคือผู้ป่วยด้านอายุรกรรมจำนวน 22,693 คน ( ฝ่ายแผนงานกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร .2542 : 59 ) แต่ในปี พ.ศ. 2543 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,941,031 ( ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงมีการแปรผันตามจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ) มีผู้ป่วยนอกทางด้านอายุรกรรมมากที่สุดจำนวน 484,495 คน รองลงมาคือ ผู้ป่วยด้านอุบัติเหตุและนิติเวชจำนวน 317,956 คน ผู้ป่วยนอกที่ต้องรับเป็นตัวเข้าเป็นผู้ป่วยในจำนวน 121,037 คน เป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรมมากที่สุดจำนวน 21,505 คน โดยเลื่อนมาเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุและนิติเวช ( ฝ่ายแผนงานกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2543 : 37 )

การจำแนกผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย ( รง. 504 ) ปี พ.ศ. 2542-2543 พบว่ามีผู้ป่วยนอกที่ป่วยตามสาเหตุต่าง ๆ เรียงจากมากไปน้อย ดังนี้คือ โรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ โรคติดเชื้อปรสิต โรคदारร่วมส่วนประกอบของตา โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะหลังคลอด ( สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร. 2544 : 60,37 )

การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยนอกมารับบริการที่โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พบว่า เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะสามารถเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่นป่วยเป็น

หลายโรค ฐานะเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การศึกษา การเชื่อถือโซกลาง อายุและความสนใจ (คณาจารย์กองงานวิทยาลัยพยาบาล. 2534 : 390-391) โดยมากผู้ป่วยที่มีปัจจัยรวมกันมากกว่า 2 อย่างขึ้นไป มักจะต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหรือจากพยาธิสภาพของโรคกำเริบขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลและรัฐบาลก็สูญเสียค่าใช้จ่ายด้วย ในกรณีผู้ป่วยมีรายได้น้อยหรือใช้สิทธิต่างๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ผู้ป่วยและโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานกว่าที่จะควบคุมอาการให้อยู่ในระดับปกติ จากรายงานการให้บริการการรักษาพยาบาล โดยไม่เก็บค่าบริการของโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครปีงบประมาณ 2543 พบว่า ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเป็นเงินทั้งสิ้น 75,163,371.25 บาท ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเป็นจำนวนเงิน 112,083,924.25 บาท นอกจากนี้ สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ( สปร. ) จำแนกเป็นเงินที่สงเคราะห์ผู้ป่วยจำนวน 205,777,087.50 บาท เงินอุดหนุนจากรัฐบาลจำนวน 64,027,216.59 บาท และส่วนที่โรงพยาบาลต้องจ่ายเองจำนวน 141,749,870.91 บาท ( ฝ่ายแผนงาน กองวิชาการ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2544 : 20-21) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องนอนรักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันหรือโรคที่กำลังระบาดในขณะนั้นเพิ่มได้ เนื่องจากจำนวนเตียงที่มีจำกัด

การมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่มีผู้ป่วยควรปฏิบัติและคำนึงถึงเป็นข้อแรก เพื่อลดการดำเนินโรคที่รุนแรงให้ช้าลง เพราะการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งจะมีการเจาะเลือดตรวจการตรวจร่างกายและการพูดคุยปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน รวมถึงการปรับขนาดของยาที่รับประทานอยู่ให้ตรงกับอาการของโรคที่แสดงในปัจจุบัน โดยการจ่ายยาแพทย์จะสั่งให้พอดีกับการนัดตรวจครั้งต่อไป ถ้าผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องเป็นผลให้โรคนั้นๆ มีความรุนแรงมากขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำได้ บางคนอาจทุพพลภาพจากพยาธิสภาพของโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยในที่ต้องเข้ารับรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการที่รุนแรงของโรคนั้นๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง อาการช็อกจากภาวะความดันโลหิตสูง หรืออาการเหนื่อยจากโรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งการมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้งผู้ป่วยมักมีอุปสรรคต่างๆ เช่น ไม่มีญาติพามา การเดินทางไม่สะดวกต้องลางาน ( แผนกผู้ป่วยนอกเปิดบริการเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น )

ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ให้เห็นถึงความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และความจำเป็นในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างปกติสุขมากที่สุด

### ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปเป็นแนวทางให้สุขศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายให้ทราบถึงความสำคัญการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
2. ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,114 คน ซึ่งมารับบริการเดือนมกราคม พ.ศ. 2544

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน

### ตัวแปรที่จะศึกษา

#### ตัวแปรอิสระ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย
  - 1.1 เพศ
  - 1.2 อายุ
  - 1.3 สถานภาพสมรส
  - 1.4 ระดับการศึกษา
  - 1.5 อาชีพ

2. ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
  - 2.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค
  - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา
  - 2.4 การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา
3. ปัจจัยจิตลักษณะ
  - 3.1 เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง
  - 3.2 สุขภาพจิต
4. ปัจจัยทางสังคม
  - 4.1 ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว
  - 4.2 การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความสม่ำเสมอในการรักษา โดยจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

#### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความสม่ำเสมอในการรักษา
 

หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัดทุกครั้งด้วยตนเอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

  - 1.1 มารับการรักษาสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับการรักษาตรงตามช่วงเวลาแพทย์นัดทุกครั้ง
  - 1.2 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขาดการมารับการรักษาตามแพทย์นัดหรือเลื่อนนัดเป็นระยะเวลาจนถึง 1 รอบของการนัดครั้งต่อไป ทั้งนี้รวมถึงการให้ผู้อื่นไปรับยาแทนหรือซื้อยารับประทานเอง
2. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ตัวแปรเกี่ยวกับลักษณะของแต่ละบุคคล ได้แก่
  - 2.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
    - 2.1.1 เพศชาย
    - 2.1.2 เพศหญิง
  - 2.2 อายุ
 

หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถ้าเกิน 6 เดือน ให้นับเป็นปีเต็ม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

2.2.1 30 - 44 ปี

2.2.2 45 - 59 ปี

2.2.3 60 ปีขึ้นไป

### 2.3 อาชีพ

หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2535 : 2)

2.3.1 ค้าขาย หมายถึง การทำการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่ แผงลอย

2.3.2 รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง การทำงานในหน่วยงานของรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ

2.3.3 รับจ้าง หมายถึง การรับจ้างรายวัน รายเดือนหรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

2.3.4 เกษตรกรรม หมายถึง การทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

2.3.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

### 2.4 ระดับการศึกษา

หมายถึง วุฒิการศึกษาชั้นสูงของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

2.4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

2.4.2 ประถมศึกษา

2.4.3 มัธยมศึกษา

2.4.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

2.4.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

### 2.5 สถานภาพสมรส

หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามี / ภรรยา แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

2.5.1 โสด หมายถึง การไม่เคยมีสามี / ภรรยา

2.5.2 คู่ หมายถึง การมีสามี / ภรรยา อยู่ด้วยกัน

2.5.3 ม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ หมายถึง การมีสามี / ภรรยา อยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันสามี / ภรรยาเสียชีวิต / เลิกกัน / แยกกันอยู่

### 3. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

หมายถึง ตัวแปรทางด้านความเชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้ว่าตนเองมี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อจาก ประสบการณ์เดิม เกี่ยวกับผลของโรคเรื้อรังที่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ถ้ามีการรักษาไม่ต่อเนื่อง

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับการรักษา หมายถึง การประเมินถึงผล ประโยชน์หรือผลดีของการมารับการรักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทาน ยาอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้

3.4 การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา หมายถึง การประเมินถึงผลเสีย หรืออุปสรรคต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมารับการรักษา ได้แก่ ความไม่สะดวกในการเดินทาง การเสียเวลา ความซับซ้อนในการรักษา

#### 4. ปัจจัยจิตลักษณะ

หมายถึง ตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.1 เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง ความพร้อมที่จะปฏิบัติของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะรับรู้ประโยชน์หรือโทษของ การมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ และพร้อมที่จะมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอ

4.2 สุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม มีจิตใจมั่นคง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นๆ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ตามเป็นความเป็นจริง ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามสุขภาพจิต จี เอช คิว 30 (GHQ 30)

#### 5. ปัจจัยทางสังคม

หมายถึง ตัวแปรที่เกี่ยวกับลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

5.1 ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้ทั้งหมดของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

5.1.1 รายได้ต่อเดือน หมายถึง ปริมาณเงินที่ได้ในแต่ละเดือน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

5.1.1.1 น้อยกว่า 4,001 บาทต่อเดือน

5.1.1.2 4,001 - 7,000 บาทต่อเดือน

5.1.1.3 มากกว่า 7,000 บาทต่อเดือน

5.1.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว หมายถึง จำนวนคนทั้งหมดที่เป็นครอบครัวเดียวกัน

5.1.2.1 จำนวน 2-3 คน

5.1.2.2 จำนวน 4-5 คน

5.1.2.3 จำนวน 6-8 คน

5.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและการ  
 ปรึกษาประคองจากครอบครัวและสังคม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

5.2.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับความรัก  
 ความเห็นอกเห็นใจ และการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

5.2.2 การสนับสนุนทางด้านการประเมินพฤติกรรม หมายถึง ผู้ป่วยโรค  
 เรื้อรังได้รับข้อมูลย้อนกลับในการรักษาด้วยคำพูด การรับรอง

5.2.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับข้อมูล  
 ชัดเจน คำปรึกษา แนวทางในการปฏิบัติ ที่สามารถนำไปใช้กับการป้องกันและแก้ไขความ  
 เจ็บป่วยได้

5.2.4 การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
 ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นในด้านสิ่งของ เงิน และแรงงาน

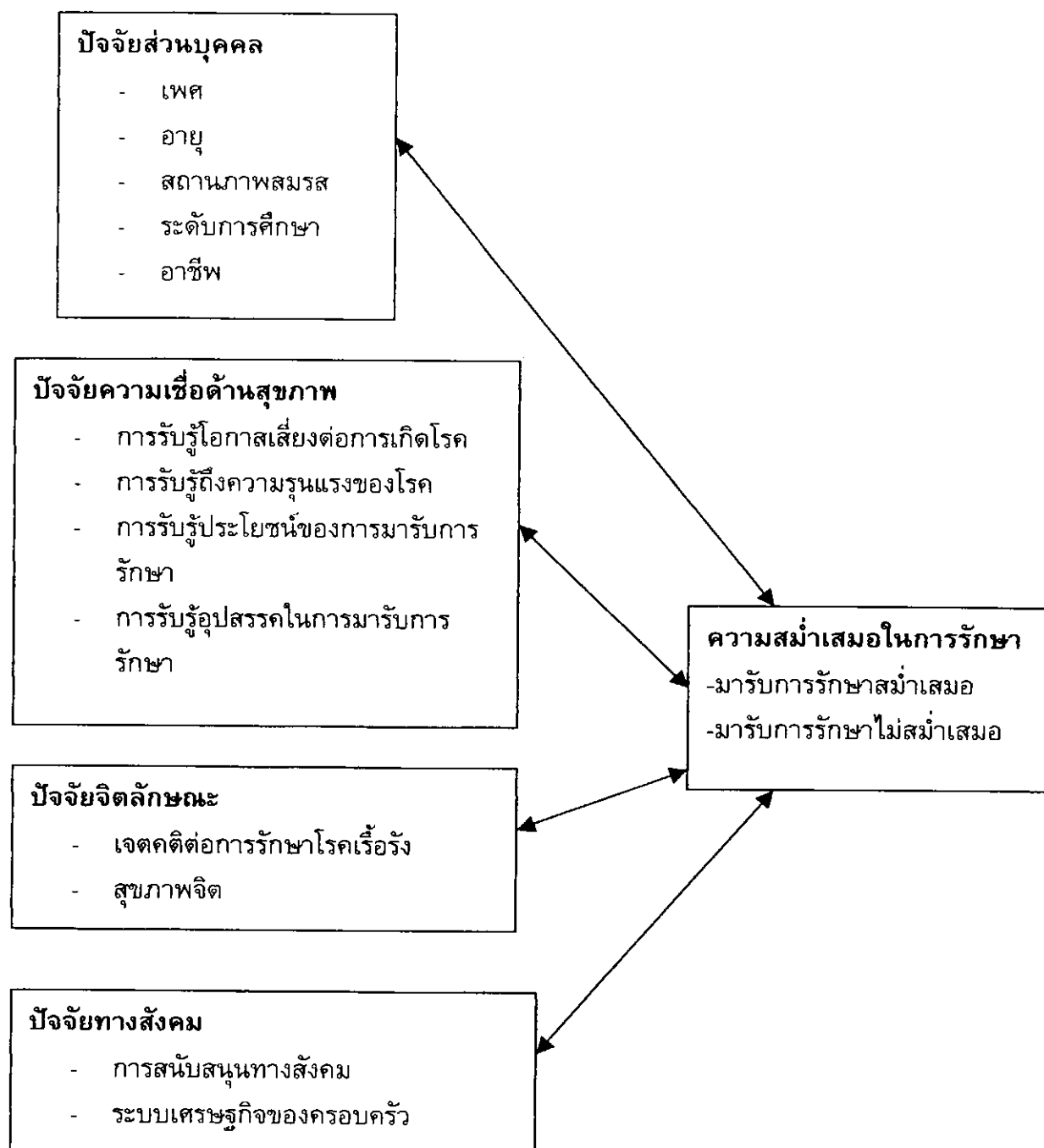
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่ป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใด  
 โรคหนึ่ง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ โรค  
 ตับแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไตวายเรื้อรัง  
 และต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

7. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ที่มาตรวจรักษาหรือมารับบริการโดยไม่ได้เข้าพักรักษา  
 ตัวอยู่ในโรงพยาบาล

8. โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานพยาบาลที่ขึ้นกับสำนักงาน  
 แพทย์กรุงเทพมหานคร ที่สามารถรับผู้ป่วยได้ 300 เตียงขึ้นไป มี 4 แห่งคือ วิทยาลัยแพทย  
 ศาสตราจารย์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และ  
 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

### กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมด้วย ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆ ปี คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม ซึ่งคาดว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังปรากฏในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้

### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
2. อายุของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
3. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
4. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
5. อาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
6. ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
8. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
9. การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
10. การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
11. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
12. สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
  - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
  - 1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 1.3 เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง
  - 1.4 สุขภาพจิต
  - 1.5 การสนับสนุนทางสังคม
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
  - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
  - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

#### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

##### **ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (Chronic disease)**

มีผู้ให้ความหมายของโรคเรื้อรัง ดังต่อไปนี้

ฮอบส์ (Hobbs. 1984 : 206) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เข้าไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่า 3 เดือน ภายใน 1 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 1 เดือนภายใน 1 ปี

ฟิปปี้และคณะ (Phipps et al. 1985) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากโรคซึ่งก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงที่ไม่แน่นอน ต้องใช้เวลานานและมักมีการฟื้นคืนสภาพได้เป็นบางส่วน

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540 : 18) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างถาวร มีความพิการเหลืออยู่หรือไม่สามารถกลับได้ดั้งเดิม หรือไม่รักษาให้หายขาดได้ จึงมีความต้องการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ ไม่

สามารถพยากรณ์ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวและมีความจำกัดในด้านต่าง ๆ

วิชิตา วารุณประภา (2540 : 14) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นภาวะโรคที่มีการเบี่ยงเบนการทำงานของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาเจ็บป่วยต้องนาน ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน หรือการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลงมีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงเป็นช่วง ๆ เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน เป็น ๆ หาย ๆ พยากรณ์โรคไม่ชัดเจน โรคอาจรุนแรงขึ้นถึงขั้นเสียชีวิต หรือผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ

วิภารัตน์ แสงสุวรรณ (2541 : 20) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะสุขภาพที่ ร่างกายมีความบกพร่อง หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยวิธีต่าง ๆ ในระยะเวลาอันสั้นได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยต้องนาน ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน หรือการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวร หรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลงมีการกลับเป็นซ้ำ (Remission) หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงมากขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) ซึ่งต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือและการดูแลระยะยาว อาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย

สุดใจ สมิทธิการ (2541 : 11) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเป็นอาการที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาอันสั้น ระยะเวลาเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นมากกว่า 1 เดือน หรือภายใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน การพยากรณ์โรคแตกต่างกัน ตั้งแต่มีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติ หรืออาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว และการเจ็บป่วยนี้ยากที่จะรักษาให้หายได้ จึงมีความต้องการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง ภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายให้เสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ ไม่สามารถกลับคืนและรักษาให้หายได้ การเกิดโรคอาจเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือรวดเร็ว โดยระยะเวลาเจ็บป่วยต้องนานและต่อเนื่อง มากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ อาการมีทั้งกำเริบรุนแรงและสงบ จึงทำให้ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการความดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลานาน จนอาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย

### ชนิดของโรคเรื้อรัง

ฟิปปและคณะ (Phipps et al.1985) ได้กำหนดโรคเรื้อรังไว้ดังนี้ โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ วัณโรค โรคหลอดลมอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง ไชน์สอักเสบ โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัมพาต และโรคหลอดเลือดอื่น ๆ ริดสีดวงทวาร โรคถุงน้ำดีหรือโรคตับ โรคเบาหวาน โรคต่อมธัยรอยด์ โรคลมชักหรือชัก โรคไขสันหลัง โรคมะเร็ง โรคผิวหนังเรื้อรัง และโรคไส้เลื่อน

การศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึง โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โรค ได้แก่ (ฝ่ายแผนงานกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2544 : 60)

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. โรคหอบหืด
3. โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้
4. โรคตับแข็ง
5. โรคหัวใจและหลอดเลือด
6. โรคความดันโลหิตสูง
7. โรคเบาหวาน
8. โรคไตวายเรื้อรัง

โดยจะกล่าวรายละเอียดแต่ละโรคดังต่อไปนี้

#### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) หมายถึง โรคซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ทางเดินลมหายใจมีการอุดกั้นถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในหลอดลมหรือปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลงการดำเนินโรคจะค่อย ๆ เพลวลงโดยไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ความจุของปอดจะเพิ่มขึ้นและอัตราการไหลของอากาศขณะหายใจออกจะช้าลงและลำบากกว่าหายใจเข้า (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 560)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญ โรคนี้มักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 8-10 เท่า เนื่องจากผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง และเมื่อผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง และจะต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจตามมา (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 245)

### สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่แท้จริงยังไม่ทราบ แต่เชื่อว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่คิดว่าน่าจะทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือทำให้ภาวะของปอดอุดกั้นเรื้อรังเลวลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ มีการติดเชื้อของปอดและทางเดินหายใจเรื้อรัง อากาศเป็นพิษ แฝ่สารต่าง ๆ องค์ประกอบทางพันธุกรรม ปอดเสื่อมลงตามอายุขัย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอด และปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือการสูบบุหรี่

### อาการ

อาการเริ่มแรกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และเลวลงเรื่อย ๆ อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ หอบเหนื่อย (Dyspnea) โดยเฉพาะเวลาต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพัก ๆ และเพลีย (Fatigue) หลังออกแรง อาการเหล่านี้อาจเริ่มเพียงหอบเหนื่อยเล็กน้อย ไอในตอนเช้า ๆ ไม่มาก รู้สึกเพลียเมื่อขึ้นบันได และเนื่องจากอาการไม่ปรากฏชัด ผู้ป่วยจึงมักจะไม่ได้สนใจและไม่ได้ไปพบแพทย์จนกระทั่งอาการเป็นมาก และผู้ป่วยเกิดปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาวะที่เรื้อรังและอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายกับ ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นรุนแรง ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบาก และต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจออก (Force exhalation) ซึ่งสังเกตเห็นได้ชัดในผู้ป่วยที่ถุงลมพอง (Emphysema) และหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ฟังปอดจะได้ยินเสียงวี๊ด ๆ (Wheezing sound) ขณะจับหืด น้ำหนักตัวลดและผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การตรวจสมรรถภาพของปอดจะพบอัตราการหายใจออกต้องใช้เวลานานขึ้น ซึ่งถ้ายิ่งเป็นมากขึ้นจะทำให้เกิดหอบเหนื่อย เลือดขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์ค้าง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 247)

พยาธิสภาพ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 563)

เมื่อหลอดลมเกิดการระคายเคืองผู้ป่วยจะไอ การหลั่งน้ำมูกมากขึ้นทำให้มีเสมหะมากขึ้น เซลล์อักเสบที่อยู่ในท่อของหลอดลมทำให้เสมหะเหนียวและมีสีเหลืองหรือเขียว การระคายเคืองอย่างเรื้อรังทำให้ระบบการป้องกันการติดเชื้อในหลอดลมเสื่อมลง เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

ผนังของหลอดลมที่บวม และเสมหะในหลอดลมร่วมกับต่อมไธม์ที่โตขึ้น ทำให้ท่อของหลอดลมเล็กลง การหายใจจึงต้องใช้แรงมากกว่าเดิม ผนังของหลอดลมที่ถูกทำลายไปจะอ่อนแอทำให้หลอดลมตีบ

ปอดที่พองจะมีความยืดหยุ่นลดลง มีอากาศค้างอยู่มากจึงไปกดหลอดลมให้แคบลง การระบายอากาศในปอดไม่ทั่วถึง ทำให้ออกซิเจนในหลอดโลหิตแดงต่ำเกิดหัวใจข้างซ้ายวายเมื่อขาดออกซิเจนและไตจะปล่อยอิริโทรโพอิติน ( Erythropoietin ) ไปกระตุ้นไขกระดูกให้สร้าง

เม็ดโลหิตแดงเพิ่มขึ้นทำให้เม็ดโลหิตแดงมีจำนวนมากขึ้นโลหิตมีความหนืดสูงขึ้น ผลจากการระบายอากาศในปอดไม่ทั่วถึงอีกประการหนึ่งคือ คาร์บอนไดออกไซด์คั่งในโลหิต ทำให้โลหิตเป็นกรดเป็นผลทำให้หลอดเลือดในปอดหดตัว ความดันไปปอดสูงเกิดหัวใจข้างขวาวาย (Corpulmonale)

#### ภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบได้บ่อยคือ คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Carbondioxide narcosis) การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน สภาพของร่างกายเป็นต่างจากเมตาบอริสม (Metabolic alkalosis) ไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรดของร่างกายที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ มีการตีตัวของทางเดินหายใจบ่อย หัวใจล้มเหลว (Corpulmonale) ถุงลมแตกเข้าช่องปอด เนื่องจากปอดมีพยาธิสภาพ (Spontaneous pneumothorax) เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 252)

#### การรักษา

1. ขยายหลอดลม เพื่อให้ขับเสมหะออกได้สะดวกยิ่งขึ้น และช่วยให้หลอดลมสะอาดโดยการจัดท่าระบายเสมหะ ให้ยาขยายหลอดลม ยาที่ทำให้เสมหะอ่อนตัวและยาพวกคอร์ติโคสเตอรอยด์ เป็นต้น

2. ช่วยระบายอากาศหายใจและการหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความดันบวกเป็นระยะ ๆ และให้ออกซิเจนต่ำๆ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเอาออกซิเจนเข้าไปได้มากขึ้นโดยออกแรงเท่าเดิม การให้ออกซิเจนมี 2 แบบคือ การให้ระยะสั้น ๆ เมื่อมีอาการแทรกซ้อนและการให้ระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพของชีวิตดีขึ้นและมีชีวิตยาวขึ้น

3. หลีกเสี่ยงและบรรเทาอาการระคายเคืองของทางเดินหายใจ โดยแนะนำให้งดสูบบุหรี่ หลีกเสี่ยงอากาศเย็นมาก ๆ เพราะอากาศเย็นมาก ๆ ทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเสี่ยงอากาศที่สกปรก สารเคมี ฝุ่นละอองต่าง ๆ

4. การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ การติดเชื้อทำให้ปอดถูกทำลายมากขึ้น และมีเสมหะมากขึ้น ระบายอากาศหายใจถูกจำกัด ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ควรให้ยาปฏิชีวนะตามชนิดของเชื้อ และให้หลีกเสี่ยงจากผู้ติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน

5. การรักษาอาการแทรกซ้อนเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งทำให้สมรรถภาพของปอดเสื่อมลงหรือทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น หรือสองอย่างร่วมกันผู้ป่วยจะมีอาการมากขึ้น

5.1 การติดเชื้อที่ระบบหายใจ การรักษาทั่วไปจะให้ยาลดไข้ ให้พัก ให้ออกซิเจนและช่วยกำจัดเสมหะ

5.2 ไอ และมีเสมหะในหลอดลมมากขึ้น การรักษาหลีกเสี่ยงสถานที่ ที่มีมล

ภาวะทางอากาศสูง ช่วยกำจัดเสมหะ และให้ออกซิเจน

5.3 หัวใจวาย การรักษาให้ออกซิเจนเพื่อลดความดันในปอด

5.4 ภาวะมีลมในโพรงเยื่อหุ้มปอด การรักษาโดยการใส่ท่อเข้าโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อระบายอากาศออกในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากไม่สามารถถ่ายภาพรังสีทรวงอกได้

5.5 ภาวะทางอารมณ์ การรักษาโดยทดสอบความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย เพื่อดูว่าสามารถทำได้มากน้อยเพียงใด กำหนดลักษณะของงานและลักษณะการทำงานที่พอเหมาะกับสมรรถภาพของระบบการหายใจที่เหลืออยู่

## โรคหอบหืด

โรคหอบหืด (Bronchial asthma) หมายถึง โรคที่มีการตีบแคบของหลอดลมขนาดเล็กในปอดโดยทั่วไปเป็นครั้งคราว อาการหอบหืดจะเกิดขึ้นเร็ว และกลับดีในระยะเวลาอันสั้น บางครั้งอาจหายไปเป็นเดือน หรือปีก็ได้ และอาการหอบหืดมักสัมพันธ์กับการแพ้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 578)

สาเหตุ

แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1. สาเหตุภายนอก (Extrinsic asthma) เกิดจากการแพ้สารภายนอกต่าง ๆ มักเริ่มตั้งแต่วัยเด็กและครอบครัวมีประวัติการแพ้ต่าง ๆ หรือมีคนในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีประวัติการแพ้โดยการแสดงอาการด้านอื่นมาก่อน เช่น ผื่น ลมพิษ เป็นต้น สิ่งกระตุ้นให้เกิดการแพ้มีหลายชนิด และเข้าสู่ร่างกายได้หลายวิธี ได้แก่ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 578)

1.1 โดยการสูดดม หรือการหายใจเข้า ได้แก่ ฝุ่นละอองในบ้าน ละอองเกสรดอกไม้ หญ้าบางชนิด ยาบางชนิด ขนสัตว์ แป้งทาหน้า ความเย็น และความชื้น เป็นต้น

1.2 โดยการรับประทาน ได้แก่ อาหารบางประเภท เช่น ไข่ นม เนื้อวัว ถั่วต่าง ๆ อาหารทะเลบางชนิด ยาบางชนิด ซึ่งทำให้เกิดการแพ้ได้ทั้งโดยการรับประทานและฉีด

2. สาเหตุภายใน (Intrinsic asthma) ผู้ป่วยโรคหืดที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการแพ้ อาจจะได้เกิดได้จากสาเหตุนำหลายอย่าง คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2527 : 169)

2.1 การติดเชื้ของทางเดินหายใจซึ่งทำให้มีการระคายเคืองของหลอดลม และทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว

2.2 การออกกำลังกาย การเกิดโรคจากสาเหตุนี้คิดว่าเนื่องจากองค์ประกอบหลายอย่าง คือ การมีคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดน้อย (Hypocapnia) การมีกรดแลคติก

ผสมอยู่มาก หรือการปล่อยสาร Mediators เนื่องจากการสัมผัสเยื่อของปอดอย่างมาก ระหว่างการออกกำลังกาย

2.3 การสูบบุหรี่ อากาศเย็น อากาศเป็นพิษ ทำให้เกิดหลอดลมหดเกร็งตัวและระคายเคืองต่อท่อทางเดินหายใจอย่างมาก

2.4 การมีออกซิเจนในกระแสเลือดน้อย หรือมีคาร์บอนไดออกไซด์มากทำให้เกิดหลอดลมหดเกร็งตัว จากปฏิกิริยาการโต้ตอบของ Carotid bodies

2.5 การใช้ยามากเกินไป เช่น ยาระงับประสาท ยาแก้ปวด ซึ่งทำให้การหายใจเบาตื้น ทำให้หลอดลมหดเกร็งตัว

2.6 อารมณ์ตึงเครียด อาจจะทำให้เกิดได้ ความกลัว โกรธ หรือตื่นเต้น ทำให้เกิดหายใจเร็ว และคาร์บอนไดออกไซด์ลดน้อยลง พวกซีมีเคร้า สับสน มักจะทำให้หายใจเบาตื้น การกระตุ้นทางอารมณ์ผ่านประสาทพาราซิมพาเทติกวากัส ทำให้หลอดลมหดเกร็งตัวได้

#### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการอย่างใดในระยะปลอดอาการ การวินิจฉัยโรคในระยะนี้อาจจะต้องอาศัยประวัติ อาการของโรคจะมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ถ้ามีการอุดกั้นในหลอดลมไม่มาก ผู้ป่วยอาจจะมีอาการแน่นหน้าอกหรือไอเล็กน้อย เมื่อมีการอุดกั้นแรงมากขึ้น ผู้ป่วยมักจะไอถี่ มีเสมหะและหอบทันที ในรายที่มีการอุดกั้นทางลมหายใจอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจหอบและมีเสียงวี๊ด ( Wheezing ) ตลอดเวลาขณะหอบเฉียบพลันผู้ป่วยมักจะนั่งหอบหรือฟูพหน้ากับหมอน และต้องใช้กล้ามเนื้อเสริมการหายใจเข้าช่วยในการหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นทันทีเมื่อไอเอาเสมหะออกซึ่งมีลักษณะเป็นมูกเหนียวออกมาได้ (ในรายที่มีการอักเสบติดเชื้อร่วมด้วยเสมหะมักข้นเหลืองเขียว) อาการหายใจหอบและมีเสียงวี๊ด (Wheezing) จะหายไปทันทีเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (ประพาท ยงใจยุทธ. 2532 : 207)

#### พยาธิสภาพ

สาเหตุต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดลมตีบแคบลง ซึ่งเป็นผลมาจาก (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. 2541 : 582)

1. กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดตัว (Bronchospasm)
2. ต่อมที่ผนังหลอดลมขับมูกมามาก (Hypersecretion) และมีลักษณะเหนียวติดแน่นกับผนังหลอดลม

3. ผนังหลอดลมบวมและมีภาวะโลหิตตั้ง (Mucous membrane edema) การเปลี่ยนแปลงสามประการข้างต้น ทำให้ความต้านทานในหลอดลมสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ผิดไปจากปกติทำให้มีภาวะต่าง ๆ ตามมาได้แก่

1. สมรรถภาพในการทำงานของปอดลดลง ได้แก่ จำนวนของอากาศที่หายใจออกอย่างเต็มที่ภายหลังที่หายใจเข้าออกอย่างเต็มที่ และปริมาณอากาศหายใจออกเต็มที่หลังหายใจเข้าปกติจะลดลง

2. ปริมาณอากาศที่ค้างอยู่ในปอดหลังหายใจออกเต็มที่สูงขึ้น

3. ออกซิเจนในโลหิตแดงต่ำลง ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น

ความผิดปกติดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการอุดกั้นของหลอดลมมาก ๆ หรือเป็นโรคอยู่นาน ๆ ส่วนระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์จะดีขึ้น เมื่อได้รับการรักษา

ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการหอบหืดอย่างรุนแรง และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมตามปกติ บางรายอาการรุนแรงติดต่อกันหลาย ๆ ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการระบายอากาศที่ในถุงลมต่ำลง มีผลให้ความดันบางส่วนของออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลง ความดันส่วนของคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้น โลหิตเป็นกรดและเกิดภาวะการหายใจวายได้ เป็นอาการหอบหืดรุนแรง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด

1. ความผิดปกติของทรวงอก (Thoracic deformity) โรคหืดที่เกิดในวัยเด็กอาจทำให้กระดูกหน้าอก (Sternum) ถูกดึงเข้าไปด้านใน หรือมีรอย Harrison's sulcus เกิดขึ้น นอกจากนี้อาจจะมีความผิดปกติของทรวงอกแบบอกไก่หรืออกถังเบียร์

2. ความผิดปกติของการเจริญเติบโต ผู้ป่วยอาจมีการเติบโตช้ากว่าปกติเนื่องจากโรคหืด หรือจากการที่ได้รับคอร์ติโคสเตอโรยด์ (Corticosteroid) เป็นเวลานาน

3. มีลมในเนื้อเยื่อปอด (Spontaneous pneumothorax) และมีลมในเยื่อหุ้มปอดที่กั้นอยู่กลางช่องอก (Pneumomediastinum) ตามปกติพบได้ไม่บ่อยนัก การวินิจฉัยต้องอาศัยภาพรังสีทรวงอก เพราะอาการของโรคแยกจากอาการของโรคหืดได้ยากมาก

4. การติดเชื้อในทางหายใจส่วนล่าง พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กและอาจเป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการโรคหืดกำเริบ เชื้อที่เป็นต้นเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ แบคทีเรียไวรัส Mycoplasma และเชื้อรา *Aspergillus fumigatus* มักทำให้เกิดปอดอักเสบร่วมกับมีจำนวนอีโอซิโนฟิล (Eosinophil) ในเลือดสูง และมีอาการหอบหืดเนื่องจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อรา

5. ปอดแฟบ (Atelectasis) เสมหะที่มากและเหนียวอาจอุดหลอดลมทำให้ปอดส่วนนั้นแฟบ การแฟบอาจเกิดเป็นหย่อมเล็ก ๆ หรือทำให้เห็นเป็นแผ่น ในภาพรังสีทรวงอกหาก

มีปอดแฟบเป็นบริเวณใหญ่จะทำให้อากาศเข้าออกไม่ได้ การแลกเปลี่ยนก๊าซในบริเวณนั้นก็ จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะเลือดได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (Hypoxemia) อย่างรุนแรง การรักษาโดยยาขับเสมหะ หรือทำการส่องกล้องทางหลอดลม (Bronchoscopy) ปฏิบัติยาต่อยา และสารเคมี ผู้ป่วยโรคหืดมักมีอุบัติการณ์ของปฏิกิริยาต่อยาและสารเคมีสูงกว่าคนปกติ ยาที่ แพทย์ได้แก่ Aspirin, Aminopyrine, Indomethacin นอกจากนี้มีผู้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหืด อาจแพ้สีผสมอาหาร (Tartrazine) ซึ่งเป็นสีที่ใช้ทำลูกกวาด ยา และเครื่องดื่มได้สูง ร้อยละ 25 การรักษา

ในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยโรคหืดนอกจากรักษาและควบคุมอุบัติการณ์ของการหดเกร็งของหลอดลมได้ลดลงแล้ว ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลด Bronchial hyper-reactivity และทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดเกี่ยวกับการหายใจของผู้ป่วยกลับคืนเป็นปกติได้มากที่สุด รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับคนปกติด้วย โดยมีหลักการรักษาดังต่อไปนี้ (ประภาพร ยงใจยุทธ. 2532 : 215-216)

1. หลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดภาวะภูมิแพ้ การหลีกเลี่ยงหรือขจัดสิ่ง ที่ผู้ป่วยแพ้ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แต่ในทางปฏิบัติมักจะทำได้ยาก สิ่ง หลีกเลี่ยงได้ง่าย ได้แก่ ฝุ่นที่ขยี้ดหมอน หรือที่นอน Animal danders สิ่ง หลีกเลี่ยงได้ยาก ได้แก่ ฝุ่น ละอองบ้าน เกสรดอกไม้ เชื้อรา และไรบ้าน (Mites) เป็นต้น

2. การใช้ยารักษา ยาขยายหลอดลมเป็นยาที่มีความสำคัญในการรักษาโรคหืด นอกจากใช้รักษาอาการหอบหืดแล้ว ยังใช้ในการป้องกันการหอบหืดได้อีกด้วย ยาที่ให้ Bronchial hyper-reactivity ลดลงได้แก่ Sodium cromoglycate, Ketotifen และ Corticosteroid

### โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้

โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Peptic ulcer) หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นในเยื่อ ผนังทางเดินอาหารเฉพาะส่วนที่สัมผัสกับน้ำย่อยที่มีกรดจากกระเพาะอาหาร ซึ่งได้แก่ หลอดอาหารช่วงล่าง (Lower esophagus) กระเพาะอาหาร (Stomach) ลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum and Jejunum) แบ่งแผลออกเป็น 2 ชนิด คือ (ศศิประภา บุญญพิสิฐ 2539 : 44)

1. แผลชนิดเฉียบพลัน (Acute ulcer) เป็นแผลตื้นไม่ลึกกว่าชั้นหนังกำพร้า (Muscularis mucosa) มักพบหลายแผล โดยทั่วไปจะเป็นอยู่ไม่เกิน 6 สัปดาห์

2. แผลชนิดเรื้อรัง (Chronic ulcer) แผลจะกินลึกถึง Muscularis mucosa ลักษณะเป็นแผลเรื้อรังมีขอบนูน เมื่อแผลหายจะคงมีลักษณะแผลเป็น (Scar) เหลืออยู่ โดยแบ่งตามตำแหน่ง ดังนี้

2.1 แผลกระเพาะอาหาร (Gastric Ulcer : GU) พบบ่อยบริเวณ Lesser curvature ตรงส่วนต่อระหว่าง Antrum กับ Body ที่ Incisura angularis

2.2 แผลดูโอดินัม (Duodenum Ulcer : DU) ส่วนใหญ่จะเกิดที่ดูโอดินัม ส่วนที่หนึ่ง (First part) ห่างจาก Pyloric ring 1-2 cm. ทั้งผนังด้านหน้าและด้านหลัง Lesser curvature

#### สาเหตุ

การเกิดแผลเรื้อรังยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามีปัจจัยหลาย ๆ ประการและกลไกของพยาธิกำเนิดจะซับซ้อน แต่เมื่อนำมาพิจารณาแล้วจะได้ผลลัพธ์ว่าเป็นการเสียสมดุลย์ระหว่างภาวะที่ทำให้เกิดการหลังกรดสูง (Aggressive factor)

#### อาการ

ปวดท้องแบบปวดมากที่อวัยวะภายใน (True visceral pain) คือ ปวดตื้อ ๆ ไม่รุนแรงบริเวณกลาง ๆ ท้อง แถว ๆ ลิ้นปี่ เชื่อว่าเกิดจากโรคเป็นตัวกระตุ้นแผลที่มีอาการอักเสบอยู่ หรือการบีบตัวของกระเพาะอาหารเวลาหิว อาการเหล่านี้อาจช่วยได้โดยการรับประทาน อาหาร นมหลังยาลดกรด และอาการมักเป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งอาจเป็นซ้ำอีกได้

#### พยาธิสภาพ

การเกิดแผลเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นแผลที่ติดต่อกันจากแผลในการกระเพาะอาหารชนิดแบบ พลิ้น (Acute gastric ulcer) มาก่อน ซึ่งต่อมาแผลได้ถูกกลุกลามกินเข้าไปถึง Muscular coat ทำให้มีแผลเป็นเกิดขึ้นที่ฐานของแผลกลายเป็นแผล เรื้อรัง แผลจะกลมหรือเป็นรูปไข่ อาจมี กรอบรอบ ๆ แผล

#### การรักษา

1. การพักผ่อนช่วยให้อาการหายเร็วมาก
2. การให้ยาลดกรด เป็นยาที่นิยมใช้กันมากมีทั้งยารับประทานและยาฉีด
3. การรับประทานอาหารสไม่จัด ไม่เคร่งเทศ รับประทานอาหารที่ละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งเพื่อให้กระเพาะได้พัก
4. การผ่าตัด มีการทำในรายที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล

## โรคตับแข็ง

โรคตับแข็ง (Cirrhosis) หมายถึง โรคตับเรื้อรัง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคที่ผังพืด (Fibrosis) และมีเนื้อตับงอกใหม่เป็นก้อน (Nodule) ผิดไปจากกายวิภาคปกติของตับ การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เกิดตามหลังการอักเสบของตับเป็นเวลานาน ๆ จนเมื่อตับตาย (Necroinflammatory) และเกิดการกระจายไปทั่วทั้งตับ และมีผลรบกวนทางไหลเวียนของเลือดผ่านตับ ทำให้เกิดภาวะ Portal hypertension nodule ที่ถูกสร้างขึ้นใหม่เหล่านี้มีความผิดปกติด้วย (เดิมชัย ไชยวุฒิจ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. 2541 : 231)

### สาเหตุ

สามารถบอกได้ราวร้อยละ 70 ที่สำคัญคือ สุราและไวรัสตับอักเสบบ (ชนิด B, C และ D) แต่ในสัดส่วนที่ต่างกันในแต่ละภูมิภาคต่างๆ ของโลก สำหรับประเทศไทย ไม่มีข้อมูลที่บอกได้แน่นอนว่าสาเหตุที่สำคัญที่สุดได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบ หรือการดื่มสุรา(ปริมาณมากกว่า 80 กรัม/วัน เป็นเวลาอย่างน้อย 10-15 ปี) และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีสาเหตุร่วมกันทั้ง 2 ชนิด สาเหตุอื่นที่ยอมรับกันว่าอาจเป็นต้นเหตุของโรคตับแข็ง ได้แก่ ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม เช่น การสะสมของเหล็ก (Hemochromatosis) หรือทองแดง (Wilson's disease) การขาด Alpha 1 - antitrypsin, Glycogen disease ภาวะการอุดตันในท่อทางเดินน้ำดี การอุดตันในหลอดเลือดดำ Toxin ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน สารเคมีและยา

### อาการ

อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ลำไส้เล็กทำงานผิดปกติ เช่น ท้องผูก ท้องเดิน อาเจียนและไม่สบายในท้อง โดยเฉพาะบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือช่องท้องด้านบนขวา อาการเหล่านี้ บางทีเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงจากขบวนการเผาผลาญสารอาหาร (Metabolic function) ของตับหรือการเปลี่ยนแปลงในการไหลเวียนเลือดบริเวณเยื่ออาหารทางเดินอาหาร ซึ่งเกิดจากมีการคั่งของเลือด

### พยาธิสภาพ

โรคตับแข็งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ดังนี้

#### 1. ระบบปอดและการหายใจ

ผู้ป่วยโรคตับแข็งบางรายอาจมีออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ เนื่องจากมี Pulmonary arterio-venous shunt และเนื่องจากมี Ascites ตันอยู่ทำให้ปอดบางส่วนแฟบ

#### 2. ระบบการไหลเวียนเลือด

ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperdynamic circulation เนื่องจากภาวะ Portal

hypertension ที่เกิดร่วมด้วย ในรายที่โรคตับเป็นมาก ก็จะมีระบบไหลเวียนเลือดลดลงจนล้มเหลวได้ ภาวะท้องมานที่เป็นมาก จะมีผลทำให้ Cardiac output ลดลงเพราะเพิ่มความดันภายในช่องท้องและช่องปอดจนเป็นผลให้มีการไหลเวียนของเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ลดลง

### 3. ระบบต่อมไร้ท่อ

มีความผิดปกติของ Sex hormone ในผู้ป่วยตับแข็งซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 ความผิดปกติของฮอร์โมน (Gonadal failure) พบได้ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเฉพาะโรคตับแข็งที่เกิดกับแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยชายจะมีอัณฑะฝ่อเล็ก สมรรถภาพทางเพศลดลงและมีตัวอสุจिन้อย ในผู้หญิงจะไม่มีประจำเดือน

3.2 มีลักษณะเพศหญิง ในเพศชายที่เป็นโรคตับแข็งระยะท้าย ๆ จะมีลักษณะของเพศหญิง เช่น เต้านมโตขึ้น ลักษณะขนที่อวัยวะเพศเป็นรูปสามเหลี่ยมฐานอยู่บน (Female escutcheon)

3.3 ระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคตับแข็งมักมีการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากมีการสร้างสารที่มีบทบาทต่อภูมิคุ้มกันลดลง

#### ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคตับแข็ง ได้แก่

1. Ascites and Fluid retention นอกจากอาการบวม (Edema) และการมีสารน้ำในช่องท้อง (Ascites) แล้ว ยังอาจพบสารน้ำในส่วนอื่นของร่างกายได้ เช่น ในช่องปอด ซึ่งส่วนมากเกิดขึ้นที่ด้านขวาของช่องปอด ทั้งนี้เข้าใจว่า Ascites fluid ไหลเข้าช่องปอดได้โดยผ่านทางรูเล็ก ๆ ของกระบังลม หรือทางท่อน้ำเหลือง

2. ภาวะความดันใน Portal vein สูง (Portal hypertension) เกิดจาก Anatomical หรือ Function obstruction ต่อกะแสเลือดใน Portal venous system ที่จุดใดจุดหนึ่งนับจากส่วนต้นใน Splanchnic bed จนถึงส่วนที่ต่อเข้าหลอดเลือด Inferior vena cava นอกจากนี้ยังมีอีกหลายสาเหตุ แต่ตับแข็งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 60

3. อาหารผิดปกติของจิตประสาท (Hepatic encephalopathy) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคตับชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะนี้สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ถ้าจำกัดหรือลดปริมาณสารพิษหรือแก้ไขความผิดปกติที่เป็นต้นเหตุได้

4. ภาวะไตล้มเหลว (Renal failure) พบในผู้ป่วยโรคตับแข็งขั้นรุนแรง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะน้อย การขับถ่ายโซเดียมและสารน้ำจากไตทำไม่ได้ตามปกติ และปัสสาวะลดลงมาก สาเหตุของความผิดปกตินี้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าเกิดจาก Effective renal blood

flow ลดลงและเลือดไปเลี้ยงที่ส่วนคอลเท็กซ์ (Cortex) ของไตน้อยลง ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตและจากการตรวจศพไม่พบพยาธิสภาพที่แน่นอนของไตผู้ป่วย

5. การติดเชื้อ เชื้อที่พบเสมอ คือ *E.coli* และ Enteric bacteria อื่นๆ ซึ่งอยู่ในลำไส้ การติดเชื้อเกิดจากการทำหน้าที่ของ Kupffer cell ที่ทำหน้าที่ทำลายจุลชีพ เช่น แบคทีเรียไวรัสเสียไป เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ตับจึงทำให้เลือดผ่านตับน้อยลง

6. มะเร็งตับ เป็นภาวะที่แทรกซ้อนที่มีอันตรายที่สุดพบได้ในตับแข็งทุกชนิด แต่ในอัตราที่มากน้อยต่างกัน ตับแข็งชนิดที่พบมะเร็งร่วมด้วยมากที่สุด ได้แก่ ตับแข็งที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี

การรักษา (วิทยา ศรีดามา. 2543 : 158)

1. การรักษาจำเพาะ หลักสำคัญคือพยายามที่จะขจัดต้นเหตุที่ทำให้เกิดตับแข็งเท่าที่สามารถจะทำได้ แม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้ตับคืนสู่สภาพปกติ แต่อาจทำให้พยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงต่อไปของโรคดำเนินช้าลงได้

2. การรักษาทั่วไป เพื่อช่วยให้ตับมีโอกาสฟื้นฟูได้เต็มที่ การรักษาเหล่านี้ได้แก่ การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากพอ (มีโปรตีน 1 กรัม/กก.) ยาที่อาจมีประโยชน์ ได้แก่ Colchicine และหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจมีอันตรายต่อตับ รวมทั้งการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น

3. การรักษาภาวะแทรกซ้อน เป็นการรักษาที่มีประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

### โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ความผิดปกติของหัวใจ เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี ที่ตีบแคบอุดตันทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 1)

สาเหตุ

1. เกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบแคบลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง โดยมีสารไขมันมาจับเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเล็ก ๆ ในหลอดเลือด ส่วนใหญ่เป็นไขมันประเภท โคลเลสเตอรอล ต่อมาเป็นแผ่นผนังพืดซึ่งมีไขมันเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ไฟเบอร์มาห่อหุ้มต่อมามีแคลเซียมและเกิดครอมาบัส ซึ่งเป็นเม็ดเลือดแดง เกล็ดเลือด ไฟบรินมารวมตัวกันเกิดอุดตันในหลอดเลือดที่หดตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ

2. สาเหตุอื่น ๆ เช่น กรรมพันธุ์ (Genetic factor) ประวัติของคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากทำให้โคเลสเตอรอล

เตอรอลในเลือดสูง มีประวัติเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน มีความตึงเครียดทางอารมณ์มาก ๆ การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่มาก

#### อาการ

อาการที่พบบ่อยคือ การหอบเหนื่อย (Dyspnea) แน่นหน้าอก หรือเจ็บหน้าอก (Chest pain) ใจสั่น (Palpitation) เวียนศีรษะ (Dizziness) และเป็นลม (Syncope) และอาจพบอาการอื่น ๆ เช่น ไอ อ่อนเพลีย หรือเสียงแหบ

#### พยาธิสภาพ

การที่หลอดเลือดแดงตีบแคบลงหรือมีการอุดตัน ทำให้ไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จึงเกิดภาวะเสียสมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจน ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเผาผลาญพลังงาน โดยไม่ใช้ออกซิเจนจนทำให้เกิดภาวะกรดและสารพิษต่อหัวใจ ประสิทธิภาพในการบีบตัวและคลายตัวเสียไป

#### ภาวะแทรกซ้อน

ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง (Myocardial ischemia) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ที่มีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Cardiac arrhythmia) และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้

#### การรักษา

1. การพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนมากจะใช้ยาระงับปวดและยาแก้ลมปราสาท
2. การออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น การเดินเล่น
3. การดูแลให้ความอบอุ่นเนื่องจากอากาศเย็นทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว เลือดไป
4. เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน
5. การหลีกเลี่ยงอารมณ์ตึงเครียดหรือตื่นเต้นมาก ๆ
6. การให้ยาขยายหลอดเลือด

#### โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) องค์การอนามัยโลกได้ตกลงเมื่อปี พ.ศ. 2521 ว่าระดับความ 140/90 มม.ปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าปกติ ความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มม.ปรอท ถือเป็นค่าก้ำกึ่ง และความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มม.ปรอท ถือว่าเป็นระดับความดันโลหิตสูง (สมชาติ โสจายะ. 2536 : 480)

### สาเหตุ

ความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุของโรคได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เกิดจากโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ โรคทางระบบประสาท ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปฏิกริยาทดแทนที่เกิดจากโรคหัวใจ ยาเม็ดคุมกำเนิด และความผิดปกติของหลอดเลือดในไต ซึ่งความดันโลหิตชนิดทราบสาเหตุ เป็นผลมาจากภาวะดังต่อไปนี้

- 1.1 โรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย
- 1.2 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ พบประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยโรค

### ความดันโลหิตสูง

- 1.3 ยาและปฏิกริยาของยา (Drugs interaction) เช่น ยารักษาโรคซึมเศร้า
- 1.4 ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ความวิตกกังวล
- 1.5 ภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งเกิดในอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และจะลดลงภายใน 10 วันหลังคลอด

2. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) พบมาร้อยละ 9-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด มักพบว่ามีประวัติของคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานโซเดียมมากเป็นเวลานาน การรับประทานแคลเซียมและโปแตสเซียมไม่เพียงพอ การหลังเรณินมากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด ความอ้วนและความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด

### อาการ

1. ปวดศีรษะ พบได้ไม่บ่อยอย่างที่เข้าใจกัน โดยทั่วไปมักจะปวดท้ายทอยซึ่งจะเป็นในตอนเช้า และอาจมีคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วยอาการเหล่านี้จะพบได้บ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤต หรือความดันสูงที่รุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Accelerated hypertension)

2. ไมเกรน (Migraine) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรนมากกว่าปกติ และผู้ที่ เป็นไมเกรนก็พบความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าผู้ที่ไม่เป็น

3. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ

### พยาธิสภาพ

ความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคที่หาสาเหตุได้สาเหตุหนึ่งมาอธิบายได้ เป็นภาวะที่เกิดได้หลายสาเหตุ หลายระบบของร่างกายทำงานสัมพันธ์กันในการควบคุมความดันโลหิตสูง คือหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั้งร่างกายจึงเป็นปัจจัยในการปรับความดันโลหิต ระบบประสาททั้งส่วนกลางและประสาทอัตโนมัติมีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิตและปริมาณเลือด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 139)

1. หัวใจ หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจ เวนทริเคิลซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจยืดขยายขึ้น และปรากฏอาการของภาวะหัวใจวายตามมา

2. ระบบประสาท การเกิดความดันโลหิตสูงระยะยาวมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา และระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบโดยทั่ว ๆ ไปอย่างรวดเร็วและมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและ Exudates ในจอตาและหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งทำให้มีจุดบอดส่วนระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมหน้าที่นั้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย ในตอนเช้าๆ ในระยะแรกจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ รู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัวหรือเป็นลม แต่ถ้ารุนแรงมากขึ้นจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตันและตกเลือดในสมอง

3. ไต จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลงและหน้าที่ของ Tubular เสื่อมลง

การรักษา

1. การให้ยานอนหลับ เช่น Phenobarb
2. การให้ยาลดความดันโลหิต
3. การให้ยาขับปัสสาวะ เป็นยาที่ใช้กันมานานและได้ผลดีในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

### โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงเกิน 140 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดเวลาหนึ่งสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการแสดงของโรคเบาหวาน (สุดาพร ดำรงค์พานิช. 2536 : 12)

สาเหตุ

เกิดจากตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ในการทำงานได้เต็มที่ ฮอร์โมนชนิดนี้มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายลดลงน้ำตาลไม่ถูกนำมาใช้จึงเกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือดและอวัยวะต่างๆ เมื่อสะสมไว้มาก ๆ ไตจะขับออกมาทางปัสสาวะ

## ประเภทของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM) เป็นโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นเนื่องจากเบต้าเซลล์ถูกทำลาย การสร้าง/การหลั่งอินซูลินลดลง ระดับอินซูลินในเลือดต่ำ เป็นโรคเบาหวานที่ต้องการอินซูลินในการดำรงชีวิต อาการเกิดขึ้นได้รวดเร็ว รุนแรง เกิดภาวะ Ketoacidosis ได้ง่าย พบในคนผิวขาวมากกว่าผิวดำ ผู้ชายพบมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย อาการแรกเริ่มสูงสุดในอายุระหว่าง 12-16 ปี ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 พบในคนอายุต่ำกว่า 20 ปี

2. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM) เป็นชนิดของโรคเบาหวานที่พบเป็นส่วนมากกว่าร้อยละ 85 ของผู้ที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบได้ทุกอายุแต่พบมากภายหลังอายุ 35 ปี และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น อาการจะเกิดขึ้นช้าหรือไม่มีอาการ แต่ตรวจพบโดยการตรวจเลือดหรือมีภาวะแทรกซ้อนมักจะไม่เกิดภาวะ Ketoacidosis นอกจากมีภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อ ภาวะเครียด ระดับอินซูลินในเลือดจะปกติ สูงหรือต่ำจำนวนเบต้าเซลล์จะไม่ถูกทำลาย แต่การหลั่งอินซูลินลดลง หรือเซลล์ดื้อต่ออินซูลิน

### อาการ

อาการแสดงที่สำคัญอยู่ 4 อย่างคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 247)

1. ปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต ร่างกายจะขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมซิสของปัสสาวะสูงขึ้น ท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมากดื่มน้ำบ่อย

3. น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็สลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

4. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ มาใช้จึงทำให้มีภาวะการขาดสารอาหารเกิดขึ้น เพื่อชดเชยภาวะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานจุ

### ภาวะแทรกซ้อน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ ดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน นับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบตัน และเนื้อเน่าตาย (Gangrene)

2. ระบบประสาท โรคเบาหวานทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทได้หลายลักษณะที่พบบ่อย คือ การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งพบประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวาน และการที่ระดับน้ำตาลในเลือดและปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะยิ่งสูง อัตราในการนำสัญญาณของเส้นประสาทก็ยิ่งช้าลง ทำให้มีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย โดยเริ่มจากปลายเท้าขึ้นมาเรื่อยๆ และเป็นกับขาทั้ง 2 ข้างเท่า ๆ กัน ผู้ป่วยบางคนอาจมีการเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องอาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือถ่ายอุจจาระบ่อย ไม่มีความรู้สึกทางเพศ และอาจมีเหงื่อออกมากบ่อย ๆ

3. ตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอดได้ สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ปัญหานี้มักพบควบคู่กับการเสื่อมของหน่วยไต

4. ไต การเสื่อมของไตจะทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะตลอดเวลา คือตรวจพบว่ามีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะมากกว่า 5 กรัมใน 24 ชั่วโมงติดต่อกัน 4 ครั้งในช่วงห่างอย่างน้อยครั้งละ 1 เดือน นอกจากนี้ยังพบการตีบตันของทางเดินปัสสาวะได้ง่ายด้วย

5. ระบบเลือด พบว่าเม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้ อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดหรือทำให้การเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น

#### การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมี 4 วิธี คือ (วิทยา ศรีดามา. 2540 : 376)

1. การควบคุมอาหาร เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก การที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ตามปกติ การควบคุมอาหารจึงช่วยลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายโดยการลดปริมาณหรือเปลี่ยนสัดส่วนหรือชนิดของอาหาร เพื่อให้ระดับน้ำตาลดูดซึมได้ช้าลง ทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้

2. การให้ยารับประทาน จะทำให้ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลินมากขึ้น การใช้กลูโคสมากขึ้นหรือมีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากขบวนการไกลโคเจน Gluconeogenesis และลดการดูดซึมน้ำตาล ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

3. การฉีดอินซูลินเพื่อทดแทนอินซูลินที่ขาดไป ทำให้ที่กลูโคสเข้าสู่เซลล์ถูกนำไปใช้

ได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

4. การออกกำลังกาย ทำให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดก็ลดลงได้เช่นกัน

### โรคไตวายเรื้อรัง

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) หมายถึง โรคไตระยะสุดท้ายมีการทำลายหน่วยไตมากมาย หน่วยไตที่เหลือจะพยายามทำงานแทนส่วนที่ชำรุดแต่ก็ยังคงมีการคั่งของสารยูเรียและครีเอตินิน จะมีอาการยูรีเมียและเกิดการเสียสมดุลอิเล็กโทรลัยท์ (สง่า นิลวรางกูล. 2526 : 148)

สาเหตุ

เป็นระยะสุดท้ายของโรคต่อไปนี้ คือ

1. หน่วยกรองของไตอักเสบ (Glomerulo nephritis) เกิดจากการติดเชื้อและการอักเสบต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การกระตุ้นในปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันชนิดต่าง ๆ ของร่างกาย จนไตเสียหายที่

2. เนื้อเยื่อของไตอักเสบ (Interstitial nephritis) เกิดจากการใช้ยาต่าง ๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ หรือโรคเก๊าท์

3. จากการเป็นเบาหวาน (Diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะเวลานาน

4. โรคถุงน้ำของไต เป็นความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ อาจพบว่าเป็นหลายคนในครอบครัว

5. เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการแข็งตัวของเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต

6. เกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดการขยายตัวของไตส่งผลให้มีการเพิ่มความดันที่เนื้อเยื่อไตจนไตเสียหายที่

7. ไตวายเฉียบพลันจากพิษธรรมชาติ

อาการ

ระยะแรกอาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หงุดหงิด ซีด ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน เมื่อสมรรถภาพของไตทรุดลงมากจะมีอาการอ่อนเพลียมาก ซึม รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ นอนไม่หลับ ปัสสาวะเริ่มลด ระยะต่อมาจะมีอาการอาเจียน กล้ามเนื้อแขนขากระตุก หายใจหอบลึก เจ็บหน้าอก บวม ระยะสุดท้ายไม่รู้สึกรู้สีกตัว กระตุก ซีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ และถึงแก่กรรมด้วยภาวะยูรีเมีย

### พยาธิสภาพ

ภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นผลเนื่องจากการมีหน่วยไตที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติเหลืออยู่จำนวนน้อย ตามปกติไตมีความสามารถที่จะรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในร่างกาย ให้คงไว้แม้ว่าจะสูญเสียหน้าที่ไปถึง 70-80% ก็ตาม นั่นคือเมื่อหน่วยไตมีการกรองมากก็ต้องสามารถดูดกลับได้มากเช่นกัน อย่างไรก็ตามความสามารถในการปรับตัวของไตนี้ก็มีขอบเขตจำกัด ในระยะท้าย ๆ ไตจะไม่สามารถปรับการทำงานที่ได้เพียงพอ จึงเกิดอาการของไตวายเรื้อรังขึ้น ซึ่งมักจะปรากฏเมื่อหน้าของไตเสียไปมากกว่า 75 - 80 % (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 144)

ภาวะแทรกซ้อน (สุทินี ศรีรัตน์. 2544 : 31)

1. ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
2. ระบบประสาท ทำให้มีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ เชื่องช้า สมาธิสั้น ความจำเสื่อม สับสน ไม่รู้สึกตัวและชัก
3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีความดันในเลือดสูงพบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

4. ระบบเลือด ภาวะยูริเมียทำให้เกิดโลหิตจางได้ สาเหตุที่สำคัญคือการขาดฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง

#### การรักษา

ส่วนหนึ่งของการรักษาคือการค้นหาและแก้ไขสาเหตุที่รักษาได้ เช่น การมีปริมาณเลือดไหลเวียนไม่เพียงพอ การอุดตัน กรวยไตอักเสบ เป็นต้น การรักษาอื่นๆ ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 150)

1. การรักษาด้วยยาและการจัดการเกี่ยวกับอาหารอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ หรือการรักษาอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตลอดจนการช่วยเหลือให้สุขสบาย
2. การขจัดของเสียด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
3. การขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้อง (Peritoneal dialysis)
4. การปลูกถ่ายไต (Renal transplantation)

### ปัจจัยที่ผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย ทั้งปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวของผู้ป่วย เช่น อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน (นฤมล ใจดี. 2543 : 16)

จากการศึกษาของ เฟรดดาอริก (Aday and Anderson ; อ้างอิงจาก Frederic. 1980) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าปัจจัย 3 ประการในการเลือกใช้บริการ ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รายได้ของครอบครัวและขนาดครอบครัว
2. คุณภาพลักษณะของแหล่งบริการ ได้แก่ ลักษณะการกระจายของแหล่งบริการ สถานที่ตั้งของแหล่งบริการ จำนวนบุคลากรที่จะให้บริการ และประเภทของบริการ
3. ความพึงพอใจต่อบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสะดวกในการพบแพทย์ ความพึงพอใจต่อเวลาในการรอคอยในแหล่งบริการ ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการและอัตรากำลังของผู้ให้บริการ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### เพศ

รูธ (Ruth. 1973 : 136) กล่าวว่า เพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมการเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เพราะมองว่าเป็นความอ่อนแอและเป็นลักษณะของเพศหญิง ซึ่งผู้ป่วยเพศชายบางคนจะมีสุขภาพแข็งแรงตั้งแต่เป็นหนุ่ม ๆ และไม่เคยไปโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยใด ๆ เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยขึ้นโดยเฉพาะโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษาระยะยาวทำให้ผู้ป่วยบางคนมักจะปฏิเสธการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ในขณะที่เพศหญิงมักจะมีการเจ็บป่วยกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ จูฮาร์ตัน วงศ์คงคาเทพ (2533 : 89) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และจากการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 75) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

#### อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมได้มากน้อยแตกต่างกัน (สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์. 2544 : 56) โอเร็ม (Orem. 1985 : 255 – 256) กล่าวว่า อายุแสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ ความเข้าใจและการตัดสินใจที่แตกต่างกัน และเป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย จากการศึกษาของ วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง (2532 : 37) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอัตราความสม่ำเสมอในการรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87 และอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราความสม่ำเสมอในการรักษาน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.7 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา และจากการศึกษาของ พิมล เพราะเพริศภิรมย์

(2532 : 79) พบว่า อายุมีผลต่อการรักษาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุ 24 ปี มีอัตราความไม่สม่ำเสมอของการรักษาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 24 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคสซิเลท (Cassileth. 1984 : 508) พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนยิ่งอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อายุยังน้อย

#### สถานภาพสมรส

การเจ็บป่วยโรคเรื้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่วนมากจะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยเองมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว สมจิต หนูเจริญกุล (2534 : 43) กล่าวว่า หญิงที่เป็นโสด มักหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามี มักขาดบุคคลที่ดูแลและให้กำลังใจ ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลยังไม่ดีเท่าที่ควร จากการศึกษาของ เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว (2537 : 50-51) พบว่า แหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนของกลุ่มผู้ป่วยในคือคู่สมรส รองลงมาคือพ่อแม่และญาติ ส่วนผู้ป่วยนอก ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสมากที่สุด รองลงมาคือบุตรและญาติ ซึ่งแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทางด้านอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก คือ สมาชิกในครอบครัวและแหล่งปฐมภูมิ และจากการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540 : 74) พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยอยู่ที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ คู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 35.3

#### ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการรักษาโรค นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นด้วย เพราะเมื่อมาโรงพยาบาลแพทย์และพยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่าง ๆ เช่น การรับประทานยา การดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมีระดับการศึกษาดีการรับรู้จะง่ายขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีระดับการศึกษาต่ำการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ อาจจะยาวขึ้นหรือเข้าใจผิดพลาดไป และจากพื้นฐานของคนไทยที่มักจะไม่กล้าถามทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเท่าที่ควร จากการศึกษาของ รุช (Ruth. 1973 : 136-156) พบว่าผู้ป่วยมีการศึกษาดำจะมีปัญหาเกี่ยวกับความเข้าใจในการเกิดโรค วิธีการรักษา และการปฏิบัติตน โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า และจากการศึกษาของ พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-82) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

#### อาชีพ

เนื่องจากการรักษาโรคเรื้อนต้องพบแพทย์และรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ทำงานต้องหยุดงานหรือลางานเพื่อมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งอาจมีผลกระทบต่องานที่ทำ

อยู่ถ้าป่วยต้องหยุดงานบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร จากการศึกษาของ สาลี พิภูลทอง (2539 : 161) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ตีรนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

### ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief)

ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ และอาจทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (อรชร ศรีไทรล้วน. 2541 : 29) โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ในแต่ละสังคม มีระบบความคิดแตกต่างกัน ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคและความเจ็บป่วยตามประสบการณ์และการเรียนรู้ที่สืบทอดกันมา อาจเป็นความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ด้านการแพทย์แผนโบราณหรือด้านการแพทย์แผนใหม่ ความเชื่อในแต่ละลักษณะจะมีความหมาย และสามารถอธิบายอย่างเป็นเหตุเป็นผล ตามความคิดของมนุษย์ในแต่ละสังคม (จิราพร ถนอมกล่อม. 2540 : 40)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน หรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมความเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (เพ็ญใจ สุวีริยะไพศาล. 2542 : 23)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้สร้างขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่ออธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลในการป้องกันโรค โดยฮอชบัมและคณะ (Hochbaum et.al. 1958 : 1-28) ได้เริ่มศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา การสังคมนำให้มีการปฏิบัติ แต่พบว่าไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างชัดเจน ต่อมาโรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock et.al. 1974 : 329) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับรู้ต่อสภาวะคุกคามของโรค ซึ่งการรับรู้จะเป็นผลจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมอนามัยของตน โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่สามารถปฏิบัติได้ และผลที่ได้รับในการลดความรุนแรงของโรค โดยบุคคลจะไตร่ตรองถึงสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้น สิ่งชักนำนี้อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสื่อมวลชนต่าง ๆ

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาร์ล และคอปป์ (เพิงใจ สุวริยะไพศาล. 2542 : 24 ; อ้างอิงจาก Karstl ; & Cobb. 1966 : 246) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์ และไมแมน (Becker ; & Mainam. 1975 : 20) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

(Backer and Maiman. 1975 : 13)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค (Perceived susceptibility)

เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสาธารณสุขมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (นฤมล ใจดี. 2543 : 27) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดเป็นโรค มีผลโดยตรงกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะดีและภาวะเจ็บป่วย การรับรู้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลบางคนมีการรับรู้เนื่องจากมีความเชื่อในระดับปานกลาง การมีความเชื่อในระดับสูงทำให้หลีกเลี่ยงการเป็นโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน (จิราพร ถนอมกล่อม. 2540 : 42)

## 2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness)

เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจของบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่อาจเกิดขึ้น เช่น โรคแทรกซ้อน ผลกระทบของโรคและผลกระทบต่อสังคมแล้ว บุคคลนั้นก็แสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยนั้น หรือลดอันตรายที่เกิดขึ้นด้วยความกลัว แต่ถ้าบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่าง ๆ หรือมีความวิตกกังวลมาก ๆ บุคคลก็จะปฏิเสธการเจ็บป่วยและไม่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ เฮลเลนแบรด์ (Hellenbrand. 1983 : 220) ว่า การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความหวาดกลัว ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมา

## 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefit)

เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่าหรือประโยชน์ที่ได้รับ เช่น เมื่อปฏิบัติแล้วจะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้กับสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติ ซึ่งบุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคและจะเลือกทางปฏิบัติต่อสุขภาพ (เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. 2542 : 27) บุคคลจะเลือกปฏิบัติทางที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อบุคคลนั้น ๆ มากที่สุด เบคเกอร์ และคณะ (Becker et.al. 1974 : 211) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของมารดาเด็กโรคหุ้หน้าหนวกที่มีผลต่อประสิทธิภาพของยาที่ได้รับจากคลินิกกับการรับประทานยา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อต่อความสามารถของแพทย์กับการพาเด็กมาตรวจตามนัดมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

## 4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived barrier)

อุปสรรคของการปฏิบัติมีได้หลายรูปแบบและสามารถที่รับรู้และประเมินได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ความไม่ปกติสุขของร่างกาย ความยุ่งยากซับซ้อน และความไม่สุขสบาย ต่าง ๆ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ หรือการมารับรักษาได้โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย (จิราพร ถนอมกล่อม. 2540 : 43) แต่การปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจ และการรับรู้ประโยชน์รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำนั้นด้วย (ประยงค์ สัจจพงษ์. 2534 : 21)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากโรคเรื้อรังต้องอาศัยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตลอดเวลา ถ้าผู้ป่วยไม่

มีความเชื่อในผลของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ไม่เชื่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้การเกิดโรครุนแรงมากขึ้นได้

### เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง

เจตคติ (Attitude)

มีผู้ให้ความหมายของเจตคติไว้ดังต่อไปนี้

ทริย์แอนดิส (Triandis. 1971 : 3) ให้ความหมายว่า เป็นความคิดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีการมโนเป็นตัวนำทำให้บังเกิดจิตใจโน้มเอียง ก่อให้เกิดการกระทำแบบหนึ่งต่อสถานการณ์ทางสังคมเฉพาะอย่าง

ครูซ (Cruze. 1974 : 187) ให้ความหมายว่า เจตคติเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจ ซึ่งมีต่อประสบการณ์ที่คนเราได้รับ และเจตคติจะเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2534 : 100) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นได้จากการพูดหรือพฤติกรรมที่สะท้อนเจตคตินั้น ๆ คนแต่ละคนมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน เจตคติถึงจะเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม แต่เป็นสิ่งที่เป็จริงเป็จริงสำหรับุคคลที่มีเจตคตินั้น

อรวินท์ ผอบทอง (2535 : 72) ให้ความหมายว่า สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ทำที่ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อบุคคลหรือสถานการณ์ หรือต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปในลักษณะทางบวก หรือเห็นชอบด้วยหรือสนับสนุน หรือเป็นไปในลักษณะในทางลบ คือ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย ไม่สนับสนุน ไม่พอใจ คัดค้าน และเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนี้ สามารถสร้างขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้

สุชาติพิย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 34) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อวัตถุสิ่งของหรือสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งแสดงออกในรูปของพฤติกรรมอาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้

จากความหมาย เจตคติ ที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลต่อการรักษาโรค ซึ่งจะแสดงให้เห็นจากการพูดหรือพฤติกรรม อาจจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้

### การเกิดเจตคติ

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ตามเงื่อนไข 4 ประการ ดังนี้ (ศักดิ์ สุนทรเสณี. 2531 : 4)

1. กระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการเพิ่มพูนและบูรณาการของการตอบสนองแนวความคิดต่าง ๆ เช่น เจตคติจากครอบครัว โรงเรียน ครู การเรียนการสอน และอื่น ๆ

2. ประสบการณ์ส่วนตัวขึ้นอยู่กับความแตกต่างของบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป นอกจากประสบการณ์ของคนจะสะสมขึ้นเรื่อย ๆ แล้ว ยังทำให้มีแบบแผนเป็นของตนเองด้วย

3. การเลียนแบบ การถ่ายทอดเจตคติของคนบางคนได้จากการเลียนแบบเจตคติของคนอื่นที่ตนพอใจ เช่น พ่อแม่ ครู พี่น้อง และบุคคลอื่น ๆ

4. อิทธิพลของกลุ่มสังคม คนย่อมมีเจตคติคล้ายตามกลุ่มสังคมที่ตนอาศัยอยู่ตามสภาพแวดล้อม เช่น เจตคติต่อศาสนา สถาบันต่าง ๆ เป็นต้น

### องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นระบบที่มีลักษณะมั่นคงอันหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1. องค์ประกอบทางด้านความรู้ (Cognitive component) เป็นเรื่องของความรู้บุคคลในเองใดเรื่องหนึ่ง อาจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ารู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างไร รู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี ทางบวกหรือทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดเจตคติขึ้นถ้าเรารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี เราก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี และถ้ารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางไม่ดี เราก็จะมีเจตคติไม่ดีต่อสิ่งนั้นด้วย ถ้าเราไม่รู้จักสิ่งใดเลยเจตคติก็จะไม่เกิดขึ้น หรือไม่มีสิ่งใดในโลก เราก็คจะไม่เกิดเจตคติต่อสิ่งใด ๆ เลย

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective component or Feeling component) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งถูกเร้าขึ้นจากการรู้นั้น เมื่อเราเกิดการรู้อะไรสิ่งใดแล้ว จะทำให้เราเกิดความรู้สึกในทางที่ดีหรือไม่ดี ถ้าเรารู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ไม่ดี เราก็คจะไม่ชอบหรือไม่พอใจในสิ่งนั้น

ซึ่งความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดเจตคติในทางใดทางหนึ่ง คือ ชอบหรือไม่ชอบความรู้สึกนี้เมื่อเกิดแล้วจะเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก ไม่เหมือนกับความจริง (Facts) ต่าง ๆ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่า ถ้ามีเหตุผลเพียงพอ

องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรมหรือการกระทำ (Action tendency component or Behavioral component) เป็นความพร้อมที่ตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ในทางใดทางหนึ่ง คือ พร้อมที่จะสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ หรือในทางทำลายขัดขวางต่อสู้ เป็นต้น

จากการศึกษาของ สุทธิณี ศรีรัตน์ (2544 : 145) พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาของ สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 113) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูงที่มีเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

## สุขภาพจิต

สุขภาพจิต (Mental Health)

มีผู้ให้ความหมายสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2521 : 5) ให้ความหมายไว้ว่า สภาพของชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีอารมณ์มั่นคงสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก ๆ ได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

กรมการแพทย์ (2529 : 3) ให้ความหมายว่า เป็นจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาสามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง ในการดำเนินชีวิตมักต้องเผชิญความทุกข์ ความเครียด ความไม่พอใจ ความผิดหวัง แต่ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถแก้ปัญหาและหาทางออกได้อย่างเหมาะสม

อัมพร โอตะระกุล (2540 : 14) ให้ความหมายว่า สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี ไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์แก่ตนเองอีกด้วย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541 : 48) ความหมายสุขภาพจิต คือ ภาวะบุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกระทำต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่รอบตัวมีความสุข อบอุ่น ยอมรับผู้อื่นและเป็นตัวของตัวเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ห่อหุ้ม ใช้สติปัญญาอย่างสุขุมเพื่อแก้ไขมากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า

สุธินี ศรีรัตน์ (2544 : 26-27) ให้ความหมายว่า การมีชีวิตที่เป็นสุข มีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีความสนุกสนานร่าเริง สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันมีรากฐานมาจากครอบครัวที่พร้อมด้วยความรัก ความเข้าใจ สามารถที่จะเผชิญปัญหาได้ และปรับตัวให้เข้ากับสังคม สิ่งแวดล้อมและอาชีพการงานได้เป็นอย่างดี

จากความหมาย สุขภาพจิต ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม มีจิตใจมั่นคง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น ๆ และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

การดำรงชีวิตให้เป็นสุข เกี่ยวข้องกับเรื่องต่อไปนี้ (สุชา จันทน์เอม. 2541 : 143)

1. ร่างกายและจิต สำหรับร่างกายนั้นเกี่ยวกับการบำรุงรักษาป้องกันโรค การส่งเสริมร่างกายให้สมบูรณ์ อันเป็นเรื่องอนามัยและสาธารณสุข ส่วนจิตใจนั้น ได้แก่ ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี 3 ประการ คือ

1.1 เป็นผู้รักษาและเข้าใจตนเองได้ดี เช่น

- ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์กลัว โกรธ รัก อิจฉา หรือกังวล
- สามารถยอมรับความผิดหวังอย่างกล้าหาญ
- ใจกว้างยอมรับและยินดีในความสำเร็จเล็ก ๆ น้อย ๆ

1.2 เป็นผู้รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี เช่น

- ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
- รับผิดชอบต่อเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง
- สามารถจะเป็นผู้นำและผู้ตามได้ดี

1.3 เป็นผู้สามารถเผชิญกับความจริงแห่งชีวิตได้ดี เช่น

- มีความรับผิดชอบอย่างสมบูรณ์ต่อปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. ด้านสังคม ได้แก่ ความจำเป็นในการจัดสรรเรื่องประกันสังคมและสังคมสงเคราะห์ สมาคมแพทย์แห่งอเมริกา ได้กำหนดลักษณะของผู้ที่มีลักษณะสุขภาพจิตไม่ดี หรือเจ็บป่วยทางจิต โดยระบุถึงลักษณะอาการและ/หรือ การบกพร่องดังต่อไปนี้ คือ (บุญวดี เพชรรัตน์. 2539 : 25)

1. ได้แสดงพฤติกรรมปกติอย่างสม่ำเสมอ เกินกว่าที่คนส่วนใหญ่แสดงออก
2. แสดงถึงจิตพยาธิสภาพโดยขาดความรับผิดชอบบ่อย ๆ ครั้ง ขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา มักกระทำในลักษณะแปลกไปจากสังคมส่วนใหญ่และการรับรู้ต่อความเป็นจริงไม่ถูกต้อง
3. มีพฤติกรรมเฉพาะตน ซึ่งสังคมยอมรับว่าผิดปกติเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ หรือไม่เกิดขึ้นเลย

### การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

โคเฮนและวิลส์ (Cohen ; & Wills. 1985 : 4) ให้ความหมายว่า เป็นทรัพยากรที่ได้จากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ และมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง ได้รับการยอมรับเป็นที่รัก ได้รับการยกย่องมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการ จากกลุ่มที่มีความเจาะจง

ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 32) ให้ความหมายว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จากการที่ได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในสังคม ทั้งบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ที่ห่างออกไป

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 30) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

จากความหมายต่าง ๆ ที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การตอบสนองความต้องการ การได้รับการยอมรับ และการได้รับข้อมูล จากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและบุคคลอื่น ๆ

### **องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางสังคม มีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (kahn and Antonucci. 1980)

1. ความรัก (Affect) หมายถึง ความรัก ความพอใจ การยอมรับนับถือ การยกย่อง
2. การเห็นพ้อง (Affirmation) หมายถึง การเห็นพ้อง การยอมรับความคิดเห็นในเรื่องที่ถูกต้องเหมาะสมต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่น

3. การช่วยเหลือ (Aid) หมายถึง การให้บริการโดยตรงหรือการให้วัตถุสิ่งของจากบุคคลซึ่งในเครือข่ายของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกันและมีคุณสมบัติ คือ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

### **แหล่งการสนับสนุนทางสังคม**

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดำรงชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา และกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม เป็นต้น

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรก ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

#### **หลักการของการสนับสนุนทางสังคม**

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม

2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ

#### **ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคม**

มี 4 อย่าง คือ (Bruhn and Philips. 1984)

1. ช่วยให้อุปสรรคของความต้องการ

2. ช่วยลดภาวะความเครียดที่ไม่พึงประสงค์

3. ช่วยทำให้มีกำลังใจและความหวังมากขึ้น

4. เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น

#### **ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม**

เฮาส์ (House. 1981 : 15-26) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ และการยอมรับนับถือ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดจะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรู้สึกว่าคุณค่า มีกำลังใจ มีความรู้สึกอบอุ่น และมีความมั่นคงในอารมณ์มากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลในครอบครัวควรให้ความสำคัญ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูล การเห็นพ้องด้วย การเห็นดีเห็นงามด้วย การให้คำปรึกษา หรือการยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออกมา การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมองตนเองว่าไร้ความสามารถ ผู้ป่วยรู้ว่ามีคนสนใจใน

พฤติกรรมของตน ให้การยอมรับในความคิดเห็นหรือแสดงความเห็นพ้องกับความคิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในการที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ (เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว. 2537 : 29)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง แนวทางปฏิบัติหรือแนวทางเลือกที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ถ้าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำมีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ดี ส่งผลให้ลดอัตราการความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อพฤติกรรมของคนในด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และเวลา เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจากบุคคลในครอบครัวมาก เนื่องจากผู้ป่วยบางคนที่มีอาการของโรคมามากขึ้นและไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ และผู้ป่วยบางคนถูกจำกัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อโรคที่เป็น เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ทำให้มีความต้องการการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

### งานวิจัยในต่างประเทศ

เฮอร์เชย์และคณะ (Hershey et. al.1980 : 1080-1081) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

ฮัมบาร์ด และคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ จำนวน 133 ราย โดยวัดจากกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยาและการป้องกันโรค พบว่าคนที่แต่งงานแล้วจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน ซึ่งอาจเนื่องจากการได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากคู่สมรส

ฮาลลอล (Hallol. 1982 : 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีความ

สัมพันธ์กับการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจด้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

มุขเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp ; & Seyles. 1986 : 334-338) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยใช้ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

เคสซิเลท และคณะ (Cassileth et.at. 1984 : 506-511) ได้ศึกษาภาวะจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ 6 โรค คือ โรคมะเร็ง โรคผิวหนัง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5 โรคแรกสูงกว่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลาที่สั้นกว่าและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะเวลาที่แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ไพโมโม ยาตีส และ วูด (Primomo ; Yates ; & Woods. 1990) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหญิงเรื้อรังจำนวน 125 ราย ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกครอบครัวให้การสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่ากลุ่มเพื่อนและการสนับสนุนแหล่งอื่น ๆ กลุ่มเพื่อนให้การสนับสนุนด้านการยอมรับหรือ การรับรองมากกว่าสมาชิกในครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

### งานวิจัยในประเทศไทย

จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532 : 78-79) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิต ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามารบิตี จำนวน 100 ราย พบว่า เพศ อายุ และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยด้านระยะเวลาการสมรส ลักษณะของครอบครัว และระยะเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต และคู่สมรสที่ได้รับผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังน้อยจะมีสุขภาพจิตดี

วรสิทธิ์ ไหลหลัง (2532 : 58-64) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รักษาด้วยยาผสมในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 258 คน พบว่า อายุ เพศ อาชีพ อาการของโรคระหว่างการรักษา อาการแสดงของโรคในปัจจุบัน สถานที่รักษา ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและความพึงพอใจในระบบสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประเภทของการรักษา ระยะทางที่ใช้ในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา นอกจากนี้พบว่า ความพึงพอใจในระบบสาธารณสุข มีผลทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาสม่ำเสมอแตกต่างกันเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเรื้อนของผู้ป่วย และลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ตามลำดับ

พิมล เพราเพริศภิรมย์ (2533 : 75-79) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ของผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมดของจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และการชันสูตรของห้องปฏิบัติการทดลอง จำนวน 113 ราย พบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พฤติกรรมการป้องกันโรค อาการข้างเคียง มีความสัมพันธ์กับอัตราการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เพศ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการมารับรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : 63) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี โดยได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนอายุ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว (2537 : 57) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยศึกษาผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4ก 4ข และ4ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 184 คน พบว่า ผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นหญิงมีอายุ 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 44.57 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.80 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.61 เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เท่า ๆ กับกลุ่มอาชีพราชการ/บำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มทำนา/ทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 26.63, 26.09 และ 24.54 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.61 ระยะการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 52.17 และมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ในด้านการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยนอกได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยใน ผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์สูงสุด รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน แรงงาน และด้านการประเมิน ตามลำดับ

จุฑารัตน์ กลมศรีจักร (2540 : 83-91) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 15-90 ปี ที่มารับการรักษาแผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน พบว่า เพศระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรชร ศรีไทรล้วน (2540 : 75-76) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล จำนวน 113 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2541 : 37-41) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม โดยเครือญาติความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มาตรวจตามนัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในเครือญาติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมในเครือญาติและความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกัน ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 14.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 66-67) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มาเข้ารับการรักษาแผนกนรีเวชกรรม ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 742 คน พบว่า อายุระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

สุธินี ศรีรัตน์ (2544 : 130-137) ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และมาตรวจตามนัด เป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป จำนวน 196 คน พบว่า สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง สถานภาพสมรส และอาชีพแตกต่างกันจะมีระดับสุขภาพจิตต่างกัน ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่มารับการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคไต และเจตคติ เกี่ยวกับไตวายเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรดังกล่าวถึงแตกต่างกันแต่ระดับสุขภาพจิตจะไม่แตกต่างกัน

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศที่กล่าวมา พบว่า ปัจจัยหลายอย่างมีผลต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร รวมถึงการดำเนินโรคที่เกิดรวดเร็วและรุนแรงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองที่ดี ไม่มีความเชื่อที่ถูกต้อง และไม่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยและสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย การเป็นภาระของครอบครัว และความต้องการพึ่งพามุบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาที่มีผลกระทบการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Cross – sectional study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
  - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
  - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
  - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
  - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,114 คน ซึ่งมารับการรักษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2548

##### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน

การเลือกตัวอย่างจากกลุ่มประชากร โดยวิธีการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1996 : 583) โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อน .05

สูตร

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  แทน จำนวนประชากร  
 $e$  แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

จากการคำนวณจะหาค่าของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน

2. จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยคิดเป็นสัดส่วนกับประชากรแต่ละโรงพยาบาลตามสูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{ประชากรทั้งหมดในกลุ่ม}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	3,578	317
โรงพยาบาลกลาง	108	10
โรงพยาบาลตากสิน	205	19
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	223	19
รวม	4,114	365

3. เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

### ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์เป็น 5 ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับเศรษฐกิจ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยแบบสอบถาม ไทย จี เอช คิว 30 (Thai GHQ-30) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539 : 2-17) ออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย น้อยที่สุด

### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำราหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง แบบสอบถามสุขภาพจิต แบบสอบถามระบบเศรษฐกิจ ของครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาจากแบบสอบถามที่มีลักษณะใกล้เคียง
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้กรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

#### เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา

##### เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

##### การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา

##### เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
ไม่เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	2	4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

##### การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายความว่า มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับต่ำ

### 3. แบบสอบถามเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายความว่า มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายความว่า มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายความว่า มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังในระดับไม่ดี

### 4. แบบสอบถามสุขภาพจิต

เกณฑ์การให้คะแนน ใช้การคิดแบบ 0-0-1-1 คือ

เลือกข้อคำตอบ 2 ข้อแรก ได้คะแนน 0

เลือกข้อคำตอบ 2 ข้อหลัง ได้คะแนน 1

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนน 0 – 5 มีสุขภาพจิตดี

คะแนน 6 – 30 มีปัญหาทางสุขภาพจิต

## 5. แบบสอบถามระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

ตาราง 2 เกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	2-3 คน	4-5 คน	6-8 คน
น้อยกว่า 4,001 บาท	3	2	1
4,001 – 7,000 บาท	6	5	4
มากกว่า 7,000 บาท	9	8	7

ที่มา : ทิพย์สุดา จันทร์แจ่มหล้า. (2544). ปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื่อเอดส์. หน้า 25.

การแปลความหมายคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 1 – 4.5 หมายถึงว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 4.6 – 9 หมายถึงว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง

## 1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
น้อยที่สุด	1	5
เล็กน้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

การแปลความหมายของคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบแก้ไขเพื่อดูความถูกต้อง ตลอดจนความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหา และภาษา ใช้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง

#### 2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนทางสังคม มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป จากการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพบว่า แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.25 – 0.70 แบบสอบถามเจตคติจำนวน 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.23 – 0.68 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.25 – 0.74

#### 3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคม มาหาค่าความเชื่อมั่น ไปใช้ทดลองกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha – Coefficient) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 แบบสอบถามเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่น 0.73 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยของหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อรับรองสภาพการเป็นนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ไปขออนุญาตใช้แบบสอบถามสุขภาพจิต จี เอช คิว (GHQ 30) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยจาก นพ. ชนา นิลชัยโกวิทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นำหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยไปขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย

4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตรวจอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 365 คน

#### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจนได้จำนวนครบเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. นำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา โดยการหาค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio)

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

##### 1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 37)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

## 1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคน

## 1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 73)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวอย่างกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคน

## 2. สถิติที่ใช้ในการหาคูณภาพเครื่องมือ

## 2.1 การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

## 2.2 การหาค่าอำนาจจำแนก

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง แบบสอบถามระบบเศรษฐกิจของครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
	$\sum y^2$	แทน	ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y
	$\sum xy$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ คะแนน y
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

## 2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น

ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) โดยใช้สูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	แทน	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	N	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ
	$S^2$	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

### 3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาสมาเสมอ และการมารับการรักษาไม่เสมอ โดยการใช้ค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio) (ทัสสินี นุชประยูร. 2537 : 173)

องค์ประกอบที่ศึกษา	กลุ่มที่มารับการตรวจ		รวม
	สม่ำเสมอ	ไม่สม่ำเสมอ	
มีปัจจัย	a	b	a+b
ไม่มีปัจจัย	c	d	c+d
รวม	a+c	b+d	k

$$\begin{aligned}
 \text{Odds ของการมีปัจจัย} &= \frac{\text{ความน่าจะเป็นของการมีปัจจัยในกลุ่มที่มารับการตรวจสม่ำเสมอ}}{\text{ความน่าจะเป็นของการไม่มีปัจจัยในกลุ่มที่มารับการตรวจสม่ำเสมอ}} \\
 \text{ในกลุ่มที่รับการตรวจ} &= \frac{a/a+c}{c/a+c} \\
 \text{สม่ำเสมอ} &= \frac{a}{c}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{Odds ของการมีปัจจัยใน} &= \frac{\text{ความน่าจะเป็นของการมีปัจจัยในกลุ่มที่มารับการตรวจไม่สม่ำเสมอ}}{\text{ความน่าจะเป็นของการไม่มีปัจจัยในกลุ่มที่มารับการตรวจไม่สม่ำเสมอ}} \\
 \text{กลุ่มที่มารับการตรวจ} & \\
 \text{ไม่สม่ำเสมอ} &
 \end{aligned}$$

$$\therefore \text{Odds ratio (OR)} = \frac{\text{Odds เกี่ยวกับองค์ประกอบ(เสี่ยง) ในกลุ่มที่มาสม่ำเสมอ (Case)}}{\text{Odds เกี่ยวกับองค์ประกอบ(เสี่ยง)ในกลุ่มที่มาไม่สม่ำเสมอ (Control)}}$$

- เมื่อ a แทน จำนวนคนที่มีปัจจัยในกลุ่มที่มาตรวจโรคเรื้อรังสม่ำเสมอ  
 b แทน จำนวนคนที่มีปัจจัยในกลุ่มที่มาตรวจโรคเรื้อรังไม่สม่ำเสมอ  
 c แทน จำนวนคนที่ไม่ใช่ปัจจัยในกลุ่มที่มาตรวจโรคเรื้อรังสม่ำเสมอ  
 d แทน จำนวนคนที่ไม่ใช่ปัจจัยในกลุ่มที่มาตรวจโรคเรื้อรังไม่สม่ำเสมอ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
OR	แทน	ค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ ( Odds ratio )
95% CI	แทน	ช่วงความเชื่อมั่นของ Odds ratio ที่ระดับ 95 % ( 95% Confident Interval )
$\chi^2$	แทน	ค่า Chi-square
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p-value	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา โดยการหาค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ ( Odds ratio )

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังตาราง 3 - 5

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจสม่ำเสมอ		กลุ่มที่มาตรวจไม่สม่ำเสมอ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. โรค</b>						
ปวดอุ้งก้นเรื้อรัง	21	7.80	15	15.62	36	9.86
หอบหืด	11	4.08	3	3.12	14	3.83
แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้	1	0.37	3	3.12	4	1.09
ตับแข็ง	3	1.11	2	2.08	5	1.36
ความดันโลหิตสูง	105	39.03	24	25.00	129	35.34
หัวใจหลอดเลือด	39	14.49	4	4.16	43	11.78
เบาหวาน	72	26.76	33	34.37	105	28.76
ไตวายเรื้อรัง	17	6.31	12	12.50	29	7.94
<b>รวม</b>	<b>269</b>	<b>100.00</b>	<b>96</b>	<b>100.00</b>	<b>365</b>	<b>100.00</b>
<b>2. เพศ</b>						
ชาย	116	43.13	38	39.58	154	42.19
หญิง	153	56.88	58	60.42	211	57.81
<b>รวม</b>	<b>269</b>	<b>100.00</b>	<b>96</b>	<b>100.00</b>	<b>365</b>	<b>100.00</b>
<b>3. อายุ</b>						
30 - 44 ปี	19	7.06	17	17.71	36	9.86
45 - 59 ปี	168	62.45	52	54.16	220	60.27
มากกว่า 60 ปี	82	30.48	27	28.12	109	29.86
<b>รวม</b>	<b>269</b>	<b>100.00</b>	<b>96</b>	<b>100.00</b>	<b>365</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 3 ( ต่อ )

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ		กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. สถานภาพสมรส						
คู่	232	86.24	80	83.33	312	85.47
โสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	37	13.75	16	16.66	53	14.52
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
5. ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48	17.84	20	20.83	68	18.63
ประถมศึกษา	145	53.90	45	35.41	179	49.04
มัธยมศึกษา	67	24.90	36	37.50	103	28.21
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	9	3.34	6	6.25	15	4.10
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
6. อาชีพ						
ค้าขาย	73	27.13	20	20.83	93	25.47
รับจ้าง/เกษตรกรรม	53	19.70	25	26.04	78	21.36
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	107	39.77	36	37.50	143	39.17
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36	13.48	15	15.62	51	13.97
รวม	96	100.00	269	100.00	365	100.00
7. ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว						
ต่ำ	143	53.15	42	43.75	185	50.68
สูง	126	46.84	54	56.25	180	49.31
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน เป็นกลุ่มที่มารับการรักษาสมาเสมอ จำนวน 269 คน ( ร้อยละ 73.69 ) และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 96 คน ( ร้อยละ 26.30 ) โดยจำแนกได้ดังนี้

โรค แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร ส่วนมากผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 39.03 รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 26.76 และผู้ป่วยที่มารับการรักษาน้อยที่สุดเป็นโรคแผล ในกระเพาะอาหารและลำไส้ คิดเป็นร้อยละ 0.37 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมี ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.37 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25.00 ซึ่งผู้ป่วยมารับการักษาไม่สม่ำเสมอที่สุดคือ โรคตับแข็ง คิดเป็น ร้อยละ 2.08

เพศ แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.88 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 43.13 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.42 เพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 39.58

อายุ แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีอายุ 45 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.45 รองลงมามีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.48 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่วนมากมีอายุ 45-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.16 รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.12

สถานภาพสมรสแสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาสมาเสมอ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.24 รองลงมา มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 13.75 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่ สม่ำเสมอ ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 83.33 รองลงมา มีสถานภาพโสด/ม่าย หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 16.66

ระดับการศึกษา แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาสมาเสมอ ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24.90 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.34 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่วนมากมีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.41 และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.25

อาชีพ แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัด  
 สำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 39.77 รองลง  
 มาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27.13 และอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมีน้อยที่สุด  
 คิดเป็นร้อยละ 13.38 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ  
 คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.04 และอาชีพรับราชการ/  
 พนักงานรัฐวิสาหกิจมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.62

ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาสม่ำเสมอ  
 ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัว  
 ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 53.15 รองลงมามีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง คิดเป็นร้อยละ 46.84  
 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ส่วนมากมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง คิดเป็น  
 ร้อยละ 56.25 รองลงมามีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.75

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอ  
 และไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ		กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค</b>						
ระดับปานกลาง	21	7.80	11	11.45	32	8.76
ระดับสูง	248	92.19	85	88.54	333	91.23
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
<b>2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>						
ระดับปานกลาง	101	37.54	26	27.08	127	34.79
ระดับสูง	168	62.45	70	72.91	238	65.20
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
<b>3. การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา</b>						
ระดับสูง	269	100.00	96	100.00	365	100.00
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ		กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา						
ระดับปานกลาง	234	87.98	75	78.12	309	84.65
ระดับสูง	35	13.01	21	21.87	56	15.34
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00

จากตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของการรับรู้ตามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 92.19 รองลงมาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.80 ส่วนกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.54 รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.45

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 62.45 รองลงมาที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 37.54 ส่วนกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.91 รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.08

การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดมีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ทั้งหมดมีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่นำตัวแปร

การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา มาทดสอบความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.98 รองลงมาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 13.01 ส่วนกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.12 รองลงมาคือการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 21.87

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มมารับการรักษาสม่ำเสมอ และไม่สม่ำเสมอ จำแนกตามปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ		กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง						
ระดับปานกลาง	96	35.68	41	42.70	137	37.53
ระดับดี	173	64.31	55	57.29	228	62.46
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
2. สุขภาพจิต						
ไม่มีปัญหา	269	100.00	96	100.00	365	100.00
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00
3. การสนับสนุนทางสังคม						
ระดับปานกลาง	215	79.92	76	79.16	291	79.72
ระดับดี	54	20.07	20	20.83	74	20.27
รวม	269	100.00	96	100.00	365	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า

เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.31 รองลงมามีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.68 ส่วนกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีเจตคติต่อการเกิดโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.29 รองลงมามีเจตคติต่อการรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.70

สุขภาพจิต

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 100.00 และกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ทั้งหมดไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงไม่นำตัวแปรสุขภาพจิต มาทดสอบความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ส่วนมากมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.92 รองลงมามีการสนับสนุนในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.07 ส่วนกลุ่มที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.16 รองลงมามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.83

**ตอนที่ 2** การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตาราง 6 - 7

ตาราง 6 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มที่มาตรฐานสม่ำเสมอ				กลุ่มที่มาตรฐานไม่สม่ำเสมอ			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	269	3.84	0.18	สูง	96	3.82	0.18	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	269	3.72	0.15	สูง	96	3.76	0.14	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา	269	3.93	0.11	สูง	96	3.93	0.11	สูง
2. การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา	269	3.22	0.45	ปานกลาง	96	3.21	0.54	ปานกลาง

จากตาราง 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 3.72 3.93 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 3.76 3.93 ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.21

ตาราง 7 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคม

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรฐานสม่ำเสมอ				กลุ่มที่มาตรฐานไม่สม่ำเสมอ			
	n	$\bar{X}$	S	ระดับ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง	269	3.56	0.34	ปานกลาง	96	3.55	0.31	ปานกลาง
2. สุขภาพจิต	269	2.23	1.15	ดี	96	2.13	1.24	ดี
3. การสนับสนุนทางสังคม	269	3.55	0.11	ปานกลาง	96	3.56	0.12	ปานกลาง

จากตาราง 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 และกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 และกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.13

คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 และกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.56

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับความ  
สม่ำเสมอในการมารับการรักษา โดยการหาค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds ratio)

ตาราง 8 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความสม่ำเสมอในการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	OR	95% CI	$\chi^2$	df	p-value
1. เพศ					0.36	1	0.54
ชาย	116 (75.3)	38 (24.7)	1.16	0.72-1.86			
หญิง	153 (72.5)	58 (27.5)	1				
2. อายุ					9.06	2	0.11*
30 – 44 ปี	19 (52.8)	17 (47.2)	1				
45 – 59 ปี	168 (76.4)	52 (23.6)	2.89*	1.40 – 5.96			
มากกว่า 60 ปี	82 (75.2)	27 (24.8)	2.72*	1.24 – 5.96			
3. สถานภาพสมรส					0.48	1	0.48
คู่	232 (74.4)	80 (25.6)	1.25	0.66 – 2.37			
โสด/ม่าย/หย่า/ แยกกันอยู่	37 (69.8)	16 (30.2)	1				
4. ระดับการศึกษา					10.69		0.13
ต่ำกว่าประถม	48 (70.6)	20 (29.4)	1.60	0.50 – 5.09			
ประถมศึกษา	145 (81.0)	34 (19.0)	2.84	0.95 – 8.53			
มัธยมศึกษา	67 (65.0)	36 (35.0)	1.24	0.41 – 3.76			
ปริญญาตรี	9 (60.0)	6 (40.0)	1				
5. อาชีพ					2.78	3	0.426
ค้าขาย	73 (78.5)	20 (21.5)	1.52	0.69 – 3.31			
รับจ้าง/เกษตร กรรม	53 (67.9)	25 (32.1)	0.88	0.41 – 1.90			
ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	107 (74.8)	36 (25.2)	1.24	0.61 – 2.52			
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	36 (70.6)	15 (29.4)	1				

ตาราง 8 ( ต่อ )

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่มาตรวจ ไม่สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	OR	95% CI	$\chi^2$	df	p-value
6. ระดับเศรษฐกิจ					2.50	1	0.11
ต่ำ	143 (22.7)	42 (22.7)	1.46	0.91 – 2.33			
สูง	126 (70.0)	54 (30.0)	1				

จากตาราง 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ดังนี้

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน

อายุ มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 45 – 59 ปี มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 - 44 ปี เท่ากับ 2.89 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95% CI = 1.40 – 5.96) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30 - 44 ปี เท่ากับ 2.72 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( 95% CI = 1.24 – 5.96 )

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 ที่ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่กับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 ที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ต่ำกว่าประถมศึกษา มัธยมศึกษา กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน

อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพค้าขาย ไม่ได้ประกอบอาชีพและอาชีพรับจ้าง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน

ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ระบบเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระบบเศรษฐกิจของครอบครัวระดับต่ำ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีระบบเศรษฐกิจของครอบครัวระดับสูง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรักษา

ตัวแปร	กลุ่มที่มาตรวจ สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่มาตรวจไม่ สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	OR	95% CI	$\chi^2$	df	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					1.18	1	0.27
ปานกลาง	21 (65.6)	11 (34.4)	1				
สูง	248 (74.5)	85 (25.5)	1.53	0.71 – 3.30			
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค					3.41	1	0.06
ปานกลาง	101 (79.5)	26 (20.5)	1				
สูง	168 (70.6)	70 (29.4)	0.62	0.37 – 1.03			
3. การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา					4.28	1	0.03*
ปานกลาง	234 (75.7)	75(24.3)	1.87*	1.03 – 3.41			
สูง	35(62.5)	21(37.5)	1				
4. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง					1.48	1	0.22
ปานกลาง	96 (70.1)	41 (29.9)	1				
ดี	173 (75.9)	55 (24.10)	1.34	0.83 – 2.16			
5. การสนับสนุนทางสังคม					0.02	1	0.87
ปานกลาง	215 (73.9)	76 (26.1)	1				
มาก	54 (73.0)	20 (27.0)	0.87	0.54 – 1.70			

จากตาราง 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับต่ำ

การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับรักษาระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับรักษาระดับสูง 1.87 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( 95% CI = 1.03 – 3.41 )

เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่า เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังระดับดี กับกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังในระดับไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 13 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการรักษาไม่แตกต่างกัน และพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectionnal study โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสังกัด กรุงเทพมหานคร

#### สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

##### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคม กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

##### สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
2. อายุของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
3. สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
4. ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
5. อาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
6. ระดับเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
8. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
9. การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษามีความสัมพันธ์ทางกับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
10. การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
11. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของ

## ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

12. สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

13. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของ

## ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษา ในแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน โดยการเลือกแบบบังเอิญ ( Accidental sampling )

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ตอน ดังนี้คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระดับเศรษฐกิจ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยแบบสอบถาม ไทย จี เอช คิว 30 (Thai GHQ-30) ของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539 : 2-17) ออกแบบมาสำหรับคัดกรองปัญหาสำคัญ 2 ประการ คือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ได้อย่างปกติและการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ

ตอนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย น้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังนี้  
 ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะและปัจจัยทางสังคม โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยจิตลักษณะ และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา โดยการหาค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ ( Odds ratio )

### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ดึกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 365 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 73.69 และเป็นกลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 26.30 การเสนอผลการศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 39.03 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 56.88 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 62.45 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.24 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.77 มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ ร้อยละ 53.15 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในระดับสูง ร้อยละ 92.19 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรกระดับสูง ร้อยละ 62.45 มีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาในระดับสูง ร้อยละ 100.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.98 มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังระดับดี ร้อยละ 64.31 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 79.92

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 34.37 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 60.42 มีอายุระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ

54.12 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.33 มีการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 37.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 37.50 มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง ร้อยละ 56.25 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในระดับสูง ร้อยละ 88.54 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ร้อยละ 72.91 มีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาระดับสูง ร้อยละ 100.00 มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาระดับปานกลาง ร้อยละ 78.12 มีเจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังระดับดี ร้อยละ 57.29 ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 100.00 และมีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 79.16

## 2. ความเชื่อด้านสุขภาพ

กลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษ อยู่ในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษ อยู่ในระดับปานกลาง

3. เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

4. สุขภาพจิต กลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในดี

5. การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

## 6. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

6.1 เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

6.2 อายุของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอ

## ในการรักษา

- 6.4 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.5 อาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.6 ระดับเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.8 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.9 การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรักษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 6.10 เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา
- 6.11 การสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา

## อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ได้แก่ อายุ และการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา

### 1.1 อายุ

ผลการศึกษา พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 45 – 59 ปี และมากกว่า 60 ปี มีการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30 – 44 ปี เท่ากับ 2.89 และ 2.72 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชุตติมา อัดถาวรโกวิท (2534 : 51) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำสั่งแพทย์ และภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( p-value = 0.04 ) โดยกลุ่มที่

ควบคุมความดันโลหิตได้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่า กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ ( ร้อยละ 46.5 , 28.8 ) และผู้ป่วยที่อยู่ในวัยแรงงานจะเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยชราประมาณ 2 เท่า

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้นสภาพร่างกายที่เป็นโรคมีความเสื่อมถอยลงอย่างเห็นได้ชัด จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุมากมีความสนใจรักษาสุขภาพตนเอง รวมทั้งการที่เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาานาน ทำให้มีความรู้และความเข้าใจถึงความสำคัญในการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย

## 1.2 การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษา

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง มีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาระดับสูง 1.87 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก ( 2544 : 102 ) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำ มีเพียงแต่การรับรู้อุปสรรคปานกลางและการรับรู้อุปสรรคสูง และเป็นเรื่องปกติของบุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคต่ำยอมแสดงพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้อุปสรรคสูงกว่า ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางจึงมีความสม่ำเสมอในการมารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการรักษาในระดับสูง

## 2. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง สุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคม

### 2.1 เพศ

ผลการศึกษา พบว่า เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี ( 2547 : 89 ) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษานี้ พบว่า เพศของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การที่ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายป่วยเป็นโรคเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการมารับการรักษาในแต่ละครั้งจะได้รับคำแนะนำ รวมทั้งข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนจากแพทย์และพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอใกล้เคียงกัน

## 2.2 สถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับศราวดี ตันธรรมจาริก (2541 : 80) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษานี้ พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก สังคมไทยส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ และมักจะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยญาติพี่น้องมักจะมาเยี่ยมเยียนและให้คำแนะนำต่างๆ รวมทั้งมีการกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัดจากญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนๆ ถึงแม้จะมีสถานภาพโสดก็ได้รับการดูแลเหมือนกันกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่

## 2.3 ระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธินี ศรีรัตน์ (2544 : 132) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษานี้ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การมารับการรักษาทุกครั้งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในโรคนั้นๆ เหมือนกัน เช่น การปฏิบัติตน การรับ

ประธานยา การมาพบแพทย์ครั้งต่อไป เป็นต้น จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใดก็จะได้รับทราบข้อมูลเป็นไปในทางเดียวกัน

#### 2.4 อาชีพ

ผลการศึกษา พบว่า อาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 76) ที่ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการ ในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาชีพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การนัดตรวจของแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีเวลาที่แน่นอน โดยแพทย์จะนัดผู้ป่วยตรวจทุก ๆ 1 เดือน ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการทำงานล่วงหน้าได้ ในการนัดตรวจครั้งต่อไปส่วนมากแพทย์และพยาบาล มักจะสอบถามและตกลงวัน - เวลาที่สะดวกกับผู้ป่วยก่อนการออกใบนัดทุกครั้งกับผู้ป่วยทุกคน จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน

#### 2.4 ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

ผลการศึกษา พบว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 6 ที่ว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถ ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ที่ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับเศรษฐกิจ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ปัจจุบันรัฐบาลได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีผลช่วยลดภาระสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวที่ต้องรักษาและได้รับยาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้ได้รับความเท่าเทียมกันในการรักษา รวมทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากลูกหลาน หรือญาติพี่น้องด้วย

#### 2.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 ที่ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการ

ศึกษาของ เพียงใจ สุวีริยะไพศาล ( 2542 : 69) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

ผลการศึกษาดังนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากโรคเรื้อรังมักมีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น ซึ่งเกิดจากการปฏิบัติด้วยความเคยชิน รวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ ถึงแม้จะรับรู้ว่าจะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยยังมาตรวจตามแพทย์นัดเหมือนเดิม

## 2.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 87) ที่ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาดังนี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้งอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นๆ เพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อถือที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่มารับการรักษาด้วย ดังนั้นการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วย

## 2.6 การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษามีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิณา สันตะบุตร ( 2536 : 64 ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาในสถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการของผู้ป่วยที่มารับการรักษา ในสถานตรวจโรคปอด  
กรุงเทพฯ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การที่ผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านทุกครั้งจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับผลดีของการมาตรวจตามแพทย์นัด และผลเสียที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งไม่ว่าจะมารับการรักษาสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ มีการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษาอยู่ในระดับสูง

### 2.7 เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา พบว่า เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 ที่ว่า เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทธิณี ศรีรัตน์ (2544 : 145) ที่ได้ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีเจตคติเกี่ยวกับไตวายเรื้อรังต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เจตคติต่อการรักษาโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเจตคติในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ผู้ป่วยรักษามาเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือการมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก

### 2.8 สุขภาพจิต

ผลการศึกษา พบว่า สุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 ที่ว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ (2543 : 58) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในสถานสงเคราะห์คนพิการ โรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า สุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและมีอาการแสดงไม่รุนแรง ถ้ามีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับถึงการเจ็บป่วยนั้นๆ ได้ รวมทั้งไม่เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกคนมีสุขภาพจิตดี ผู้ป่วยจึงมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

## 2.9 การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 13 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ละมัย ภูริปัญญา ( 2536 : 36 ) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา (  $p - value = 0.31$  )

ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรักษา ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก การดำเนินของโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยสมาชิกในครอบครัวในการพามาตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอได้ไม่ต่างกับผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวพามา

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสม่ำเสมอในการรักษามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีความสม่ำเสมอในการรักษา แต่ยังมีจำนวนของกลุ่มที่ไม่มีความสม่ำเสมอมากพอสมควร ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. ควรจัดให้มีการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่มารับการรักษา ที่ฝึกผู้ป่วยนอก เป็นรายบุคคล โดยเป็นลักษณะการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการตื่นตัวที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้องและสนใจที่จะมาตรวจตามแพทย์นัดมากขึ้น
2. ควรจัดทำโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน จะได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่ออยู่บ้าน เพื่อให้คำแนะนำและย้ำเตือนการกลับมาตรวจกับแพทย์ในครั้งต่อไป
3. สอบถามวัน เวลา ที่ผู้ป่วยสะดวกที่จะมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งต่อไป ในช่วงที่แพทย์กำหนด และจัดยาให้ผู้ป่วยเพียงพอกับวันนัด เพื่อป้องกันการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง
4. ควรมีการปรับปรุงขั้นตอนในการตรวจรักษาให้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแยกเป็นเฉพาะโรคแต่ละโรค
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความรู้ ความพึงพอใจ และการดูแลตนเอง เป็นต้น

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์.(2529). การประชุมวิชาการจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์.
- กัลยา จิระนคร .( 2547 ). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาล  
พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี.ปริญญาโท. วท.ม. (สุขศึกษา).กรุงเทพฯ : บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- คณาจารย์กองงานวิทยาลัยพยาบาล. (2534). การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เล่ม 1.  
พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก.(2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1.พิมพ์ครั้งที่  
2. นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- จันทิมา โตชะนันท์. (2544) . การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่คลินิก  
เบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. ปริญญาโท. วท.ม. (สุขศึกษา).  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิราพร ถนอมกล่อม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทาง  
สังคม และปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัย  
เจริญพันธุ์ผู้สงสัยถูกข่มขืนที่มาใช้บริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของ  
โรงพยาบาลตำรวจ. ปริญญาโท. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทาง  
สังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล  
สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) . กรุงเทพฯ :  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ .(2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของ  
ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์  
วท.ม (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล .ถ่าย  
เอกสาร.
- ชุติมา อัดถากรโกวิท . (2534) . ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตาม  
ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์  
การระบาด ).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร

- ชูศรี วงศ์รัตนะ.(2534). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐ ภมรประวัติ, ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และเยาวรัตน์ ปรีปักษ์งาม (บรรณาธิการ). (2541). แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. กรุงเทพฯ : บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง.
- ดรีนาถ โกวิทเจริญตระกูล. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เต็มชัย ไชยนุวัติ และไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล. (2541). วัตถุประสงค์และทางเดินเท้าดี. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคนอื่นๆ .(2539).ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ เจนเนอรอล เฮลล์ เควชั่นแนร์ (General Health Questionnaire). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ใจดี . (2543).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ศูนย์โรคเรื้อนเขต 6 และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นารี สุรชีวะ. (2547). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคแพ้ฝุ่นคัน สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ. ปรินูญานิพนธ์ . วท.ม. (สุขศึกษา) .กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา : เทมการพิมพ์.
- ประภาพร ยงใจยุทธ และคณะ.(2532). โรคระบบการหายใจ.กรุงเทพฯ : บริษัท แลคก้า อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด.
- ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534).ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขต อ.ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2521). เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พิมล เพชรเนริศกรมย์. (2533). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการมารับบริการไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว. (2537). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ละมัย ภูริบัญชา . (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลด่านซ้าย จังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วรสิทธิ์ ไหลหลั่ง. (2532). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รักษาด้วยยาผสมในจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชุดา วารุณประภา. (2540). *ปัญหาและความต้องการบริการสังคมสงเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิทยา ศรีดามา. (2539). *ตำราอายุรศาสตร์ 2*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- \_\_\_\_\_. (2542). *ตำราอายุรศาสตร์ 3*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- \_\_\_\_\_. (2543). *ตำราอายุรศาสตร์ 4*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.

- วิภากร กาญจนราช. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการใน  
หน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา).  
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิภารัตน์ แสงสุวรรณ.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของ  
เด็กป่วยวัยรุ่น โรคเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วีณา สันตะบุตร . (2536). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาใน  
สถานตรวจโรคปอด กรุงเทพฯ.วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ :  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศราวดี ตันธรรมจาริก.(2541).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวาย  
เรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร.  
ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2527). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :  
ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันประสิทธิ์การพิมพ์.
- สมชาติ โสจายและคณะ. (2524). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร.
- สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. (2542). การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการ  
การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ปรินิพนธ์  
วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่าย  
เอกสาร.
- สมปอง ไจกล้ำ.( 2545 ).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิก  
ทันโรค โรงพยาบาลนครปฐม.ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สาลี พิกุลทอง.(2539). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สง่า นิลวางกูร. (2526). ภาวะไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2535). รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.  
2535 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

- สุกัญญา เตชะไชยวิวัฒน์. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2534). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- สุดใจ สมิตราธิการ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุดาพร ดำรงค์พานิช.(2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาติพิทย์ รุ่งเรืองอนันต์.(2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิก ความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุธินี ศรีรัตน์.(2544). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นิรพัทธ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันท์เอม.(2541). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : บริษัท โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์ จำกัด.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ เจียมพุก. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคที่มาใช้บริการในคลินิกวันโรค โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อุไร ศรีแก้ว. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด : กรณีศึกษา*. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- \_\_\_\_\_. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด : การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา : บริษัท จิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวชิรพยาบาล*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Backer, M.H., Draehman, R.M. and Uirseht, J.P. (March 1974). "A New Approach to Explaining, lesness. Sick-Role Behavior in Low Income Population," *American Journal of Public Health*. 64 : 205-216.
- Barrera, J.M.(1981). "Social Support in the Adjustment to Pregnant Adolescents : Assessment levels. In B.H. Gottlied \*ed)", *Social Networks and Social Support*. London : Sage Publications.
- Brown, M.A.(1986, January – February). "Social support During Pregnancy," *Nursing Research*. 35 : 4-9.
- Cassileth, et. al (1984 August). "Psychosocial. Status in Chronic Illness," *The New England Journal of Medicine*. 311 : 506-511.
- Cobb, S. (1976 ,September – October). "Social Support a Moderator of Life Stress," *Psychosomatics*. 38 : 300-313.
- Dimona, M. (1979 September). "Social Support and Adaptation to Chronic Illness the Case of Maintenance Hemodialysis," *Research Nursing Health*. 2 : 101-108.
- Gerand J. Tertora and Sandra Reynolds Grabowski. (1193). *Principles of Anatomy and Physiology*. New York : Lehigh Press, Inc.
- Hallo Janice C.(1982,May.). "The Relationship of Health Belief, Health Locus of Control, and Self Concept of the Practice of Brast Self Examination in Adult Women," *Nursing Research*. 31 : 137-142.
- Hellen brand, O.(1983). "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Power Coping with Chronic illness : Overcoming Powerlessness," Edited by Judith Fitzgerald Miller Phihdelphia : F.A. Davis Co.,

- Hershey, J.C., Morton, B.G, Davis, J.B., & Reichgoott, M.J. (1980 October). "Patient Compliance with Antihypertensive Medication." *American Journal of Public Health*. 70 : 1081 – 1089.
- Hobbs, D.(1984).*The Relationship between Coping Dispositions and Power Components of Dependent*. Edited by M.J. Smith and other .New York : HC Graw-Hill Book Company.
- House, J.S. (1991). *Work stress and social Support*. California : Addison-Wesley Publishing.
- Hubbard, P., Muhlonkamp, A.F. and Brown, N. (1984 ,September / October). "The Relationship between Social Support and Self-Care Practice."*Nursing Research*. 33 : 266-269.
- Muhlenkamp, A.F. and Seyles, J.A.(1986,November/December). "Self - Esteem, Social Support, and Positive Health. Practices." *Nursing Research*. 35 : 334 – 337.
- Orem, D.E.(1985).*Nursing Concept of Practice*.New York : Mc Graw-Hill Book Company.
- Pender, N.J.(1982).*Health Promotion in Nursing Practice*.Norewalk : Appleton A Nursing Process Approach. PP.258-275.
- Phipps, W.J. et al. (1985). Chronic Illness. In *Essentials of Medical – Sugical Nursing. A Nursing Process Approach*. PP.258-275.
- Pisuk, M. (1982 , January). "Delivery of Social Support : The Social Innoration," *American Journal Orthpsychiatry*. 52 : 20-31.
- Primomo, J. Yates, B.C., and Woods, N.F. (1990). " Social Support for Women During Chronic Illness : the Relationship among Source and Types to Adjustment," *Research in Nursing and Health*. 13(3) : 153-161.
- Ruth, W.U.(1973).*Behavior and illness*.New Jersey : Eglewood clifft : Prentice – Hall Inc.
- Triandis, Harry C.(1971).*Attitude and Change*. New York : John Wiley and Sons.  
Buruhn 2 .
- J.B. and philips., B.U. (1983). " Measuring Social Support. A Synthesis of Current Approaches," *Journal of Behavioral Medicine*. 7. 151-167.
- Yamane, T. (1967). *Statistics : An Introductory Analysis*. New York : Harper and Row.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์  
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ   บัณฑิตวิทยาลัย   นสว   โทร. 5731, 5618

ที่   ศธ 0519.12/ 11๕๖๐

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง   ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน   คณบดีคณะพลศึกษา

          เนื่องด้วย   นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว   นิสิตระดับปริญญาโท   สาขาวิชาสุขศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ   ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอ  
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี   รองศาสตราจารย์อุจจามล  
เทพชัยศรี   และ   ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนนั้ง   เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์  
ในการนี้   บัณฑิตวิทยาลัยขอเชิญ   ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์   และ   อาจารย์ทรงพล ต่อนี่  
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร

          จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์   ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ  
แบบสอบถามให้   นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว   และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง   ณ   โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกึ่งการณซ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา ขอดกลกิจ และ นางนงลักษณ์ นฤวัตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ห้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรทัศน์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

จ.4 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทรารรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพบุลย์ อ่อนนั้ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวภาพร มิ่งมงคล หัวหน้าศึกษาศาสตร์พิเศษสาธารณสุข เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัด กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวภัทรารรรณ เวียงแก้ว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติศาสตร์ โทรทัศน์ 02-6393333 ต่อ 442

ที่ ศธ 0519.12/ 368



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๒ มกราคม 2548

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) แบบสอบถาม 2) โครงร่าง จำนวน 26 ชุด 3) ข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 26 ชุด  
4) ใบเข้าร่วมยินยอมสำหรับการวิจัย จำนวน 26 คน และ 5) แบบสรุปโครงการวิจัย จำนวน 26 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรื่อโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคไต ในโรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ ตอบแบบสอบถามปัจจัย ที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรทัศน์ 02-6393333 ต่อ 442



ที่ ศธ 0519.12/๖๖๖

บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1.) มกราคม 2548

เรื่อง ขอให้แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพฑูย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณี นิสิตมีความประสงค์ขอให้แบบสอบถามสุขภาพจิต จี เอช คิว 30 เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้ใช้แบบสอบถามดังกล่าว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณี นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 - มกราคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพมูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณี นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เจี๊ยงศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรทัศน์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๙ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณี นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6393333 ต่อ 442



บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ผลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปฏิญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปฏิญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยด้านอายุรกรรมที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวภัทราวรรณ เวียงแก้ว ได้เก็บข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-6393333 ต่อ 442

## รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์      อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา  
คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่                      อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา  
คณะพลศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลักษณ์า ยอดกลกิจ      อาจารย์ระดับ 8  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการ  
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
4. อาจารย์ นงลักษณ์ นฤวัตร                      อาจารย์ระดับ 7  
ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์  
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล**

## แบบสอบถาม

- เรื่อง**                    ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- คำชี้แจง**                แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้
- ตอนที่ 1    แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2    แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
- ตอนที่ 3    แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ
- ตอนที่ 4    แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต
- ตอนที่ 5    แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

### คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม

1. กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง หรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หรือเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง ขอให้ท่านตอบทุกข้อโดยไม่เว้นข้อใดข้อหนึ่งเพื่อประโยชน์ในการวิจัย
2. การวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะไม่ถูกเปิดเผยแต่อย่างใด ผลการวิจัยจะนำเสนอออกมาในภาพรวม เพื่อต้องการทราบถึงผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเท่านั้น

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

น.ส. ภัทราวรรณ เวียงแก้ว  
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพศึกษา  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

## ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง และเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง

ท่านป่วยเป็นโรค .....

### 1. เพศ

- ( ) ชาย  
( ) หญิง

### 2. อายุ

- ( ) 15 - 29 ปี  
( ) 30 - 44 ปี  
( ) 45 - 59 ปี  
( ) 60 ขึ้นไป

### 3. สถานภาพสมรส

- ( ) โสด  
( ) คู่  
( ) ม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่

### 4. ระดับการศึกษา

- ( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา  
( ) ประถมศึกษา  
( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญา / ปวส. , ปวท.  
( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

### 5. อาชีพ

- ( ) ค้าขาย  
( ) รับจ้าง  
( ) เกษตรกรรม  
( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
( ) รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

## 6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

- ( ) น้อยกว่า 4,000 บาทต่อเดือน
- ( ) 4,001 – 7,000 บาทต่อเดือน
- ( ) มากกว่า 7,001 บาทต่อเดือน

## 7. จำนวนสมาชิกในครอบครัว

- ( ) 2-3 คน
- ( ) 4-5 คน
- ( ) 6-8 คน

## ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือ ตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง</b>					
1. โรคเรื้อรังมักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย					
2. โรคเรื้อรังไม่สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้					
3. อายุมากขึ้นทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆได้ง่ายขึ้น					
4. การมาตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้					
<b>การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค</b>					
5. การเป็นโรคเรื้อรังจะต้องรักษาตัวอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน					
6. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลทุกครั้งที่มีอาการกำเริบรุนแรง					
7. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
8. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อครอบครัว					
9. การรักษาโรคเรื้อรังทำให้ต้องเสียเงินมาก					
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการรักษา</b>					
10. การมารับการรักษาโรคเรื้อรังตามแผนการรักษาของแพทย์ช่วยป้องกันการลุกลามของโรคได้					
11. การมาตรวจตามนัด ทำให้ท่านปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง					
12. การมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ท่านมีอาการรุนแรงขึ้น					
13. การมารับการรักษาทำให้ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การรับรู้อุปสรรคของการมารับการรักษา</b>					
14. ท่านต้องรียบมายื่นบัตร เพื่อตรวจแต่เช้า					
15. ท่านไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา					
16. การมารับการรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง โดยไม่มี อาการผิดปกติทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่าย / เวลามาก					
17. การปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก					
18. ท่านต้องหยุดงานเพื่อมารับการรักษาตามแพทย์นัด					

### ตอนที่ 3 เจตคติของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. โรคเรื้อรังเป็นโรคของกรรมเวร					
2. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่น่ารังเกียจ					
3. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน					
4. คนสูงอายุมักเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าคนวัยกลางคน					
5. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง เพราะสามารถซื้อยารับประทานเองได้					
6. โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง					
7. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้สามารถหลีกเลี่ยงการ เกิดโรคเรื้อรังได้					
8. การเป็นโรคเรื้อรังทำให้ท่านเป็นภาระของครอบครัว					
9. เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น ท่านสามารถหยุดยาได้					
10. ท่านสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ โดยไม่ต้อง จำกัดประเภทของอาหาร					
11. การมาตรวจตามแพทย์นัด ทำให้ท่านทราบอาการ เปลี่ยนแปลงต่างๆ					
12. การมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย					

#### ตอนที่ 4 แบบทดสอบสุขภาพจิต

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงหรือใกล้เคียงความเป็นจริงกับสภาพของท่านในปัจจุบันมากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต และ กรุณาตอบคำถามทุกข้อ

1. ท่านสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้  
 ดีกว่าปกติ     เหมือนปกติ     แยกว่าปกติ     แยกว่าปกติมาก
2. ท่านนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ  
 ไม่เลย     ไม่มากกว่าปกติ     ก่อนข้างมากกว่าปกติ     มากกว่าปกติมาก
3. ท่านมีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท  
 ไม่เลย     ไม่มากกว่าปกติ     ก่อนข้างมากกว่าปกติ     มากกว่าปกติมาก
4. ท่านหาอะไรทำ และทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้  
 มากกว่าปกติ     เหมือนปกติ     ก่อนข้างน้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
5. ท่านออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย  
 มากกว่าปกติ     เท่าปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
6. ท่านจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดีพอ ๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกับท่าน  
 ดีกว่ามาก     ดีพอ ๆ กัน     ก่อนข้างน้อยกว่า     น้อยกว่ามาก
7. ท่านรู้สึกว่โดยทั่วไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี  
 ดีกว่าปกติ     เหมือนปกติ     ดีน้อยกว่าปกติ     ดีน้อยกว่าปกติมาก
8. ท่านพอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไป  
 มากกว่าปกติ     พอ ๆ กับตามปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
9. ท่านสามารถมีความรู้สึกรักและอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้  
 ดีกว่าปกติ     เท่าปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
10. ท่านรู้สึกว่าสามารถเข้ากับคนอื่นได้ง่าย  
 ดีกว่าปกติ     เท่าปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
11. ท่านใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก  
 ใช้เวลามากกว่าปกติ     เท่าปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่ามาก
12. ท่านรู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ  
 มากกว่าปกติ     เหมือนปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก
13. ท่านรู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้  
 มากกว่าปกติ     เหมือนปกติ     น้อยกว่าปกติ     น้อยกว่าปกติมาก

14. ท่านรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

15. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ ได้

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

16. ท่านรู้สึกว่าชีวิตต้องดี้นรณอยู่ตลอดเวลา

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

17. ท่านสามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

มากกว่าปกติ  เหมือนปกติ  น้อยกว่าปกติ  น้อยกว่าปกติมาก

18. ท่านมองอะไรเครื่องเครียดไปหมด

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

19. ท่านรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

20. ท่านสามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ของตัวเองได้

ดีกว่าปกติ  เหมือนปกติ  น้อยกว่าปกติ  น้อยกว่าปกติมาก

21. ท่านรู้สึกเรื่องต่าง ๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

22. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

23. ท่านรู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

24. ท่านคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

25. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

26. ท่านรู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง

มากกว่าปกติ  เท่าปกติ  น้อยกว่าปกติ  น้อยกว่าปกติ

27. ท่านรู้สึกว่ามีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ

มากกว่าปกติ  เท่าปกติ  น้อยกว่าปกติ  น้อยกว่าปกติ

28. ท่านรู้สึกกังวล กระวนกระวาย และเครียดอยู่ตลอดเวลา

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

29. ท่านรู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

30. ท่านรู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด

ไม่เลย  ไม่มากกว่าปกติ  ค่อนข้างมากกว่าปกติ  มากกว่าปกติมาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<b>การสนับสนุนทางอารมณ์</b>					
1. บุคคลใกล้ชิดพูดคุย ชักถามอาการเจ็บป่วยของท่านบ่อยๆ					
2. บุคคลใกล้ชิดให้ความเห็นใจและเข้าใจ เมื่อท่านเจ็บป่วย					
3. บุคคลใกล้ชิดแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้หรือ หมดกำลังใจ					
4. บุคคลใกล้ชิดยอมรับฟังปัญหาของท่าน					
5. บุคคลใกล้ชิดไม่เคยทำให้ท่านรู้สึกอับอายและปลอดภัยเลย					
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
6. บุคคลใกล้ชิดนำความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อรังมาแนะนำ ท่าน					
7. บุคคลใกล้ชิดค้นหาวิธีการที่จะทำให้หายจากโรคเรื้อรัง มาแนะนำท่าน					
8. บุคคลใกล้ชิดสอบถามอาการเจ็บป่วยของท่านจากแพทย์ หรือพยาบาล และนำมาให้คำแนะนำท่าน					
9. บุคคลใกล้ชิดไม่บอกถึงผลดี ผลเสียจากการกระทำของ ท่าน					
10. บุคคลใกล้ชิดสามารถแก้ปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยแก่ท่านได้					
<b>การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม</b>					
11. บุคคลใกล้ชิดตรวจสอบการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ท่าน ได้รับมาจากแพทย์และพยาบาล					
12. บุคคลใกล้ชิดคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ของแพทย์					
13. บุคคลใกล้ชิดไม่ได้สนับสนุนให้ท่านทำกิจกรรมตาม ความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. บุคคลใกล้ชิดคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านไปตรวจตามนัด					
15. บุคคลใกล้ชิดไม่เคยชื่นชมเมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง					
การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือแรงงาน					
16. บุคคลใกล้ชิดไม่เคยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน เมื่อท่านมีปัญหา					
17. บุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของ เครื่องใช้ ต่าง ๆ เมื่อท่านขาดแคลน					
18. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรืออาการกำเริบ ท่านมีบุคคลใกล้ชิด คอยดูแลช่วยเหลือ					
19. ท่านต้องทำงานในบ้านเองไม่มีบุคคลใกล้ชิดช่วยท่านเลย					
20. บุคคลใกล้ชิดคอยอำนวยความสะดวกเมื่อท่านต้องออกไป ไปทำธุระนอกบ้าน					

ประวัติย่อของผู้วิจัย

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ - ชื่อสกุล	นางสาว ภัทราวรรณ เวียงแก้ว
วันเดือนปีเกิด	1 มกราคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดแพร่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	5/696 หมู่ 10 ต. บางตลาด อ. ปากเกร็ด จ. นนทบุรี 11120
ตำแหน่งหน้าที่/การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจักษุรัตนิน

### ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2530	ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลแพร่
พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนนารีรัตน์จังหวัดแพร่
พ.ศ. 2542	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ