

616.13.1

๐๓๑๖

๖.๖

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
อรรช ศรีไพรวรรณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

ตุลาคม 2541

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

ประธาน

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

กรรมการ

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

ประธาน

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

กรรมการ

.....
(รองศาสตราจารย์มานี ชูไทย)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

.....
(รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2541

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็นผลสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์เสวต นนทกานันท์ นางสมศรี ศรีชื่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร และอาจารย์พิสมัย พัทธกาวรรกร ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถามและให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่เคยประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จทั้งในหน้าที่การงานและการศึกษา และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ความช่วยเหลือและกำลังใจ จากอาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน คุณปรีชา ศรีไทรล้วน คุณปิยอร ศรีไทรล้วน ที่ได้เป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยมีมานะ อดทนในการศึกษา จนประสบความสำเร็จด้วยดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

อรชร ศรีไทรล้วน

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	7
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	40
การวิจัยในต่างประเทศ.....	41
การวิจัยในประเทศไทย.....	43
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	47
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	50
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	53
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	54
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	60
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	61

5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ	74
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	74
วิธีดำเนินการวิจัย.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สรุปผลการค้นคว้า.....	75
อภิปรายผล.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	82
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	82
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	92
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	114

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล.....	2
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร.....	62
3 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปร.....	64
4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ.....	66
5 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการดูแลตนเองในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปร.....	66
6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการดูแล ตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน.....	69
7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามเพศ.....	69
8 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนก ตามอายุ.....	70
9 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา.....	71
10 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	71

11 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกัน	
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	
จำแนกตามภาวะควบคุมโรค.....	72
12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง	
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล.....	72

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ	16
2 ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	20
3 ยาสำหรับลดความดันโลหิต	23
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ การป้องกันโรค	31
5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วย	33
6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือ ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	39
7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	47

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในปัจจุบันการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้นสามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ ทำให้การตายด้วยโรคติดเชื้อมีอัตราลดลง (กองสถิติสาธารณสุข. 2537 : 82) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการค้นพบยาปฏิชีวนะใหม่ ๆ และวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นนั่นเอง ขณะที่อัตราของโรคติดเชื้อเริ่มลดลง แต่ปัญหาที่เกิดจากโรคไม่ติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาประเทศได้นำความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาใช้กันอย่างหลากหลาย ทำให้สภาพเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ทำให้คนไทยจำนวนไม่น้อยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เนื่องจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของคนและสิ่งแวดล้อมของสังคมสมัยใหม่นี้ไม่สามารถป้องกันได้ด้วยเทคโนโลยี ยาหรือวัคซีน ดังนั้นแนวทางการแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไร้เชื้อโรคหนึ่ง ที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) มีถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 134) ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอันตรายมาก ถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายถึงแก่ชีวิตดังนี้คือ โรคของหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไตทำให้เกิดภาวะไตวาย มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในเรตินาซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดสายตามัวและตาบอดได้ในที่สุด และประการสุดท้ายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน คือ ก่อให้เกิดอาการแตกของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาที่โป่งพอง (จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532 : 3 ; อ้างอิงมาจาก Luckman และ Soreusen. 1987 : 949) เนื่องจากส่วนใหญ่ของโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเป็นระยะแรกมักไม่มีอาการนำมาก่อน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้นี้มักจะเป็นมาก และมีอาการของโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว (ชมพูนุช อ่องจรีต. 2527 : 127) ทำให้เสียเวลาในการรักษา สิ้นเปลืองงบประมาณและคุณภาพชีวิตของประชากรเสียไปโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคลงได้ ถ้าได้ตรวจพบในระยะเริ่มแรกและดูแลตนเองอย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริม

สุขภาพกายและสุขภาพจิตให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

สำหรับอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในคนไทย จากรายงานของโครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2530 พบว่าอัตราความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทยอยู่ระหว่างร้อยละ 10.56 - 13.71 และมีรายงานว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานครคิดเป็นร้อยละ 8.66 (เกษม วัฒนชัย. 2532 : 86) ในปัจจุบันอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังมีรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยแยกตามกลุ่มสาเหตุการป่วยของสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2534-2537 ซึ่งไม่ได้วิเคราะห์ถึงภาวะความดันโลหิตสูงชัดเจนแต่แสดงให้เห็นถึงสาเหตุของอัตราการป่วยจากโรกระบบไหลเวียนโลหิต อยู่ในอันดับที่ 8 ในจำนวน 10 อันดับแรก ดังนี้ 30.50 , 32.60 , 36.00 และ 39.49 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2537) และสถิติการตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2537 เป็นต้นมา พบว่าการตายด้วยสาเหตุโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราการตายเป็นอันดับที่ 4 ในจำนวน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งหมดของประเทศ โดยมีอัตราต่อประชากรแสนคนดังนี้คือ 15.30, 15.90, 16.90 , 16.40 และ 15.7 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 15)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมโรคนี้ โดยได้บรรจุสาระสำคัญของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) โดยมีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบแล้วก็ตาม แต่จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ใหญ่ที่สุดของกรุงเทพมหานคร ก็ยังมีจำนวนมาก ดังปรากฏตามตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (คน)
2536	5,256
2537	4,949
2538	4,282
2539	4,768

ที่มา : หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. 2539 : 49

จากตาราง 1 พบว่าจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีมีจำนวนมากและจากการศึกษาประวัติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมีระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension) จากการศึกษาวิเคราะห์ทะเบียนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดพบว่าเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อัตราส่วนเท่ากับ 2 : 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไปกำลังอยู่ในวัยทำงาน และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็นอันดับแรก นอกจากนั้น รองลงมาตามลำดับ คือ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไตและโรคตา ปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกาย ขาดการควบคุมอาหาร ขาดการควบคุมน้ำหนักตัว ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ และขาดการควบคุมอารมณ์ จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สูญเสียเวลา และเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก ประสิทธิภาพของผู้ป่วยในการทำงานลดลง ซึ่งเป็นผลเสียต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้น จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ยังมีการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเท่าที่ควร อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง จากสภาพดังกล่าวนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาควบคุมโดยการให้ยาและได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนแล้ว มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไรและมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะช่วยให้การจัดบริการในด้านการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและมีความสุขตลอดไป

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบ การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมบางประการ
2. เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่มีส่วนรับผิดชอบ ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความเข้าใจในพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เป็นผลให้สามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 จำนวนประมาณ 160 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 113 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 3.1.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.1.2 เพศ
- 3.1.3 อายุ
- 3.1.4 ระดับการศึกษา
- 3.1.5 รายได้ของครอบครัว
- 3.1.6 ภาวะควบคุมโรค

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

2. การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานะของโรคและแผนการรักษาของแพทย์โดยการควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งจะประเมินได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อในด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความหมายของความเชื่อด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

3.1 แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป หมายถึง ความสนใจหรือความห่วงใยสุขภาพตนเองของผู้ป่วย รวมถึงความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี

3.2 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่าง ๆ จากโรคความดันโลหิตสูง

3.3 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน หรือฐานะทางสังคมของผู้ป่วย

3.4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอันตรายและความรุนแรงของโรคได้

3.5 การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่มีผลในการขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

3.6 ปัจจัยร่วมต่าง ๆ หมายถึงความพอใจหรือความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย

4. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้สุทธิต่อเดือนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และหรือคู่สมรสรวมกัน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2537 : 382)

4.1 ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

4.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

4.3 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

4.4 13,001 บาทขึ้นไป

5. ภาวะควบคุมโรค หมายถึง ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

5.1 ภาวะควบคุมโรคได้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) ในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาเท่ากับหรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

5.2 ภาวะควบคุมโรคได้บางครั้ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมให้ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) ได้เป็นบางครั้งในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาเท่ากับ หรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

5.3 ภาวะควบคุมโรคไม่ได้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมให้ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic pressure) ในช่วงเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาเท่ากับหรือน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า ความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ ต้องมีค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่า หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure) เท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าและยึดระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ (ตัวเลขตัวแรก = 140 คือค่า Systolic ตัวเลขตัวที่ 2 = 90 คือค่า Diastolic) ส่วนพวกที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง (Borderline hypertension) โดยทั่วไปใช้เครื่องวัดแบบปรอทเป็นเครื่องวัดมาตรฐานในการวัดความดัน การวินิจฉัยว่า มีความดันโลหิตสูงจะต้องตรวจวัด ความดันได้ระดับสูงอย่างน้อย 3 ครั้ง ในวาระที่ต่างกัน (สมชาติ โลจายะ. 2536 : 484) เนื่องจากความดันโลหิตของคนปกติ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่วัด การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยนอก จึงควรวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Mild hypertension) ก่อนที่จะให้การวินิจฉัยและรักษาต่อไป (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2536 : 243)

ชนิดของความดันโลหิตสูง

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee. 1978 : 7 - 10) แบ่งความดันโลหิตสูงเป็น 3 ลักษณะ คือ แบ่งตามระดับความดันโลหิต แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกาย และแบ่งตามสาเหตุ

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต ได้แก่

- 1.1 ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
- 1.2 ความดันโลหิตปกติ (Normal blood pressure)
- 1.3 ความดันโลหิตระดับก้ำกึ่ง (Borderline hypertension)

2. แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกาย

2.1 ระยะที่ 1 ไม่มีอาการที่แสดงว่ามีการทำลายอวัยวะใด ๆ

2.2 ระยะที่ 2 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงว่าอวัยวะบางแห่งถูกกระทบ

กระเทือนได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดที่จอร์ับภาพตีบ มีโปรตีนในปัสสาวะ และระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูง

3. แบ่งตามสาเหตุ

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากโรคที่อวัยวะต่าง ๆ ที่พบได้มากคือโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อและความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขแล้วภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension or Essential hypertension) ซึ่งประมาณว่ามีถึงร้อยละ 90 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 134) ส่วนมากเชื่อว่าปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน ตลอดจนถึงการสูบบุหรี่

นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงยังแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ (สุรพันธ์ สิทธิสุข. 2536 : 242) คือ

1. ซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ไฮเปอร์เทนชัน (Systolic and diastolic hypertension) ในกลุ่มนี้ร้อยละ 95 จะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ แน่ชัด (Primary หรือ Essential hypertension) อีกร้อยละ 5 เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เป็นกลุ่มที่มีสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง เช่น เกิดจากโรคไต ยาเม็ดคุมกำเนิดหรือโรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะคำนึงถึงระดับของความดันตัวล่างเป็นสำคัญ

2. ไอโซเลท ซิสโตลิก ไฮเปอร์เทนชัน (Isolated systolic hypertension) ในกลุ่มนี้ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) จะสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันตัวล่าง (Diastolic blood pressure) จะปกติ อาจมีสาเหตุมาจากภาวะที่ทำให้มีการเพิ่มของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที (Cardiac output) เช่น เกิดการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ของหัวใจ (Aorta) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะคำนึงถึงระดับความดันโลหิตตัวบนเป็นสำคัญ

คณะกรรมการเพื่อค้นหา ประเมินผลและรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) แบ่งระดับความดันโลหิตสูง ออกเป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับก้ำกึ่ง (Borderline level) : มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทเป็นครั้งคราว
2. ระดับอ่อน (Mild level) : มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 90 - 104 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับปานกลาง (Moderate level) : มีระดับความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 105-114 มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับรุนแรง (Severe level) : มีระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท
5. ความดันโลหิตสูงถาวร (Malignant hypertension) : มีระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และมีการบวมของหลอดเลือดฝอย

สมมติฐานวิทยาและการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

(Etiology and Pathogenesis of Essential Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนั้นมีระยะเริ่มต้น (Primary หรือ Essential hypertension) คือ ตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกาย ที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2532 : 425) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้ป่วยเหล่านี้มักพบเมื่ออยู่ในวัยกลางคน จนถึงสูงอายุ และมักมีประวัติทางครอบครัวหรือกรรมพันธุ์เช่น มีพ่อแม่พี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้อยู่ และส่วนมากเป็นคนอ้วน (กวี เจริญลาภ และชวลิต รัตนกุล. 2526 : 553) เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคไม่ดี มากกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่า องค์การอนามัยโลก (WHO. 1983 : 12 - 19) ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแต่ละปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า
 - 1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
 - 1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ
 - 1.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดง (Arterial pressure) คล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรม และพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross section) ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

มอลต์และคนอื่น ๆ (ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. 2538 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Moll and others. 1983 : 37) สรุปผลการศึกษาความสัมพันธ์ของความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างกับพันธุกรรมในคนผิวขาวและผิวดำ พบว่าความดันโลหิตสูงมักพบในสมาชิกของครอบครัวเดียวกัน

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว เป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ 30 - 35 ปี และก่อนอายุ 55 ปี (สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. 2532 : 425) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่งและทราบปัจจัยเสี่ยงขณะที่มีอายุ 40 ปี จะมีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 5.5 (WHO. 1983 : 11) ในช่วงอายุ 30 - 69 ปี คนผิวดำมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนผิวขาวถึง 1.5 - 2 เท่าและมีความรุนแรงกว่าถึง 5 เท่า ส่วนประวัติครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงในบิดามารดาจะถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ (ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. 2538 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Simpson. 1985 : 783)

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงที่สำคัญ พบว่า สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย อิทธิพลทางจิตวิทยา และสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 น้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิตโดยทั่วไปถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มักจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้นประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติจะขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก ดังนั้นคนที่รูปร่างใหญ่โตหรืออ้วน จะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กผอม (สันต์ หัตถิรัตน์. 2535 : 20) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาโดยการคัดกรองชุมชนในตัวอย่างประชากร 1 ล้านคน เพื่อดูการกระจายของความดันโลหิตสูง พบว่า ในคนที่มียุระหว่าง 20 - 39 ปี และมีน้ำหนักเกินมีการกระจายของความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่าของคนน้ำหนักปกติ และในคนอายุระหว่าง 40 - 64 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 และในการศึกษาติดตามถึงภาวะอ้วนกับความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นพบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินในการวัดครั้งแรก ต่อมาอีก 2 ปี มาวัดซ้ำในกลุ่มเดิมพบว่า จะมีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนเหมือนเดิมและมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มนี้ (Adeyanju and others. 1987 : 109 - 112) บรูแรค และคนอื่น ๆ (ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. 2538 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Brurack and others. 1985 : 865 - 872) กล่าวว่าภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็น

ระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาในชุมชนฟรามิงแฮมบ่งชี้ว่า การเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในอนาคตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติ ขณะที่ศึกษาครั้งแรกจะมีแนวโน้มของความดันโลหิตสูงขึ้นตามสัดส่วนของน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 8 เท่า (Kennel. 1970 : 48) อย่างไรก็ตามยังมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ข้อคิดเห็นว่าการสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค ปริมาณและวิธีการออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย สำหรับบางท่านให้ความเห็นว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปริมาณไขมันในร่างกาย (Body fat mass) มากกว่าน้ำหนักเพียงอย่างเดียว

2.2 จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกลือโซเดียมกับความดันโลหิต ได้รับความสนใจมานานและยอมรับว่าถ้าจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวันสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ถ้าได้รับเกลือโซเดียมจำนวนมาก ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากเกลือโซเดียมดูดน้ำได้มากทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดนั้น องค์การอนามัยโลก (WHO. 1983 : 20) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่เคยได้รับเกลือโซเดียมวันละประมาณ 3 กรัมหรือน้อยกว่า เมื่อต้องย้ายถิ่นจากพื้นที่เดิม และได้รับเกลือวันละ 7 - 8 กรัม จะมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซึ่งไซโมพัลลัส (Simopoulos. 1985 : 909 - 972) คัดค้านว่าอาจเกิดเนื่องจากบุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการบริโภคอาหารโดยรวมก็ได้ ด้วยเหตุนี้ จึงไม่อาจยืนยันได้ว่า เกลือโซเดียมมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตโดยแท้จริงหรือเป็นเพียงบางส่วนเท่านั้น จากการศึกษาของ ฮันท์ (ลัดดาวัลย์ ชานวิทกุล. 2538 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Hunt. 1983 : 724 - 728) ถึงระดับวิทยาของความดันโลหิตสูงในประชากร พบว่าถ้าบริโภคโซเดียมในอาหารปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิอีควาเลนซ์ (mEq) ต่อวัน จะไม่พบว่ามีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ถ้าบริโภคระหว่าง 30 - 60 มิลลิอีควาเลนซ์ (mEq) ต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 3 ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต คือถ้าบริโภคมากกว่า 30 มิลลิอีควาเลนซ์ (mEq) ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ

การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง แคทสกี และคนอื่น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2532 : 27 ; อ้างอิงมาจาก Katsky and others. 1977 : 1184) พบว่าความดันโลหิตสูง 160/95 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน นอกจากนั้น

มีผู้ศึกษาในตัวอย่างประชากรเมืองอะคิตะและโอซากา ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 787 ราย พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน กล่าวคือ ในคนที่ไม่ดื่มมีความชุกของโรค (Prevalence) ความดันโลหิตสูง ต่ำที่สุดและในคนที่ดื่ม ปริมาณ 56 - 83 กรัมต่อวัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าคนไม่ดื่ม 2 - 3 เท่า แม้แต่ในคนที่เลิกดื่มแล้วยังมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม ยูชิม่า และคนอื่น ๆ (Ueshima and others. 1984 : 586) ยังพบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตกและความดันโลหิตสูงขึ้น และถ้าดื่มสุราวันละ 25 - 55 กรัม จะมีผลทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น

2.4 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวัน ในคนที่มีความดันโลหิตสูงนั้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง และหัวใจเต้นช้าลง ช่วยให้การเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตดีขึ้น รวมทั้งลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และปรับเปลี่ยนโคเลสเตอรอลที่ไม่ดีให้เป็นโคเลสเตอรอลที่ดี ช่วยลดการหลั่งแอดรีนาลิน (Adrenaline) เมื่อต้องเผชิญกับความตึงเครียดและอาจช่วยเสริมสร้างเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจให้มากขึ้น

2.5 อิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคม

การเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตโดยเฉพาะ “ภาวะเครียด” นับได้ว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดที่พบบ่อย คือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับบาดเจ็บได้ รับสารพิษและการเจ็บป่วย ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลิน (Adrenalin) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและแรงตึงกล้ามเนื้อ ดังนั้นการขจัดและผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ เฮิร์สท์ และคนอื่น ๆ (บุญญสิทธิ วรรณทร์. 2530 : 33 ; อ้างอิงมาจาก Hirsh and others. 1981) รายงานว่าอารมณ์เครียดสนับสนุนให้เกิดเป็น หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ (Atherosclerosis) ได้จากภาวะไม่สมดุลของสารพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin) คือเมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะปลดปล่อยสารคอร์ติคอย (Corticoid) ออกมาซึ่งมีผลยับยั้งการสังเคราะห์สารพรอสตาแกรนดิน (Prostaglandin) ซึ่งทำหน้าที่ขยายหลอดเลือดภายในร่างกาย (Vasodilator) ให้มีปริมาณลดลง ทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น หัวใจจะบีบตัวแรงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

นอกจากนั้น ความเครียดยังมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และการทำงานของไต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตของร่างกาย การที่ระบบซิมพาเทติก (Sympathetic) ถูกกระตุ้นนาน ๆ จากความตึงเครียดทางอารมณ์ ไขมันจะไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงตีบ (Atherosclerosis) ดังนั้นในผู้ที่ตึงเครียดอยู่นาน ๆ น่าที่จะมีความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดอุดตันจากการเกาะของไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดง คีคัทโร และ ฮามานด์ (บุญญสิทธิ วรรณทร์. 2530 : 34 ; อ้างอิงมาจาก Dequattro and Hamand. 1985) รายงานว่าความเครียดจากการทำงาน และเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ในชีวิตอาจนำมาซึ่งการเพิ่มของความดันโลหิตจากการถูกกระตุ้นที่ซิมพาเทติก เนอเวส ซีสเต็ม (Sympathetic nervous system) ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมจะกระตุ้นรีนัล ซิมพาเทติก เนอฟ (Renal sympathetic nerve) ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมทางท่อไต อาจเป็นแนวโน้มทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากไตเป็นศูนย์กลางในการควบคุมความดันโลหิตที่สำคัญอันหนึ่งเพราะเป็นอวัยวะเป้าหมายที่ฮอร์โมนอัลโดสเตอโรน (Aldosterone) มาออกฤทธิ์ควบคุมการดูดซึมสารโซเดียมและน้ำในร่างกายและเป็นแหล่งผลิตเรนิน (Renin) รวมทั้งอวัยวะที่ทำหน้าที่ควบคุมปริมาณเกลือ (Sodium) ในร่างกายด้วย

อย่างไรก็ตาม บุญญสิทธิ วรรณทร์ (2530 : ก) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความดันโลหิตสูงในสลัม กรุงเทพมหานคร และเปรียบเทียบระดับความเครียดในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกับกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตปกติที่มีอายุระหว่าง 30 - 80 ปี ผลการศึกษามิพบความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความเครียดและความดันโลหิต แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะแต่ละตัวแปรแล้ว พบว่า

สถานภาพสมรส : กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่แต่งงานแล้วและอยู่กับคู่สมรส จะมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

การศึกษาและอาชีพ:กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาดั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปมีอาชีพมั่นคง เช่น ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ตำรวจ ทหาร มีความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

สภาพการเงิน : กลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ที่มีสภาพการเงินไม่พอใช้มีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว : กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

การดื่มสุรา : กลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ที่ไม่ดื่มสุราหรือดื่มสุราบางครั้งมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

ประวัติกรรมพันธุ์ : กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูง ที่มีประวัติทางกรรมพันธุ์
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

ระยะเวลา : กลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในบ้านปัจจุบันนานตั้งแต่ 16 ปี
ขึ้นไป จะมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

ยกเว้นกลุ่มที่ดื่มสุราน้อยกว่าครึ่งขวดเบนต่อวัน ของกลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง
กลับมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความดันโลหิตปกติ

ลักษณะทางสังคมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ฮาเบอร์ก และคนอื่น ๆ (ลัดดาวัลย์
ชานวิฑิตกุล. 2538 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Harburg and others. 1973) ทำการศึกษาชาวเมืองดีทรอยท์
(Detroit) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่มีความเครียดสูง เปรียบเทียบกับพื้นที่ที่มีความเครียดต่ำ โดยใช้อัตรา
การก่ออาชญากรรมของผู้ใหญ่ และเยาวชน อัตราการหย่าร้างระยะเวลาการหย่าร้าง ระยะเวลา
การอยู่อาศัย การว่างงาน ระดับการศึกษา การมีสิทธิในที่พักอาศัย เป็นเครื่องพิจารณา พบว่า
คนผิวดำที่อยู่อาศัยในเขตที่มีความเครียดสูงจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในขณะที่
ผู้หญิงผิวขาวในเขตความเครียดต่ำมีระดับความดันโลหิตต่ำที่สุดและยังเสนอแนะว่าความดันโลหิต
สูงมักจะพบบ่อยในสังคมที่อยู่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงมากกว่าสังคมที่มีแบบแผนแน่นอนแล้ว

องค์การอนามัยโลกรายงานเกี่ยวกับการศึกษาต่าง ๆ ที่ทำในเกาะอีสเตอร์ ไออร์แลนด์,
เกาะฟูคาฟูคา, เกาะโตคีลัว และ เกาะปาปัว นิวกินี (Easter Island, Pukapuka, Tokelau and
Papua New Gyuinea) ซึ่งเป็นกลุ่มสังคมเล็ก ๆ ตั้งแยกตัวออกจากสังคมอื่น ๆ พบว่าค่าความดัน
โลหิตตัวบน (Systolic blood pressure) และ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure)
มีการเพิ่มน้อยหรือแทบไม่มีการเพิ่มเลย ในแต่ละช่วงอายุของผู้ที่อาศัยอยู่แถบนี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ
ความเป็นอยู่ที่มีลักษณะเรียบง่าย มีกิจวัตรที่ต้องใช้กำลังมาก รับประทานอาหารจัดและอาหารพวก
ที่ให้พลังงานต่ำ สภาพเศรษฐกิจภายในท้องถิ่นไม่ขึ้นอยู่กับระบบเงินตรา นอกจากนี้ยังกล่าวถึง
การศึกษาเกี่ยวกับ การย้ายถิ่นของประชากร จากสภาพวัฒนธรรมที่เรียบง่าย (Primitive culture)
ไปสู่ระบบสังคมวัฒนธรรมที่ซับซ้อนกว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย เช่น อุปนิสัยการ
กิน ภาวะโภชนาการ สภาพสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งทำให้เผชิญกับสภาพ
สังคม-จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมเป็นเวลานานๆ อาจชักนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้

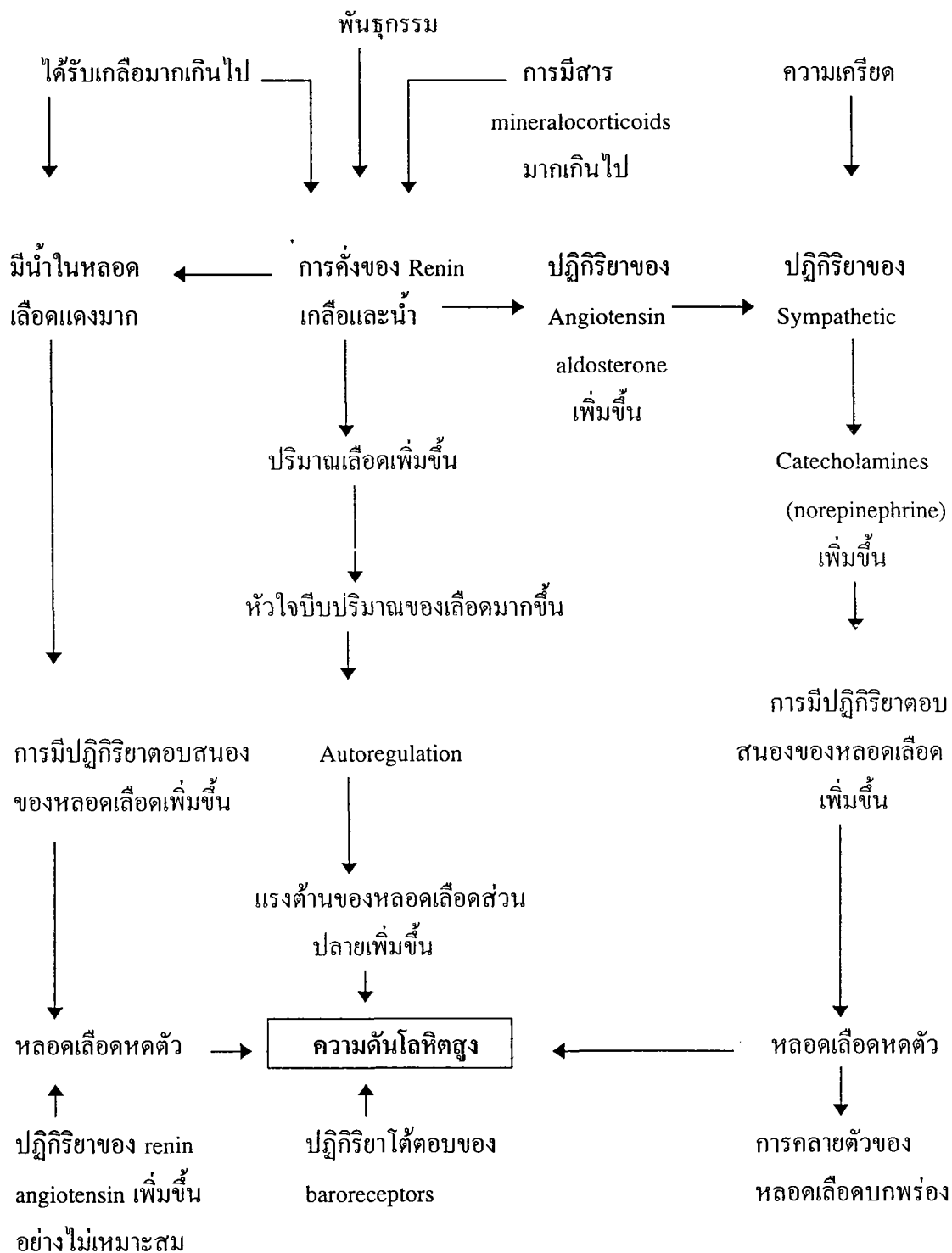
2.6 อิทธิพลจากสิ่งอื่น ๆ

สำหรับปัจจัยส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พบว่าในด้านความ
สัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับความดันโลหิต ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ
บริโภคกาแฟกับระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 9,403 ราย อายุระหว่าง
30 - 69 ปี ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์กันทางบวก ระหว่างการบริโภคกาแฟ หรือกาแฟที่สกัด

คาเฟอีนกับระดับไขมันในเลือด (Davis and others. 1988 : 124 - 136) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โรเบิร์ตสัน และคนอื่น ๆ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2532 : 29 ; อ้างอิงมาจาก Robertson and others. 1984 : 54 - 60) ซึ่งพบว่า คาเฟอีนในกาแฟมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ซึ่งหากดื่มกาแฟ 2 - 3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่าความดันโลหิตเพิ่มได้ถึง 5 - 15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที และคงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมง แต่หากดื่มกาแฟติดต่อกันถึง 4 สัปดาห์ ก็จะมีการปรับตัวและความดันโลหิตไม่สูงขึ้นอีก (เกษม วัฒนชัย. 2532 : 124)

การสูบบุหรี่กับความดันโลหิต มีผลการวิจัยต่าง ๆ แสดงให้เห็นว่า สารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความดันโลหิตสูง (ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. 2538 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Puddey. and others. 1985 : 483 - 493)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมด คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งนำมาแสดงเป็นไดอะแกรม เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ที่มา : Kochar and Daniels. 1978 : 17 - 21

อาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อย หรือปานกลาง จะไม่มีอาการรุนแรง อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า และอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ
3. ในบางรายอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น
4. ไมเกรน (Migraine) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรน (Migraine) มากกว่าปกติ และคนที่เป็ไมเกรน (Migraine) จะพบความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าผู้ที่ไม่เป็น (สมชาติ โลจายะ. 2536 : 489)

ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต ผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ ความดันโลหิตสูงนาน ๆ มีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายมีสภาพแข็ง มีผลให้อวัยวะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพ และเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ คือ หัวใจ สมอง ไต ตา แขนขา จะเกิดขึ้นได้รวดเร็วกว่าที่ควรจะเป็นมาก โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังภายในหลอดเลือด ทำให้ผนังด้านในหนา แข็งตัว ขาดความยืดหยุ่นและขรุขระ ตัวผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เนื่องจากการเสื่อมของชั้นกล้ามเนื้อทำให้หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตกง่าย ซึ่งถ้าเป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อาจทำให้ผู้ป่วยตายได้ และจากการที่ผนังภายในหลอดเลือดหนา แข็งตัวและขรุขระนี้ ทำให้รูภายในหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อย เป็นผลให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเหล่านั้น เป็นผลให้เกิดความพิการและทำลายอวัยวะต่างๆ ต่อไปนี้ (วลัย อินทร์พรชัย. 2530 : 207)

1. หัวใจ หัวใจจะพองโตขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจหนา เนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดด้านกับ ความดันสูงนาน ๆ เมื่อผนังหัวใจหนาขึ้น ขณะเดียวกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบลง กล้ามเนื้อ หัวใจก็จะขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจล้มเหลวได้ (โสภณ พานิชพันธ์. 2526 : 13) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่ เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของ กล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงานทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิมเกิดอาการเลือดคั่งในปอด หัวใจห้อง ล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือภาวะ หัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) ซึ่งหลายประเทศถือว่าเป็นสาเหตุของการตายที่พบบ่อยที่สุด

2. สมอ เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เกิดอัมพาตหรือบางส่วนของเนื้อสมองตายเกิด อัมพาต บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพองและแตกทำให้เลือดออกในสมอง แรงต้านใน หลอดเลือดเมื่อเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการโป่งของผนังหลอดเลือดที่เรียกว่า เส้น เลือดโป่งพอง (Aneurysm) ซึ่งทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อมีความดันโลหิตสูงขึ้นอีกอาจ ทำให้ตุ่มพองนี้แตก และเลือดไหลออกมาทำลายเนื้อเยื่อสมอง ถ้าสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายจะเกิด อาการหมดสติ (Coma) อาจเสียชีวิตหรือเป็นอัมพาตได้ หลอดเลือดแตกในสมองเป็นโรคแทรกซ้อน สำคัญที่พบได้มากที่สุดในประเทศตะวันตก หลอดเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความ ดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งแรงตัวของหลอดเลือด สำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy) มักเป็นภาวะที่เกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการ ควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมาก กว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อนอาจชักเป็นอัมพาตผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่

3. ไต ความดันโลหิตสูงมากและเป็นมานาน อาจมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไต หนาแข็งขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อย เป็นเหตุให้ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตใน การกรองของเสียบกพร่องทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่ สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย และถ้าคั่งอยู่ในระดับสูง จะเกิดอาการ

หมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ในระยะที่เป็นรุนแรงทำให้เกิดไตวาย และโลหิตเป็นพิษ เนื่องจากไตพิการและไม่สามารถขับปัสสาวะได้

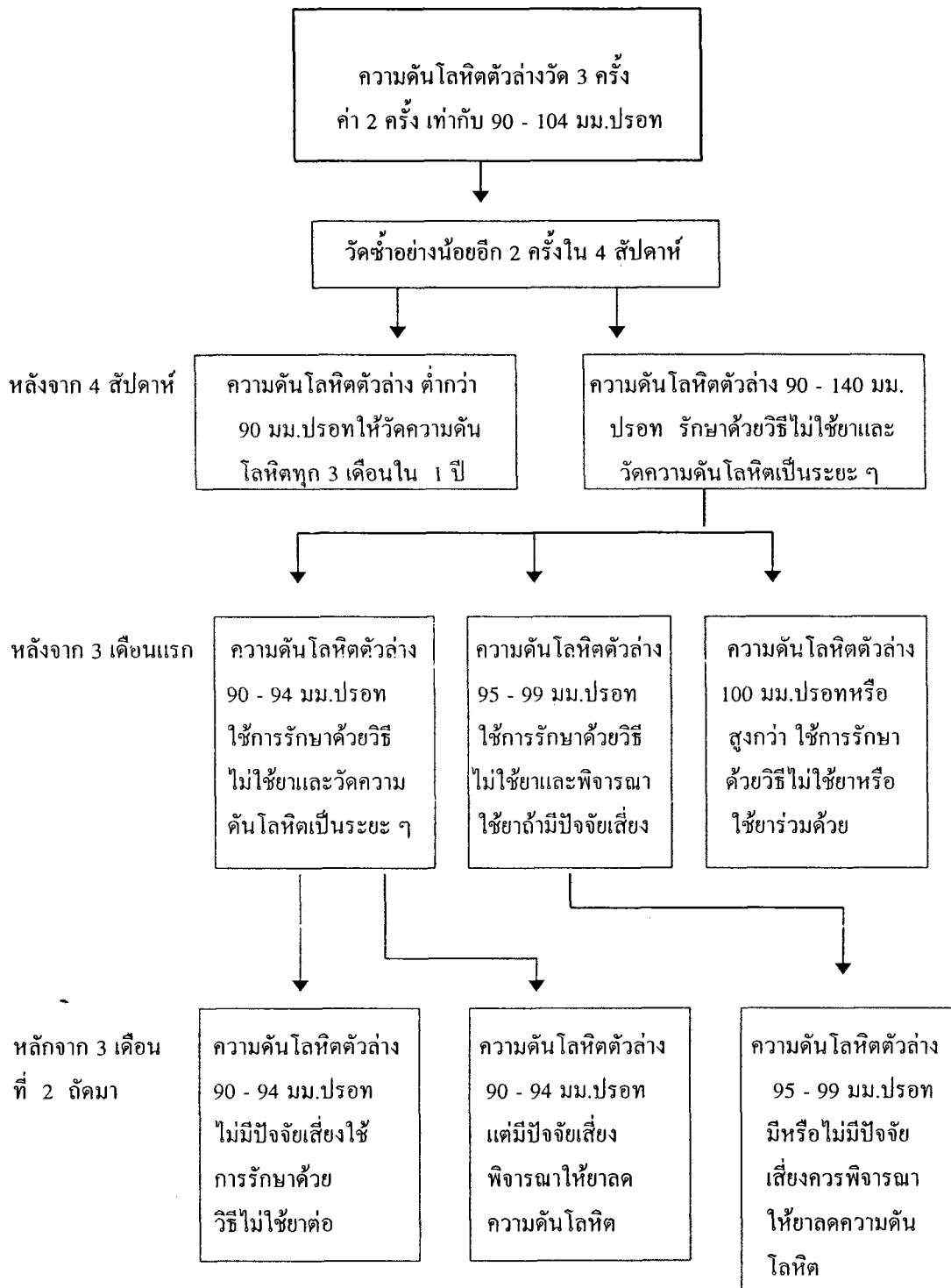
4. ค่าความดันโลหิตสูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา ทำให้เรามองเห็นหลอดเลือดที่ตาหนาขึ้น และมีการบีดงมากขึ้นในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดนี้อาจแตกมีเลือดซึมออกมาเป็นผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพ และตาบอดได้

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากความดันโลหิตของคนปกติ และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่วัด การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยนอกจึงควรวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับอ่อน (Mild hypertension) ก่อนที่จะให้การวินิจฉัยและรักษาต่อไป (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2536 : 242) ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปานกลางและระดับรุนแรง (Moderate and Severe hypertension) ถ้ามีอาการแสดงถึงการทำลายอวัยวะของร่างกายแล้วการวินิจฉัยและรักษาก็อาจทำได้ทันที

สำหรับการรักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Primary or Essential hypertension) จะคำนึงถึงระดับของความดันโลหิตสูงตัวล่าง (Diastolic) เป็นสำคัญ

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงระดับอ่อน (Mild hypertension) ส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้การรักษา เมื่อค่าความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท มีผู้ทำการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ถึง 1 ใน 2 ของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 95 - 100 มิลลิเมตรปรอท ความดันอาจจะลดลงไปได้โดยไม่ได้ให้ยาอะไรในเวลา 4 - 6 เดือน (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2536 : 245) ส่วนในกลุ่มที่ค่าความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 90 - 95 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมีอยู่มากถึงร้อยละ 40 ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ควรให้การักษา ดังนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงแนะนำขั้นตอนการรักษาตั้งแต่ระดับความดันโลหิตที่ควรเริ่มรักษา ตลอดจนวิธีการรักษาในขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งการใช้ยาและการรักษาโดยวิธีอื่น ๆ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 142 - 143)



ภาพประกอบ 2

ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่มา :

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 143 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1992 : 855

การควบคุมความดันโลหิตสูง

การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตสูง ลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใด ๆ ทั้งนี้เชื่อว่า ถ้าสามารถทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับนี้ได้จะสามารถลดอันตรายจากโรคหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจได้

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิต และป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง โดยใช้วิธีควบคุมด้วยยาหรือไม่ใช้ยา โดยผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมด้วย ทั้งนี้การควบคุมดังกล่าวต้องสะดวกปลอดภัยมีประสิทธิภาพ และบุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามได้

ปัจจุบันการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การควบคุมโดยใช้ยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยา

1. การควบคุมโดยการให้ยา (Drug - treatment)

จุดประสงค์ในการรักษาความดันโลหิตสูง คือ ต้องให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุด โดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิตเพราะเกิดอาการข้างเคียงจากการให้ยา และให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งปัจจุบันการเลือกยารักษาความดันโลหิตสูงจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดัน อาการข้างเคียงและเศรษฐฐานะของผู้ป่วย

หลักการรักษา

1. ถ้าความดันช่วงล่างสูงแต่ไม่เกิน 110 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันช่วงบนสูงอย่างเดียว ให้การรักษาโดยการให้คำแนะนำข้อปฏิบัติต่าง ๆ ให้ยาขับปัสสาวะ เช่น ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเพียงวันละครั้ง และอาจให้ยากล่อมประสาท เช่น ไดอะซีแพม (Diazepam) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด ใจสั่น หรือนอนไม่หลับ แล้วคอยตรวจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง ถ้าความดันโลหิตลดลงเป็นปกติให้รับประทานยาดังกล่าวต่อเรื่อย ๆ ถ้าไม่ลดลงให้ยาเดิมต่อไปจนครบ 4 สัปดาห์ ถ้ายังไม่ได้ผลให้เพิ่มยาลดความดันโลหิตได้แก่ ริเซอ์พิน (Reserpine)

2. ถ้าความดันช่วงล่างสูงระหว่าง 110-130 มิลลิเมตรปรอท ควรแนะนำการปฏิบัติตัว และให้ยาขับปัสสาวะ และยากล่อมประสาท ดังในข้อ 1

ควรเพิ่มยาลดความดันได้แก่ ยาริเซอ์พิน อีกตัวหนึ่งไปด้วย เริ่มจากขนาดต่ำ ๆ รอดู 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลให้เพิ่มขนาด โดยเพิ่มได้ทุก 2 สัปดาห์

สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่จะใช้อย่างกล่าวได้ผล ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตควรให้ยาขับปัสสาวะเป็นหลัก และอาจให้ยากล่อมประสาทถ้ามีภาวะเครียด ส่วนยาลดความดันโลหิตโดยตรง ถ้าใช้ ริเซอ์พิน (Reserpine) ไม่ได้ผล อาจเพิ่มหรือเปลี่ยนยาชนิดอื่น เช่น ไฮดราลาซีน (Hydralazine) เมทิลโดปา (Methyldopa) ยากั้นเบต้า (Beta blocker) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3

ยาสำหรับลดความดันเลือด		
กลุ่มยา	ฤทธิ์ยา	ชื่อยา*
1. ยากลุ่มสกัดกันเบต้า (Beta blockers)	1. สกัดกันฤทธิ์ของสาร อะดรีนาลีนที่มีต่อ ออกซ์ปรีโนลอล	1. โพรปราโนลอล เมโตโพรลอล อาเทโนลอล และอื่น ๆ
2. ยาขับปัสสาวะ (Diuretic)	2. ขับโซเดียมออกจากไต	2. เบนโดรฟราไซด์ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ ฟูโรซีไมด์ และอื่น ๆ
3. ยากลุ่มสกัดกันแคลเซียม (Calcium blockers)	3. ทำให้หลอดเลือดขยาย ตัวโดยการไปสกัดกัน การซึมผ่านข้ามผนัง เซลล์ของแคลเซียม	3. นิเฟดิปีนค์ เวราพามิล และยาชนิดใหม่ ๆ อีก มากที่อยู่ในกลุ่มนี้
4. ยายับยั้งเอนซีอี (ACE inhibitors)	4. เข้าไปรบกวนการทำงานของ ของเอนจีโอเท็นซิน ซึ่ง เป็นสารที่ทำให้เกิดความ ดันเลือดสูง	4. แลปโทพริล อินาลาพริล และยาอื่น ๆ ที่อยู่ใน กลุ่มนี้
5. ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators)	5. เป็นส่วนผสมของยาหลาย ประเภทซึ่งไปขยาย หลอดเลือด	5. ไฮดราลาซีน พราโซซิน มิน็อกซิديل และอื่น ๆ
6. ยาสูตรผสม	6. เป็นยาที่ปรุงขึ้นเพื่อให้มี คุณสมบัติมากกว่า ยากลุ่มใดกลุ่มเดียว ในอนาคต	6. ตัวยาที่รู้จักกันดีคือ ลาเบโทลอล และจะมี ยาอื่น ๆ ผลิออกมาอีก

* ชื่อยาต่าง ๆ อาจจะมีชื่อการค้าที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่ชื่อยาที่
กล่าวมานี้ เป็นชื่อทางเภสัชกรรมที่ยอมรับเป็นสากล

ภาพประกอบ 3 ยาสำหรับลดความดันโลหิต

ที่มา : จันทรนิวัตร เกษมสันต์. 2535 : 56

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งการติดตามผลการรักษาวิธีที่แน่นอน คือ การตรวจวัดความดันโลหิต จะใช้วิธีการสังเกตเพียงอย่างเดียวไม่ได้ เพราะโรคนี้ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดง คนทั่วไปมักเข้าใจผิดว่า ความดันโลหิตสูงจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ ซึ่งความจริงแล้วจะพบอาการปวดศีรษะเพียงส่วนน้อย และอาการปวดศีรษะส่วนมากเกิดจากความเครียดไมเกรน และอื่น ๆ มากกว่าความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุที่ทำให้รักษาไม่ได้ผลดี ที่พบบ่อยคือ การไม่รับประทานยาตามกำหนด จึงควรให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตจะลดลง เมื่อปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นจากการรับประทานอาหารรสเค็มมากเกินไป หรือให้ยาขับปัสสาวะไม่เพียงพอ การเสียเกลือมากเกินไปจากการให้ยาขับปัสสาวะมากเกินไป หรือมีการเสียเกลือทางปัสสาวะมากขึ้น เช่น ในรายที่เป็นโรคไตบางชนิด (สมชาติ โลจายะ และคนอื่น ๆ. 2524 : 352)

2. การควบคุมโดยไม่ใช้ยา (Non Drug treatment)

แม้ว่าความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ง่ายโดยใช้ยาลดความดัน แต่พบว่าผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ก็มีอยู่มากเช่นกัน เร็ว ๆ นี้วงการแพทย์ได้แสดงให้เห็นว่าคนที่มีความดันเลือดสูงกว่าปกติไม่มากนัก ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาอีกแล้ว เพียงแค่เปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และควบคุมปัจจัยบางตัวเท่านั้นก็สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (สุธรรม แผ่นดิน. 2535 : 35) การควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. การควบคุมอาหาร

1.1 การจำกัดเกลือแกง เพื่อลดการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกาย โดยจำกัดเกลือพอประมาณไม่รับประทานเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ฝึกนิสัยการรับประทานอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว

1.2 การจำกัดอาหารไขมัน คือ จำกัดอาหารไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ต่าง ๆ เนื้อติดมัน ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม น้ำมันพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม แต่ควรรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำ เป็นต้น

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรเป็นแบบไอโซโทนิก (Isotonic or Dynamic exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นต้น จะช่วยควบคุมและลดน้ำหนักตัวรวมทั้งยังช่วยลดความดันโลหิตลงได้ แต่ไม่ควรออก

กำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static exercise) เช่น การยก การแบก นวด ลาก ดึง ของหนัก เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตรายได้ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหมในระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15 - 30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอ และควรออกกำลังกายหลังได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถออกกำลังกายได้โดยไม่เกิดอันตราย

3. การควบคุมน้ำหนักตัวหรือการลดน้ำหนักในรายที่อ้วน เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากความอ้วนจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และเกิดมีไขมันในเลือดสูงเป็นผลทำให้หลอดเลือดแข็งและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การควบคุมน้ำหนักทำได้โดยการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

4. หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือดโดยปฏิบัติดังนี้คือ

4.1 การเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าการสูบบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แต่ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้ เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินอยู่ ซึ่งจะทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนเป็นผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้น บางครั้งผู้ที่พยายามเลิกสูบบุหรี่มักจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระยะแรก ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแคลอรีต่ำในการชดเชยการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อช่วยไม่ให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอีก

4.2 การเลิกดื่มสุรา เนื่องจากถ้าดื่มสุรามากกว่า 30 มิลลิลิตร ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีไขมันในเลือดเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ของยาได้

4.3 หลีกเลี่ยงภาวะเครียด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในการรักษาหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดเป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นผู้ป่วยบางคนแสดงพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด โดยแสดงออกมาในรูปการดื่ม การรับประทาน การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมนี้จะมีผลเสียต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการดื่ม การรับประทาน และการสูบบุหรี่ เนื่องจากจะทำให้ น้ำหนักตัวเพิ่ม และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดทำให้ความดันโลหิตลดลง ภาวะเครียดนี้มีทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงภาวะเครียดได้ จำเป็นต้องหาวิธีผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายความเครียดนอกจากการออกกำลังกายแล้วอาจกระทำโดยการนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) ซึ่งจะช่วยให้

ความดันโลหิตลดลงได้ นอกจากนี้การพักผ่อนอย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง ทำให้นอนไม่หลับ ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรนอนหลับตอนกลางคืนอย่างน้อย 7 - 8 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการผ่อนคลายหลังอาหารทุกมื้อ ซึ่งจะช่วยให้ภาวะเครียดของร่างกายลดลง

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองที่ดี ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม ดังนี้

แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม

โดโรธี โอเรม (Dorothea E. Orem) เป็นที่ปรึกษาและศาสตราจารย์ทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยแคธอลิก ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้สร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีความเชื่อว่า “โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มีความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจนเพื่อหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาดังแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย” (Orem, 1980 : 6) จากความเชื่อนี้ โอเรม (Orem) สรุปว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแลตนเอง มนุษย์จะต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพจากผู้อื่น เมื่อเขามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจพร่องจากการเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือไม่ได้เลย เช่น วัยทารก หรือภาวะวิกฤติ

จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองนั้น โอเรมกล่าวว่า ประกอบด้วย

1. ปรึกษาประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
 2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
 3. ป้องกันควบคุม หรือรักษาโรค
 4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่เสียไป
- รายละเอียดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง มีดังนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care) มีแนวคิดว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ และเป็นกิจกรรมที่จะทำด้วยความตั้งใจในวัยผู้ใหญ่ แบ่งออกเป็น

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ ทางโครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไปถือว่าเป็นสิ่งที่ปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์เพื่อให้บรรลุความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care requisites) แต่เดิม โอเรม ได้รวมการดูแลตนเองด้านนี้เข้าอยู่ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1980 : 47) ต่อมาได้แยกออกเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การดูแลตนเองด้านนี้เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนที่พัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่่วัยภาวะการตั้งครรภ์การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ ดังเช่น ความตายของบิดา มารดา ญาติสนิท สามี หรือภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้เพื่อ

ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่

ส่งเสริมการดูแลในด้านต่างๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะมีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหายไป ได้แก่ การไม่ได้รับการรักษาปัญหาการปรับตัวเข้าสังคม ความผิดปกติทางด้านร่างกายและจิต การขาดญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ให้ความช่วยเหลือคำจุน

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะเกิดความเจ็บป่วย ได้รับอันตราย หรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามรถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ เช่น การเป็นโรคความดันโลหิตสูง การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ ฯลฯ หรือมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น อารมณ์แปรปรวน การเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการรักษาพยาบาล เป็นต้น กิจกรรมทางด้านนี้แบ่งเป็น 6 ประเภท ได้แก่

1. เสาะหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย
2. ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น
3. ปฏิบัติตนได้เหมาะสมตามแนวทางการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

เพื่อผลในการป้องกันและการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

4. รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลจากการรักษาพยาบาล

5. ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (Body Image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

6. เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมถึงมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิต

ดังนั้น เมื่อนำแนวคิดในการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรมมาใช้กับผู้ป่วย ทำให้ทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ✓

โอเรม (Orem. 1985 : 88) ได้เน้นว่า ความต้องการในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมในการดูแลตนเอง ที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ หรือมีข้อจำกัดในการกระทำการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการรักษาบุคคลนั้นจะต้องมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการที่บุคคลจะมีการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรมและเทเลอร์ (Orem and Taylor. 1986) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเองและการที่จะก่อให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้นั้น พยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูล คำแนะนำ และชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติตัวรองจากแพทย์ ในการที่จะทำให้อุบัติการณ์การดูแลตนเองได้นั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะต้องมีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเอง เรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคและแผนการรักษาที่มีเป้าหมายและมีการวางแผนที่จะดูแลตนเอง ทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวางแผนแก้ปัญหาต่างๆร่วมกับพยาบาล ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งประกอบด้วย

1. การควบคุมน้ำหนักตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต แมคมาฮอน (Mac Mahon. 1984 : 46) ได้เน้นว่าการลดน้ำหนัก 1 กิโลกรัมจะสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 2.5/1.5 มิลลิเมตรปรอท

2. การจำกัดเกลือ โดยไม่รับประทานอาหารเค็มจัดไม่เค็มเกลือหรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงแล้ว เกลือแกงที่ใช้ในการปรุงอาหารไม่ควรเกิน 1 ช้อนชาต่อวัน ตลอดทั้งหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองต่าง ๆ (เกษม วัฒนชัย. 2532 : 114)

3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น การงดสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการพูดคุยชี้แจงถึงแหล่งที่เป็นสาเหตุของความเครียด ตลอดจนทั้งวิธีเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้ข้อมูลความดันโลหิต ขนาด ฤทธิ์ของยา และผลข้างเคียงที่เกิดจากยาความดัน รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาความดันโลหิต เช่น อาการหน้ามืด เนื่องจากความดันโลหิตต่ำ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากรับประทานยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน ที่สำคัญคือ ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอถึงแม้จะรู้สึกมีอาการดีขึ้นไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือซื้อยามารับประทานร่วมกับยาความดันโลหิต เพราะอาจเพิ่มหรือยับยั้งฤทธิ์ของยาความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 146) ดังนั้น ยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้อยู่เป็นประจำแพทย์และพยาบาลจะต้องรับทราบ

การที่ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองที่ดีได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 2 - 3) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าใกล้

กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้ตัวแปรทางจิตสังคม เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัย ในการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ (Becker. 1974 : 29 - 30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น
2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายในคน เช่น อาหาร หรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4

ที่มา : Helen. and others. 1993 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Becker. and others. 1977 : 27.

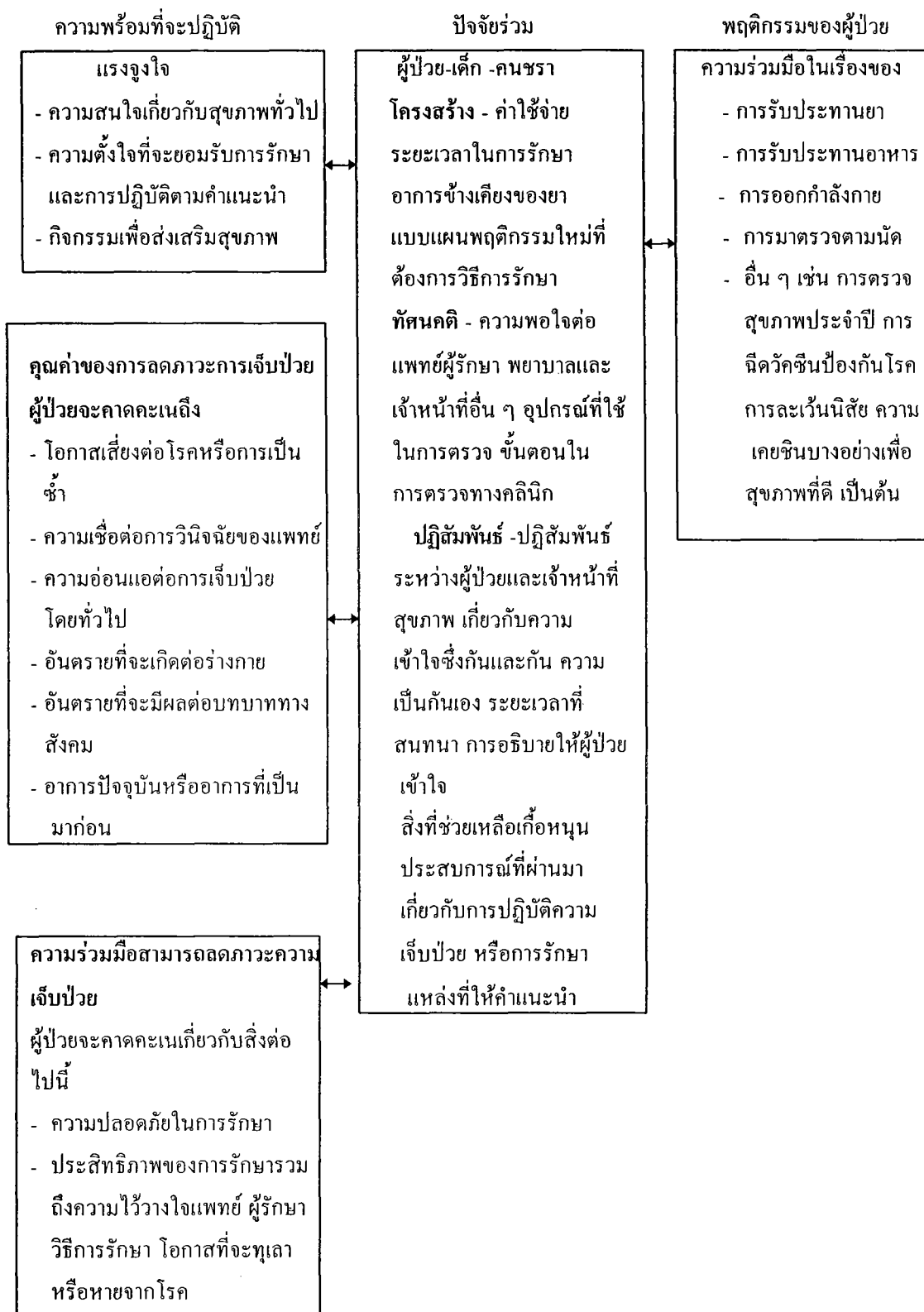
เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาสส์และคอบบ์ (นิตยา ภาสุนันท์. 2527 : 33 ; อ้างอิงมาจาก Kasl and Cobb. 1966 : 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ได้มี นักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 82) จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ขึ้นใหม่โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 7) ศึกษาไว้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

ที่มา : ยาวดี สุวรรณาคะ. 2532 : 36 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1974 : 89.

จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker. 1974 : 29) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยตามภาพประกอบ 5 ดังกล่าว ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้น ความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีหรือถูกต้อง ผู้ป่วยก็สามารถดูแลตนเองได้โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพอนามัย โดยทั่วไป ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น ๆ ความเชื่อด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป (Health motivation) เป็นความห่วงใย หรือสนใจสุขภาพของผู้ป่วยรวมถึงความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรคและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี แรงจูงใจด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ดังตัวอย่างเช่น การศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 99) ที่ว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Pender. 1982 : 150)

แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โจเซฟ (Joseph. 1980 : 132) แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง และคอนเนลลี (Connelly. 1987 : 626) มีความเห็นสอดคล้องว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โอเรม (Orem. 1971 : 155) ได้มองแรงจูงใจว่าเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้เกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับโรคเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายต่อตนเอง

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บปวด (Perceive susceptibility) เป็นทักษะหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไปและเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่น ๆ อีกได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแน่นอนจากแพทย์แล้ว มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไปจากกรณีที่ยังไม่ทราบว่าเป็นโรค ซึ่งสามารถวัดได้ 3 ทาง (Becker and Maiman, 1974 : 83) คือ

2.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การที่บุคคลไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือข้อสรุปจากแพทย์ ย่อมทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

2.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก

2.3 ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

มีรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันรักษาโรค เช่น นิตยา ภาสุนันท์ (2527 : 81) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยในทางตรงข้าม สุภาพ ใบแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า

โอเรม (Orem, 1980) กล่าวว่า การรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่พึงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไปและสามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของตนเองได้ การรับรู้จึงทำให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยในการประเมิน คาดการณ์ คิดไตร่ตรอง ตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะช่วยผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceive severity) การที่บุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดโรคแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการกระทำ หรือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แต่บุคคลนั้นจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและบทบาททางสังคมของเขา จึงเป็นแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิด

ขึ้นจริง (Becker. 1974 : 84) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มากหรือน้อยเกินไปมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำ เบคเกอร์ (Becker. 1974:33) ศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมในการตรวจค้นหาบุคคลที่เป็นพาหะของโรคโดยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับต่ำหรือปานกลาง จะกระตุ้นให้บุคคลสนใจมาตรวจว่าตนเป็นพาหะหรือไม่ แต่ถ้าหากบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในระดับสูงเกินไป บุคคลจะวิตกกังวลและพยายามหลีกเลี่ยงการมารับการตรวจซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกินความเป็นจริงนั้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมโรคของตน

ความร่วมมือในการรักษามีความสำคัญต่อการดูแลตนเองเมื่อบุคคลเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ป่วยจะตระหนักถึงอันตรายและติดตามผลทางพยาธิสภาพและมีการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย หรือความพิการของตน ยอมรับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตน ตามแผนการรักษาและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป (Orem. 1980 : 50) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการแรกในการเลือกวิธีการหรือแหล่งการรักษาเสียว่า ส่วนปัจจัยรองลงมาได้แก่ความรู้เรื่องวิธีการเสียว่าตนเองของผู้ป่วย และความเชื่อถือในประสิทธิภาพของการรักษาเสียว่าตนเองหรือวิธีการรักษาแบบพื้นฐาน (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 79 - 82) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและหันมาดูแลตนเองมากขึ้น

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (Perceived benefits) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อแผนการรักษาว่า สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายและควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัดจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2527 : 82) ศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจ

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceive Barrier) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ตามสภาพเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการให้ความร่วมมือในการรักษา จากผลการศึกษาของคลิงเกอร์ (นิตยา ภาสุนันท์ 2527; อ้างอิงมาจาก Klinger. 1984 : 32 - 37) พบว่าการปฏิบัติตัวที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่สะดวกที่จะปฏิบัติ ความไม่สุขสบายจากโรคหรือความเจ็บป่วย การหลงลืม หรือการได้รับคำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือใน

การรักษา ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีผลต่อพฤติกรรมในการควบคุมและรักษาโรคในกลุ่มที่มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันมิให้การดำเนินโรครุนแรงขึ้นอีกทั้งป้องกันมิให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้หรือไม่ นั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการรักษา

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลแล้ว โอเรมได้กล่าวถึง ปัจจัยพื้นฐาน ว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกเข้ามาศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรค

จากที่กล่าวมาข้างต้นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีจะควบคุมภาวะของโรคได้ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องด้วยจึงจะทำให้การควบคุมภาวะของโรคได้ดีขึ้น ดังนั้นจะขอกกล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงดังต่อไปนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อดังนี้

1. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงและอันตราย
2. ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เกิดโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดของสมอง โรคไตวาย และ ตาบอดได้

3. คนไม่สบายมีความดันโลหิตสูงโดยไม่ปรากฏอาการ ซึ่งต้องการการดูแลสุขภาพ
อนามัย

4. การให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนอันตรายได้

5. การให้ความร่วมมือในการรักษาไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายมากเกินไป

ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการควบคุมโรค จะเป็นอุปสรรคต่อ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ตัวอย่างความเชื่อเหล่านี้ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ปรากฏอาการให้เห็น ผู้ป่วยอาจคิดว่าเมื่อความดันโลหิต
สูงจะมีการปวดศีรษะ มึนงง ดังนั้นผู้ป่วยจะรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเมื่อตน
รู้สึกปวดศีรษะ มึนงง เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูงเกิดจากประสาทตึงเครียด ผู้ป่วยอาจคิดว่า ตนจะไม่มีความดัน
โลหิตสูงเมื่อตนสามารถจัดการความเครียด และความวิตกกังวลได้ ดังนั้นตนก็ไม่จำเป็นต้องไปพบ
แพทย์ตามนัด

3. ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถควบคุม และรักษาได้ ผู้ป่วยอาจคิดว่า ตนสามารถ
หยุดรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ เพราะการตรวจครั้งสุดท้ายความดันโลหิตอยู่ใน
ระดับปกติ

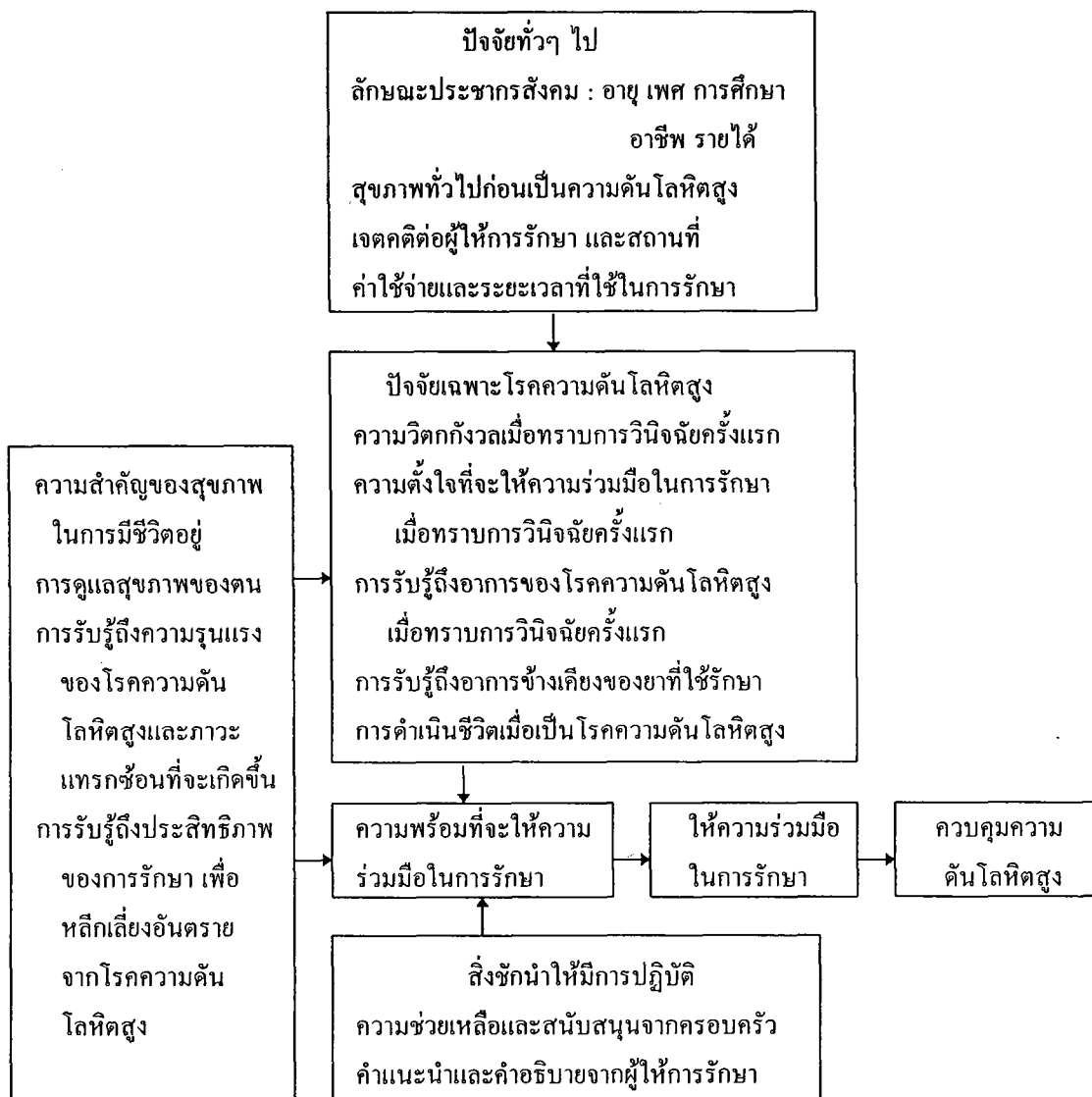
4. ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้โดยการลดน้ำหนัก และลดการรับประทาน
อาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมมากเกินไป ผู้ป่วยอาจคิดว่า ถ้าตนไม่ใส่เกลือลงในอาหาร และลด
น้ำหนักได้ ความดันโลหิตที่สูงจะลดลง แพทย์เคยบอกว่า ตอนนี้ต้องรับประทานยาเพื่อให้ความดัน
โลหิตลดลงก่อน เพราะการลดน้ำหนักจะใช้เวลาานผู้ป่วยสนใจการควบคุมอาหารมากกว่าการรับ
ประทานยา ดังนั้นผู้ป่วยจะควบคุมอาหารจนความดันโลหิตลดลง และหยุดรับประทานยาทันที

นอกจากนี้ เนลสัน และคนอื่น ๆ (Nelson and others. 1978 : 894) ได้สรุปแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6

ปัจจัยของบุคคล

ปัจจัยร่วม

ผลที่เกิดขึ้น



ภาพประกอบ 6 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ที่มา : สุภาพ ไบแก้ว. 2528 : 46 ; อ้างอิงมาจาก Nelson and others. 1978 : 894

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ซึ่งการรับรู้นี้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน อันจะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งจะนี้เป็นพื้นฐานที่นำไปสู่พลังความสามารถ

(Power components) ที่จะช่วยผลักดันให้บุคคลเกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องนั้น จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตามการรักษา รวมทั้งมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสมกับภาวะของโรคและการรักษา ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้

นอกจากความเชื่อด้านสุขภาพแล้ว ปัจจัยพื้นฐานก็เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ภาวะควบคุมโรค

การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ นับเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะบรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพนั้นความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากน้อยเพียงใด โดยศึกษาการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ภาวะควบคุมโรค ซึ่งมีกรอบแนวคิดในการวิจัยจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการดูแลตนเอง ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในด้านความเชื่อ และการดูแลตนเองทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยดังนี้

การวิจัยในต่างประเทศ

คาลด์เวลล์ และคนอื่น ๆ (ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล. 2538 : 89 ; อ้างอิงมาจาก Caldwell and others. 1970 : 579 - 592) ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษา และกลุ่มที่ยังคงรักษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่คงรักษาอย่างสม่ำเสมอมีระยะเวลาในการเป็นโรคนานกว่า และมีความเสี่ยงสูงถึงสูงกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดทั้งประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคมามาก่อนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า

เฮนส์ และคนอื่น ๆ (Haynes and others. 1976 : 1265 - 1268) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมมือในการรักษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้าน และได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวันมีบุคลกรในทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจ กลุ่มควบคุมมีจำนวน 18 คน ได้รับบริการตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ ส่วนสูง น้ำหนักตัวและรายงานประวัติในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มควบคุมให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 1.50 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.30 ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลง 17 คน ใน 20 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน ซึ่งแสดงว่าแรงกระตุ้นและกำลังใจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

เคิร์ชท และโรเซนสตอค (สุวิชา จันทรสิริกุล. 2536 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Kirscht and Rosenstock. 1977) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมาก การรับรู้ต่ออุปสรรค และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคกับการปฏิบัติในการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฮอร์เชย์ และคนอื่น ๆ (Hershey and others. 1980 : 1081 - 1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต ซึ่งใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษา

พบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรคปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาลการรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

พาวเวอร์ และ จาโรวีส (สุรางค์ เปรื่องเดช. 2533 ; อ้างอิงมาจาก Powers and Jalowice. 1987 : 106 - 107) รายงานว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นตัวทำนายการควบคุมความดันโลหิตและการปรับตัวต่อโรคเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ พยายามใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา

ทูและบา (To and Ba. 1991 : 249 - 251) สนใจที่จะทราบสาเหตุของการมีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 ราย เพื่อค้นหาสาเหตุของการหยุดรักษาที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาก่อการขาดแรงจูงใจอันเนื่องมาจากความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรคและพบอุปสรรคในการไปรักษา ผู้ป่วยถึงร้อยละ 95 ขาดการตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยร้อยละ 78 คิดว่าการไม่มีอาการได้แก่อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ เป็นการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 52 ของผู้ป่วยเชื่อว่าการรับประทานยาตามแบบการรักษาตะวันตก (Western medication) เป็นระยะเวลานานจะก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยร้อยละ 12 ที่เชื่อในการรักษาแบบพื้นฐาน และมีผู้ป่วยร้อยละ 72 ที่อ้างถึงเหตุผลที่ต้องรอการตรวจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้ป่วย และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ แต่ไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา

มิลเลอร์ และ ไฮแอทท์ (Miller and Hiatt. 1992 : 104) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเน้นการศึกษาปัจจัยตามแนวความเชื่อเชิงทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของฟิชบายน์ (Fishbein) โดยการตั้งสมมติฐานว่าความตั้งใจจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยที่กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 56 ราย ทำการศึกษาในระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ผล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจและทัศนคติมีอิทธิพลโดยตรงต่อการกินยาตามแผนการรักษา ส่วนความตั้งใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากทัศนคติและแรงจูงใจรวมทั้งได้อิทธิพลโดยอ้อมจากการรับรู้ในความเชื่อของ

กลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรม และการระวังความเครียดอันเป็นพฤติกรรมตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์

การวิจัยในประเทศไทย

พิกุล บุญช่วง (2526 : 76 - 78) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีค่าอัตมโนทัศน์ต่ำ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านการยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 105) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

พัชรี คำรงสุนทรชัย (2531 : ก) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 64 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว และทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการสอนสุขศึกษาซ้ำทุก 1 เดือน เป็นจำนวน 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะคติ ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี พบว่า รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กันกับความสามารถในการดูแลตนเอง

วาสนา ปุณณณวัฒน์ (2532 : ก) ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านประกอบอาชีพ และศาสนา ระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงปกติกลุ่มละ 74 คน พบว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติมีแบบแผนชีวิต ด้านร่างกาย (คือแบบแผนชีวิตที่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดโรค เช่น

การสูบบุหรี่การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัยไม่ถูกต้องการควบคุม น้ำหนักไม่ดี) และด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุรางค์ เปื้องเดช (2533 : 54 - 56) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเพศ ความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 คน เป็นผู้ป่วยนอกจากคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารัตน์ ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแบบวัดการเพศ ความเครียดของจาโรวิส (Jalowiec) และแบบวัดความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของ สุภาพ ใบแก้ว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเพศ ความเครียดด้านเพศน้อยกว่าปัญหามากกว่าด้านแก้ปัญหาทางอารมณ์และด้านลดอารมณ์ตึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมเพศ ความเครียดโดยรวมด้านเพศ ปัญหาและด้านปัญหาทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

รัตนา รุจิรกุล และคนอื่น ๆ (2534 : 65 - 69) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจ ด้วยการศึกษานักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนผู้มีรายได้ในเขตเทศบาลเมืองนครราชสีมา โดยได้เริ่มต้นสำรวจอัตราความชุกชุมของโรคในกลุ่มเป้าหมาย และส่งต่อโรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัย และรักษา ได้กลุ่มตัวอย่างในเขตการศึกษา 65 คน ซึ่งรักษาต่อเนื่องเพียงร้อยละ 46.18 รักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 43.08 และไม่รักษาร้อยละ 10.77 การศึกษานี้ ใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาโรค คือ ระยะเวลาในการรับรู้ตนเองมีความดันโลหิตสูง และเพศ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรักษาอย่างต่อเนื่อง

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2535 : 46 - 47) ได้ทำการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยการศึกษาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดพื้นฐานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 ราย โดยวิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และความรู้ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและพื้นฐานการศึกษา ปัจจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ ความกลัวอัมพาต ความสะดวกและความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิ่นทิพย์ บุญชาติ (2536 :116) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี ซึ่งได้จากการสุ่มแบบระบบจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหญิงมีความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ถูกต้องมากที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ได้แก่ การตั้งครรภ์ ที่อยู่อาศัย อายุและอาชีพ

เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536 : ก) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุซึ่งมาตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ๆ ละ 5 - 9 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์รวม 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าสัดส่วนของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงลดลงในกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองน้ำหนักลดลงมากกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งสัดส่วนของผู้ที่มีระดับความเครียดลดลงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวิชา จันทรสฤษฎ (2536 : ก-ข) ศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ จำนวน 124 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยใช้ขบวนการกลุ่ม มีการจัดอภิปรายกลุ่ม การติดตามให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและการรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่อผลประโยชน์ของการรักษา และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111-126) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล

จังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรครดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัวและปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ สถานภาพทางการเงินและแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

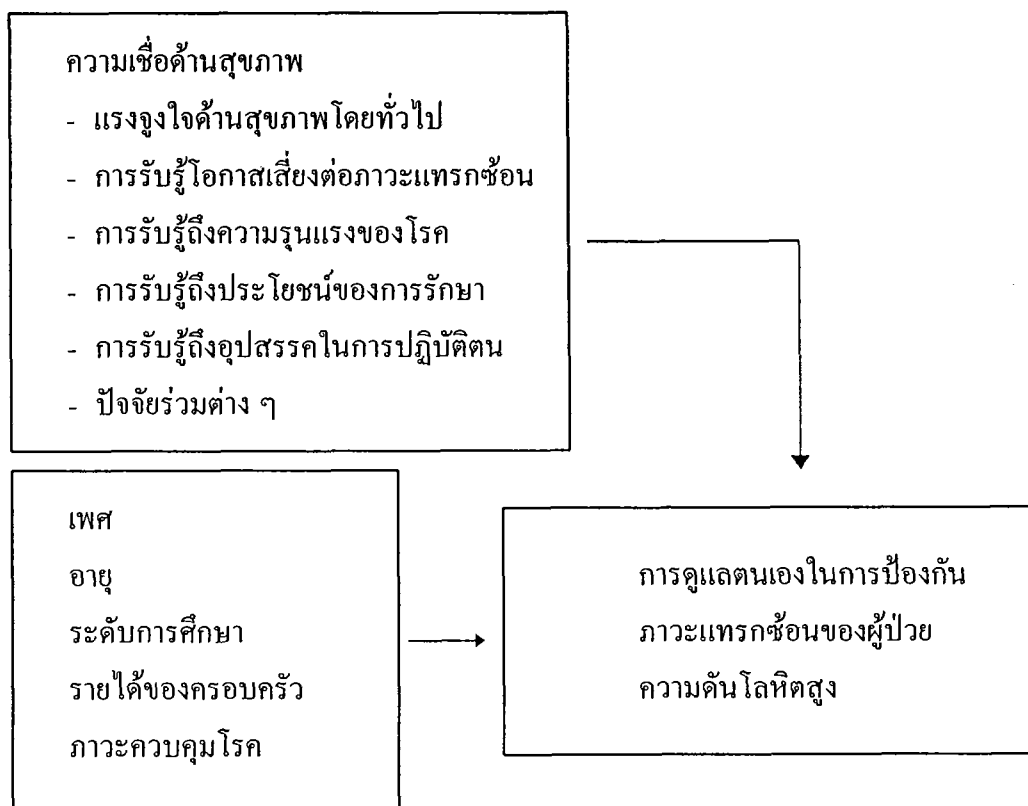
ศิริพร เสาวรส (2538 : 117-124) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับเกณฑ์ดีและมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และศึกษาตามตัวแปรพบว่า อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส แหล่งความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนสภาวะการเจริญพันธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สาตี พิกุลทอง (2539 : 160-162) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตากสิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี และศึกษาตามตัวแปรพบว่า อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพของผู้ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยา

กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 144) ศึกษาพฤติกรรมและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ และจำนวนบุตร ปัจจัยที่ไม่มีผลได้แก่สถานภาพสมรส และพฤติกรรมเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาในด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ เจตคติกับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่ไม่สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เนื่องจากมีความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ฉะนั้นผู้วิจัยคิดว่าความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องรวมทั้งการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพ จากแนวคิดนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างมากในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

6. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เปรียบเทียบความแตกต่างของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 จำนวนประมาณ 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 113 คน โดยการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตาราง เครชชี และมอร์แกน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 303 ; อ้างอิงมาจาก Krejcie and Morgan) และกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. ไม่มีภาวะของโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไต โรคตา เป็นต้น
4. มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาลเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรค

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมอื่น ๆ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 32 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจตามนัด มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 23 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา การวัดผลการศึกษา การวัดและการประเมินผลทางสุขภาพ
3. สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ + 1

ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ 0

ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้ - 1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ ไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า เป็นแบบสอบถาม

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่มารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลาง จำนวน 30 คน ระหว่างเดือนธันวาคม

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนน และวิเคราะห์คุณภาพ ดังนี้

3.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) สร้างข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ เมื่อนำมาหาค่าอำนาจจำแนก พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .0750 - .6327 จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8475 จึงใช้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 32 ข้อ

3.2 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118) สร้างข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คัดเลือกข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์สูงก่อนแล้วตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์น้อยทิ้งไป ได้แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 23 ข้อ ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .1497 - .6502 จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.8198

เกณฑ์ในการให้คะแนน

1. พฤติกรรมด้านความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1.1 ข้อความทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน

1.2 ข้อความทางลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน เมื่อรวมคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี
ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแบบสอบถามตอนที่ 3 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2.1 ข้อความที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	0	คะแนน

2.2 ข้อความที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	2	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน เมื่อรวมคะแนนของผู้ป่วยแต่ละคนแล้วนำมา
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

ค่าเฉลี่ย	1.34 - 2.00	หมายถึง	ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 - 1.33	หมายถึง	ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 - 0.66	หมายถึง	ดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรปรับปรุง

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ศึกษารายงานประวัติ ผู้ป่วยที่แพทย์นัดให้มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง
ซึ่งมีประมาณวันละ 100 คน และคัดเลือกเฉพาะประวัติผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
ไว้ มีประมาณวันละ 20 คน
3. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ที่ได้คัดเลือกไว้แล้วตามเกณฑ์ที่กำหนด และผู้วิจัยได้
ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยอีกครั้ง โดยการสอบถามผู้ป่วยจนแน่ใจว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนตาม
ที่ต้องการ
4. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองใน
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้นโดยไม่จำกัดเวลา ในการ
ตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม เนื่องจากสายตาไม่ดี หรือไม่
ได้นำแว่นสายตามาคัด้วย ผู้วิจัยจะอ่านข้อความดังกล่าวให้ฟังทีละข้อ
5. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยแต่ละรายให้สมบูรณ์จนได้
กลุ่มตัวอย่างครบ 113 คน
6. ตรวจสอบให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรก
ซ้อนตามที่ได้กำหนดไว้แล้ว

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS / PC+ : Statistical package for the social science / personal computer plus) ดังนี้

1. หาความถี่ และค่าร้อยละ ของข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) หรือค่าสถิติเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2,3,4 และ 5
- ถ้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ (Newman - Keuls method)
5. คำนวณหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6
6. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 ค่าร้อยละ
 - 1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 74)

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

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ห่อออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลข ดังนี้

2.1.1 หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนน ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

- + 1 เมื่อแน่ใจข้อคำถามนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยวิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected Item to total correlation) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117 - 118)

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

เมื่อ	R_{XY}	คือ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
	N	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	คือ	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum Y$	คือ	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum XY$	คือ	ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน Y
	$\sum X^2$	คือ	ผลบวกของกำลังสองของคะแนน X
	$\sum Y^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของคะแนน Y

2.3 วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) จากสูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118)

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

เมื่อ	α	แทน	ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
	n	แทน	จำนวนข้อของข้อคำถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 177) ดังนี้

$$t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$\text{โดยที่ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที่
$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2	
S_1^2 และ S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของประชากรกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2	
n_1 และ n_2	แทน	ขนาดของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2	
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)	

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3, 4 และ 5 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2537 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทนค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
MS_B	แทน	ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
MS_w	แทน	ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

3.3 ซึ่งเมื่อพบว่า การทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 267 - 269)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน q - statistic ที่ได้จากรายการ
	MS_w	แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$\tilde{n} = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึง
กลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.4 ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 6 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 322)

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

r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร X
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบของตัวแปร Y
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน x แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของคะแนน y แต่ละตัวยกกำลังสอง
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนนตัวแปร X กับคะแนนของตัวแปร Y
N	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่อและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ภาวะควบคุมโรค โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจค่าระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับการดูแลตนเอง โดยใช้เกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีเพศต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรคที่แตกต่างกันโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2,3,4 และ 5

เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน-คูเอลส์ (Newman-Kuels Method)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	50	44.25
หญิง	63	55.75
รวม	113	100.00
2. อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	1	0.89
40 - 59 ปี	39	34.51
60 ปี ขึ้นไป	73	64.60
รวม	113	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	16	14.16
ประถมศึกษา	52	46.02
มัธยมศึกษา	29	25.66
อุดมศึกษา	16	14.16
รวม	113	100.00
4. รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	37	32.74
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	28	24.78
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	16	14.16
13,001 บาท ขึ้นไป	32	28.32
รวม	113	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
5. ภาวะควบคุมโรค		
ควบคุมได้	57	50.44
ควบคุมได้บางครั้ง	49	43.36
ควบคุมไม่ได้	7	6.20
รวม	113	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.75 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 44.25 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 64.60 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.51 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46.02 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 25.66 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32.74 รองลงมารายได้ 13,001 บาทขึ้นไปต่อเดือนคิดเป็น ร้อยละ 28.32 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 50.44 รองลงมาควบคุม โรคได้เป็นบางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.36

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ ระดับความเชื่อ ด้านสุขภาพ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิต สูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 3 - 4

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับความเชื่อ
1. เพศ				
ชาย	50	3.77	0.31	ดี
หญิง	63	3.89	0.36	ดี
2. อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 40 ปี	1	3.81	0.00	ดี
40 - 59 ปี	39	3.83	0.32	ดี
60 ปี ขึ้นไป	73	3.84	0.36	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	16	3.71	0.39	ดี
ประถมศึกษา	52	3.89	0.34	ดี
มัธยมศึกษา	29	3.83	0.33	ดี
อุดมศึกษา	16	3.79	0.34	ดี
4. รายได้ของครอบครัว				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	37	3.96	0.38	ดี
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	28	3.76	0.32	ดี
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	16	3.74	0.26	ดี
13,001 บาท ขึ้นไป	32	3.80	0.33	ดี
5. ภาวะควบคุมโรค				
ควบคุมได้	57	3.82	0.34	ดี
ควบคุมได้บางครั้ง	49	3.82	0.36	ดี
ควบคุมไม่ได้	7	4.02	0.21	ดี
รวม	113	3.84	0.35	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3.84 อยู่ในระดับดี

จำแนกตามเพศ พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย คือ 3.89 ส่วนเพศชายมีคะแนนเฉลี่ย 3.77 ซึ่งทั้งสองเพศมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

จำแนกตามอายุพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยสูงสุด คือ มีคะแนน 3.84 รองลงมาคือผู้ป่วยอายุ 40 - 59 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.83 และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 3.81 ซึ่งทุกกลุ่มอายุมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพดี

จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.89 รองลงมากลุ่มมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ย 3.83 ระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ย 3.79 และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยระดับ 3.71 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพดี

จำแนกตามรายได้ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.96 รองลงมากลุ่มที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 3.80 กลุ่มรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ย 3.76 และกลุ่มที่รายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน มีค่าเฉลี่ย 3.74 ตามลำดับ ซึ่งทุกกลุ่มมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพดี

จำแนกตามภาวะควบคุมโรค พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.02 ส่วนกลุ่มที่ควบคุมโรคได้และควบคุมได้บางครั้งมีค่าเฉลี่ย 3.82 เท่ากัน ซึ่งทุกกลุ่มมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพดี

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความเชื่อด้านสุขภาพ		
ดี	72	63.72
ปานกลาง	41	36.28
ไม่ดี	-	-
รวม	113	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 63.72 และมีระดับความเชื่อปานกลางจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 36.28

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละ ระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังปรากฏตามตาราง 5 - 6

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
1. เพศ				
ชาย	50	1.30	0.25	พอใช้
หญิง	63	1.40	0.22	ดี

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S	ระดับการดูแลตนเอง
2. อายุ (ปี)				
ต่ำกว่า 40 ปี	1	1.13	0.00	พอใช้
40 - 59 ปี	39	1.30	0.25	พอใช้
60 ปี ขึ้นไป	73	1.39	0.22	ดี
3. ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	16	1.34	0.17	ดี
ประถมศึกษา	52	1.38	0.24	ดี
มัธยมศึกษา	29	1.40	0.25	ดี
อุดมศึกษา	16	1.24	0.22	พอใช้
4. รายได้ของครอบครัว				
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	37	1.44	0.26	ดี
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	28	1.35	0.22	ดี
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	16	1.30	0.21	พอใช้
13,001 บาท ขึ้นไป	32	1.30	0.21	พอใช้
5. ภาวะควบคุมโรค				
ควบคุมได้	57	1.35	0.24	ดี
ควบคุมได้บางครั้ง	49	1.36	0.23	ดี
ควบคุมไม่ได้	7	1.46	0.27	ดี
	113	1.36	0.24	ดี

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง 1.36 อยู่ในระดับดี

จำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี มีค่าเฉลี่ย 1.40 และเพศชายมีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนพอใช้

จำแนกตามอายุ พบว่า ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ยสูงสุด 1.39 อยู่ในระดับดี รองลงมากลุ่มอายุ 40 - 59 ปี มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.30 อยู่ในระดับพอใช้ และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.13 อยู่ในระดับพอใช้

จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 1.40 รองลงมากลุ่มประถมศึกษา มีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.38 มีการดูแลตนเองดี ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ย 1.34 มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดี และระดับอุดมศึกษา มีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.24 มีการดูแลตนเองพอใช้

จำแนกตามรายได้ของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 1.44 รองลงมากลุ่มที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท มีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.35 มีการดูแลตนเองดี กลุ่มที่มีรายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน มีระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.30 มีการดูแลตนเองพอใช้ กลุ่มที่มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉลี่ย 1.30 มีการดูแลตนเองพอใช้

จำแนกตามภาวะควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้ มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 1.46 รองลงมาผู้ป่วยที่ควบคุมได้บางครั้งมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง 1.36 มีการดูแลตนเองดีและผู้ป่วยที่ควบคุมได้มีค่าเฉลี่ยดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 1.35 มีการดูแลตนเองดี

ตาราง 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลตนเอง		
ดี	68	60.18
พอใช้	45	39.82
ควรปรับปรุง	-	-
รวม	113	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 60.18 และมีระดับการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 39.82

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปร เพศ ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	50	1.30	0.25	-2.21*	0.029
หญิง	63	1.40	0.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรคตามลำดับ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ดังปรากฏในตาราง 8 - 11

ตาราง 8 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.28	0.14	2.58	0.07
ภายในกลุ่ม	110	6.12	0.05		
รวม	112	6.41			

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

ตาราง 9 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.30	0.10	1.83	0.14
ภายในกลุ่ม	109	6.10	0.05		
รวม	112	6.41			

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรก
ซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

ตาราง 10 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.41	0.13	2.50	0.06
ภายในกลุ่ม	109	5.99	0.05		
รวม	112	6.41			

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

ตาราง 11 ความแปรปรวนของคะแนน การดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามภาวะควบคุมโรค

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
การดูแลตนเอง					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.08	0.04	0.72	0.48
ภายในกลุ่ม	110	6.32	0.05		
รวม	112	6.41			

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 5

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยหาค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏในตาราง 12

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะ
แทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตัวแปร	r
ความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง กับการดูแลตนเองในการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูง	0.49*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะควบคุมโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้งชายและหญิงที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 113 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ สุภาพ ไบแก้ว โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
 - ตอนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยข้อความทางบวกและทางลบ จำนวน 55 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS / PC+ : Statistical Package for the Social Sciences / personal computer plus) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าที (t-test)

ตอนที่ 5 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 44.25 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 55.75 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 64.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 46.02 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32.74 ผู้ป่วยส่วนมากควบคุมโรคได้คิดเป็นร้อยละ 50.44

ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงพบว่า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 63.72 มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.28 และพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 60.18 มีการดูแลตนเองในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.82

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าเพศชาย

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีความเชื่อด้านสุขภาพสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ขออภิปรายผลในประเด็นความสำคัญดังนี้

ตอนที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 82) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 115) พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดต่ออยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง บุคคลนั้นจะต้องได้รับความรู้และทราบถึงความรุนแรงของโรคนั้น ๆ ก่อน จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 40 - 60 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ชีวิตค่อนข้างมากและได้รับความรู้

จากแพทย์ พยาบาล และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

และจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสาวรส (2538 : 117) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ อยู่ในระดับดี การศึกษาของ สาลี พิกุลทอง (2539 : 148) พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของ กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) พบว่า สตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่พึงปฏิบัติสำหรับมนุษย์ทุกคน เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพสมบูรณ์ ตลอดจน หลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็กและค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (Orem. 1980 : 6) จากเหตุผลดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีอายุ 40 - 60 ปีขึ้นไป เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จึงแสวงหาแนวทางเพื่อรักษาการเจ็บป่วยของตนไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น มีการรับรู้และสนใจที่จะป้องกันความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการปฏิบัติตนเพื่อลดความไม่สุขสบายนั้น ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปรอิสระ 5 ตัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ภาวะควบคุมโรค

2.1 จำแนกตามเพศ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพศต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาค้นครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสิริกุล (2536 : 120) ที่พบว่าเพศของผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและสอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 117) ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกัน

โรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล (2538 : 178) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53) ที่ศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทั้งทางกายและใจที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว มีการประกอบอาชีพนอกบ้าน มีการเข้าสังคม ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้เกิดการบกพร่องในการดูแลตนเองโดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้แสดงบทบาทเป็นผู้ดูแล ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้หญิงจะประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น แต่บทบาทผู้ดูแลนี้ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ผลการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536 : 120) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล (2538 : 178) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. (2535 : 160) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ อายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 118) ที่พบว่าประชาชนเขตเมืองจังหวัดนนทบุรี ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากที่กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงปริมาณและวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลต้องการและมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่เนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และสื่อต่าง ๆ เป็นส่วนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และความเชื่อของบุคคลเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก แม้ว่าอายุจะเปลี่ยนไป นอกจากจะมีแรงจูงใจ หรือเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นจึงยอมรับสิ่งใหม่ๆ เข้ามา การรับรู้ที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล เช่น อารมณ์ ความพร้อม ความสนใจ ความตั้งใจ ค่านิยม วัฒนธรรม ที่จะทำให้นบุคคลมีความเชื่อที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับอายุ

(ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. 2536 : 84) และจากการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 40 - 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการขวนขวายที่จะปฏิบัติกิจกรรมในทางที่จะทำให้ตนมีชีวิตอย่างปกติสุข เมื่อบุคคลยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย ยิ่งต้องดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และคอยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติ ดังนั้น การดูแลตนเองของผู้ป่วยเหล่านี้จึงไม่แตกต่างกัน

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุอมวรรณ อยู่ขำ (2536 : 130) ที่พบว่า บุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาส่วนกลาง ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล (2538 : 178) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 45-46) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 119) ที่พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีการศึกษาต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีมากขึ้น มุ่งเน้นให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หลังการเจ็บป่วย จากการศึกษา ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 46.00 แต่มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะมีอายุระหว่าง 40 - 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างมาก พร้อมกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ มีมากมาย ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งทราบว่าตนเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถควบคุมได้ มีความพยายามอย่างยิ่งในการหาความรู้เพื่อดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยพยายามแสวงหาความรู้เพิ่มเติมในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้ข่าวสารได้จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ และนำความรู้ไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสิริกุล (2536 : 120) ที่พบว่ารายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิจิตกุล (2538 : 178) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 120) ที่พบว่าประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีรายได้ต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ต้องกระทำในช่วงระยะหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่บุคคลจะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้นั้น โอเรม และเทเลอร์ (Orem and Taylor, 1986) ได้เน้นถึงการมีความรู้และทักษะที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล ที่รักษา และสื่อต่าง ๆ ของภาครัฐและเอกชนทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในส่วนนี้ไม่จำเป็นต้องใช้รายจ่ายมากขึ้น อีกทั้งบริการดูแลรักษาในปัจจุบัน โรงพยาบาลได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุอยู่แล้ว ทำให้การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้น ปัจจัยด้านรายได้จึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.5 จำแนกตามภาวะควบคุมโรค

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล บุญช่วง (2526 : 76-78) ที่พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านการยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความ

ร่วมมือในการรับประทานยาและควบคุมระดับความดันโลหิต และจากการศึกษาของ เฮอร์เชย์ และคนอื่น ๆ (Hershey and others. 1980 : 1081-1089) ที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการในระยะแรก จะมีอาการก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเป็นมากแล้ว หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว (ชมพูนุช อ่องจรีต. 2527 : 127) จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นเวลานานพอสมควรที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงพยายามดูแลตนเองให้ดีที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่เนื่องจากค่าของความดันโลหิตสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะดูแลตนเองได้ดีแล้วก็ตาม อาจมีบางครั้งที่ความดันโลหิตไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับปกติได้ ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะควบคุมโรคต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .49 นั่นคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดี จะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงดี ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีก็มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 105) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ฌอนมววรรณ อยู่ขำ (2536 : 138) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคลากรสังกัดกรมพลศึกษาในส่วนกลาง พบว่า บุคลากรกรมพลศึกษาในส่วนกลางมีเจตคติสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการศึกษาของ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 125) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชา จันทรสุนทรกุล (2536 : ก-ข) พบว่า การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดัน

โลหิตสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการรับรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม (สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 47-49) และการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดนั้นเป็นผลจากความเชื่อปัจจุบันของบุคคลนั้นและความคาดหวังของบุคคลที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่รัก ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลนั้น จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเชื่อด้านสุขภาพดี จะมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนติดตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองในระดับดี แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ควบคุมโรคไม่ได้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพ พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น
2. จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางส่วนยังไม่ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการดูแลตนเองให้ปราศจากภาวะแทรกซ้อนได้ดียิ่งขึ้น
3. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและเดินทางมาโรงพยาบาลเพียงลำพัง อาจทำให้เกิดอันตรายได้ง่าย ดังนั้นควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าไม่ย่อท้อต่อการดูแลตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น อาชีพ ลักษณะของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนชีวิตด้านต่าง ๆ
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไป

3. ควรศึกษาประสิทธิผล ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีในการดูแลตนเองให้ปราศจากภาวะเครียดในการดำรงชีวิตประจำวันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรองแก้ว สุขแสง. พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีที่นำบุตรมารับบริการ
สุขภาพ ในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. ปรินิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- กวี เจริญลาภ และชวลิต รัตนกุล. “อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง,” ใน เอกสารการสอน
ชุดวิชาอาหารบำบัดโรค หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ :
เจ็ดหนึ่งการพิมพ์, 2526.
- กฤษฎา บานชื่น. “ถ้าผู้ป่วยถามเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คุณหมอบอกได้ไหม,”
คลินิก. 1 : 44 - 46 ; เมษายน 2528.
- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. เชียงใหม่ : ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิธีการทางการแพทย์สาธารณสุขที่แตกต่างกันต่อความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ สส.ด. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ
ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- จันทร์นิวัตร เกษมสันต์. “ความดันเลือดและยาสำหรับลดความดัน,” ใน คู่มือดูแลรักษาสุขภาพ
หัวใจด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์รักลูก, 2535.
- ชมพูนุช อ่องจรีต. “ความดันโลหิตสูง,” ใน อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ เรื่องการดูแลผู้ป่วยนอก.
กรุงเทพฯ : สันประสิทธิ์การพิมพ์, 2527.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์-
มหาวิทยาลัย, 2537.
- ดวงมณี วิเศษกุล. “โรคความดันโลหิตสูง,” ใน โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว, 2525.
- ถนอมวรรณ อยู่จำ. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคคล สังกัดกรมพลศึกษา
ในส่วนกลาง. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” ใน สุขศึกษา
พลศึกษา-สันตนากร. 15 (4) : 11 - 15 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2532.

นายกรัชมณตรี, สำนัก. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว พ.ศ. 2535 -
2537. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัชมณตรี, 2537.

นิตยา ภาสุนันท์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
กับความร่วมมือโดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท.ม กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล , 2527. อัดสำเนา.

บุญญสิทธิ์ วรจันทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวลและความดัน
โลหิตในสตรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

ปิ่นทิพย์ บุญชาติ. ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี. ปรินูญานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมอนามัย,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1 - 7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.

_____. และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

พิกุล บุญช่วง. การศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติกับการให้ความร่วมมือในการรักษาใน
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ,
2526. อัดสำเนา.

พัชรี ดำรงสุนทรชัย. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้เทปคำบรรยายประกอบ
ภาพพลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2531. อัดสำเนา.

เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัด
นนทบุรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

เพ็ญศรี หงษ์พานิช. ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
อัดสำเนา.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวชนบท : กรณีศึกษาหมู่บ้าน 2 แห่งในภาคอีสาน. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

พวงพยอม การกัญญา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2538.

ไพบุลย์ จาตุรปัญญา. ธรรมชาติบำบัดความดันเลือดสูง. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์รวมพรรณ, 2532.

เยาวดี สุวรรณนาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

รัตนา รุจิรกุล และคนอื่น ๆ. “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาตนเองของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง,” ใน รายงานการวิจัย. นครราชสีมา : ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2534.

ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

วชิรพยาบาล. รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. กรุงเทพฯ : หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติฝ่ายวิชาการ วชิรพยาบาล, 2539.

วลัย อินทร์มรรย. “อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง,” ใน โภชนบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530.

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

วิเชียร เกตุสิงห์. “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,” ใน ข่าวสารสำนักสารสนเทศทางการศึกษาแห่งชาติ. 18 (3) : 8 - 11 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.

- ศิริพร เสาวรศ. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538. อัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง,” ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ ฯ : วิ.เจ.พรินต์, 2537.
- สมจิตต์ สุพรรณทนต์. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 3. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- สมชาติ โลจายะ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ ฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2524.
- _____. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ ฯ : กรุงเทพฯเวชสาร, 2536.
- สมพงศ์ สหพงศ์. ความดันเลือดสูงและอาหาร และไขมันแต่ละชนิดแตกต่างกันอย่างไร. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักพิมพ์รวมธรรม, 2536.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. “ไบโอฟีดแบค : แนวคิดสู่การปฏิบัติ,” วารสารพยาบาลศาสตร์. 6 ; ตุลาคม - ธันวาคม, 2531.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537
- _____. อนุทินสาธารณสุข พ.ศ. 2537 - 2538. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- _____. สถิติสาธารณสุขที่น่าสนใจ. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- _____. สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537-2538.
- สาริต อาชานานุภาพ. ความดันโลหิต. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัท มีเดียพริ้นท์ จำกัด, 2538.
- สาตี พิกุลทอง. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตากสิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ ฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ ฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

สุธรรม แผ่นดิน. “ลดความดันโดยไม่ใช้ยา,” หมอชาวบ้าน. 163 : 35 - 36 ; พฤศจิกายน 2535.

สุเกียรติ อาชานานภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2532.

สุรีย์ จันทโรล. วิธีการทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2527.

สุพันธ์ เกษมกิจวัฒนา. “การรักษาความดันโลหิตในระดับต่าง ๆ ,” ใน เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

สุพันธ์ สิทธิสุข. “การรักษาความดันโลหิตในระดับต่าง ๆ ,” ใน เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

สุรงค์ วรกุลสวัสดิ์ และจิระวรรณ วรกุลสวัสดิ์. “การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา,” ใน บทคัดย่อโครงการวิจัยที่นำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สุรางค์ เปื้องเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

สุวิชา จันทรสฤษกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุ จ.แพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

เสก อภัยธนุเคราะห์. การออกกำลังกายสายกลางเพื่อสุขภาพและชะลอความแก่. กรุงเทพฯ : ภาควิชาออร์โทปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟูคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

โสภณ พานิชพันธ์. การใช้ยาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์เกษตร, 2526.

สันต์ หัตถิรัตน์. มารู้จักความดันโลหิตสูงกันเถอะ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2535.

Adeyanju , M.and others. “A-year study of obesity and its relationship to high blood pressure in adolescent,” Journal of School Health. 5 - 7 ; March, 1987.

- Becker, M.H. and L.A Maiman. "Strategies of enhancing patient Compliance," Journal of Comm Health. 6 : 113 - 115 ; Winter, 1980.
- Becker, M.H.. "The Helth Belief Model and Sick Role Behavior," In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc. 1974.
- Becker, M.H. and others. "The Health Belief Model" In selected psychosocial model and correlates of individual health - related behaviors. Medical Care. 15 : 27, 1977.
- Connelly, C.E. "Self - Care and the chronically ill patient," Nursing Clinics of North America. 22 ; 1987.
- Davis, B.R., and other. "Coffee consumption and serum cholesterol in the hypertension detection and follow up program," American Journal of Epidemiology. 128 : 124 - 136 ; July, 1988.
- Dracup, Kathleen A. and Melies, AFAP I. "Compliance : an Interactionist," Nursing Research. 31 (1) : 31 - 35 ; January - February, 1982.
- Haynes, R.B. and others. "Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension," Lancet. 1 : June, 1976.
- Helen, C. Lox. Clinical application of Nursing diagnosis. 2nd Philadelphia : F.A. Davis Company, 1993.
- Hershey, J.C. and others. "Patient compliance with antihypertensive medication," American Journal of Public Health. 70 : 1081 - 1089 ; October, 1980.
- Joseph, L.S. , Sacco. "Self care and the nursing process," Nursing Clinics of North America. 15 : 132 ; March, 1980.
- Joint National Committee . "Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure," Arch Intern Med. 140 : 1280 - 1285 ; October, 1980.
- Kennel, B. Willian and others. "Epidemiologic Assessment of The Role of Blood Pressure in Stroke : the Framingham Study," The Journal of the American Medical Association. 214, January, 1970.
- Kerr, G.R. and M.Z. Nichaman. "Salt and hypertension," Public Health Rev. 14 : 27 - 104 ; 1986.
- Kochar, S. Mahendr and M. Daniels, Linda. Hypertension Control: For Nurses and Other Health Professionals. St. Louis : the C.V. Mosby Company, 1978.

- Marcinek, B. Margaret. "Hypertension : What it does to the body," American Journal of Nurse. 80 : 928 - 935 ; May, 1980.
- Mac Mahon, F. G. Management of Essential Hypertention. New York : Futura Publishing Company, 1984.
- Miller, P., R. Wikoff and A. Hiatt. "Fishbein's Model of Reasoned Action and Compliance Behavior of Hypertensive Patients," Nursing Research. 41 (2) ; March - April, 1992.
- Nelson and others. "Impact of Patient Perception on Compliance with Treatment for Hypertension," Medical Care. 16 (11) : 893 - 906 ; November ,1978.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice . New York : Mc Graw-Hill Book Company, 1971.
- . Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1980.
- . Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc Graw - Hill Book Company, 1985.
- . and Taylor, S. "Orem's general theory of nursing," Case Studies in Nursing Theory. Edited by P. Winstead-Fry. New York : National League for Nursing, 1986.
- Pender, N.J. Health Promotion Nursing Practice. New York : Appleton-Century-Crofts, 1982.
- Rosenstock, I. "Historical Origins of the Health Belief Model," The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack, Inc. 1974.
- Schieder, R.E. and F.H. Messerli. "Obesity hypertension," Medical Clinics of North America. 71 : 991 - 1001 ; September, 1987.
- Simpoulos, P. Artenis. "The nutritional aspects of hypertension," Am J Clin Nutr. 42 : 909 - 912 ; November, 1985.
- To, Lin and Ba, Ngah. "The Mentakab Hypertension Study project. Part II... Why do hypertensives drop out of treatment ?," Singapore Medical Journal. 4 (32) ; August, 1991.
- Ueshima, H. and others. "Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese population," Journal of Chronic Disease. 37 : 585 - 592 ; 1984.
- WHO. "Primary prevention of essential hypertension," World Health Organization Technical Report Series. 686, 1983.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือการทำปริญญานิพนธ์

เรียน ท่านผู้เชี่ยวชาญที่เคารพ

ในการประเมินข้อคำถาม ในแบบสอบถามเพื่อการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดิฉันได้แนบความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า ตัวแปรที่ศึกษา นิยามศัพท์ และสมมติฐานมาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย ขอได้โปรดประเมินข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยตรวจเช็คในแต่ละหัวข้อว่า ใช้ได้ ใช้ไม่ได้หรือต้องปรับปรุงแก้ไข หากเห็นควรต้องปรับปรุงแก้ไข ขอได้โปรดแก้ไขข้อความลงในข้อคำถามนั้น ๆ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้าเป็นอย่างสูง มา ณ. โอกาสนี้ด้วย

ด้วยความเคารพ

(นางอรชร ศรีไทรล้วน)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

ที่ ทม 1007 / 5900



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการวชิรพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรชร ศรีไทรล้วน เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์เศวต นนทภานันท์
และ นางสมศรี ศรีชื่น เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119



ที่ ทม 1007 / 5900

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรชร ศรีไทรล้วน เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญา
นิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส

ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ

เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพวรรณ คำนประดิษฐ์,
อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร และ อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณ
ภาพเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119



ที่ ทม 1007 / 5900

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรชร ศรีไทรล้วน เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส

ปีทมภาสพงษ์

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ

เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตอบแบบสอบถาม ใน
ระหว่างเดือนธันวาคม 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119



ที่ ทม 1007 / 5900

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุภูมิวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 ธันวาคม 2540

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางอรชร ศรีไทรล้วน เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญา
นิพนธ์ เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส

ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ

เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขออนุญาตให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดัน
โลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์
2541 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร 2584119

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. ศาสตราจารย์พิเศษ นายแพทย์เสวต นนทกานันท์
 นายแพทย์ 9 ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุกรรม
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
 ศาสตราจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. นางสมศรี ศรีชื่น
 พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลหัวหน้าหน่วยโรคหัวใจและ
 หลอดเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพพรรณ คำนประคินฐ์
 อาจารย์ 2 ระดับ 8
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์
 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
4. อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร
 อาจารย์ 2 ระดับ 7
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร
 อาจารย์ 2 ระดับ 7
 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพของเครื่องมือ

เลขที่.....

HN.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการเผยแพร่ความรู้ ในด้านส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มี 3 ส่วน

- ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

อรชร ศรีไพรล้วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ

() ต่ำกว่า 40 ปี

() 40 - 59 ปี

() 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

() ต่ำกว่าประถมศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

4. รายได้ของครอบครัว/เดือน

() ต่ำกว่า 3,000 บาท

() 3,000 - 8,000 บาท

() 8,001 - 13,000 บาท

() 13,001 บาทขึ้นไป

5. ภาวะความดันโลหิตควบคุมได้

() ควบคุมได้

() ควบคุมได้บางครั้ง

() ควบคุมไม่ได้

หมายเหตุ ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อตามความเป็นจริงของท่าน ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีข้อใดถูก หรือผิด (กรุณาตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบถือหลักเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อ ของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาให้หายขาดได้.....					
2. ท่านคิดว่าถ้ามาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จะรักษาโรคให้หายได้.....					
3. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีควรปฏิบัติเป็นประจำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....					
4. การทำจิตใจให้สงบไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลงได้.....					
5. ถ้าน้ำหนักท่านเพิ่มขึ้นท่านมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้.....					
6. ถ้าท่านดื่มสุรา จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น.....					
7. ถ้าท่านมารักษาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้หัวใจวายได้.....					
8. ถ้าท่านงดอาหารเค็ม จะทำให้ท่านมีโอกาสเกิดโรคไตน้อยลง.....					
9. ท่านคิดว่าการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้.....					
10. ท่านคิดว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมความดันโลหิตได้.....					
11. ถ้าท่านควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ จะไม่มีอันตรายต่อชีวิต.....					

ข้อความถาม	คำตอบ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. ถ้าท่านควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ท่านมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ โรคไต อัมพาตหรือตาบอดได้.....					
13. ท่านมาตรวจตามนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ เท่านั้น.....					
14. ถ้าท่านปวดศีรษะบ่อย ๆ ท่านมีโอกาส เป็นอัมพาตได้.....					
15. ท่านคิดว่าเมื่อท่านมีความเครียดและ วิตกกังวลมากจะทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้น.....					
16. ถ้าท่านลืมรับประทานยา เมื่อต่อไปก็ รับประทานชดเชยได้.....					
17. ท่านคิดว่าควรรับประทานยาลดความดัน โลหิตเมื่อมีอาการปวดศีรษะเท่านั้น.....					
18. ท่านคิดว่าการมาตรวจตามนัดทุกครั้งเป็น สิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง.....					
19. ท่านคิดว่าการรับประทานยาควบคุม ความดันโลหิตทุกวัน ทำให้ชีวิตไม่มี ความสุข.....					
20. ถ้าท่านสามารถจัดการความเครียดได้ ก็ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัด.....					
21. ถ้าท่านไม่รับประทานอาหารรสเค็ม การควบคุมความดันโลหิตจะได้ผล ดีขึ้น.....					

ข้อคำถาม	คำตอบ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
22. ถ้าท่านไม่วางท่านให้คนอื่นมาขอรับยาแทนท่านได้.....					
23. ท่านคิดว่าการควบคุมความดันโลหิตสูงให้ปกติต้องเปลี่ยนแปลงนิสัยความเคยชินของท่านหลายอย่าง.....					
24. ท่านต้องเสียเวลามากในการมาตรวจแต่ละครั้ง.....					
25. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหารของท่านทำให้เป็นภาระในการประกอบอาหาร.....					
26. ท่านไม่มีเวลามากพอสำหรับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ.....					
27. ท่านคิดว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวมาก.....					
28. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของท่านเป็นอย่างดี.....					
29. ท่านมีความพอใจในการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง.....					
30. ท่านคิดว่าพยาบาลในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี.....					
31. ท่านคิดว่าได้รับการบริการที่ดีทุกครั้งที่มาการรักษา.....					
32. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านค่ารักษาจากโรงพยาบาล.....					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

การเลือกตอบข้อหลักเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน
ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	หมายถึง	การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติไม่เป็นกิจวัตรประจำวัน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	การกระทำที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่เคยปฏิบัติ

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ท่านรับประทานมากกว่าค่านึงถึงอาหารที่ควรงดเว้น.....			
2. ในระหว่างรับประทานอาหารท่านมักจะดื่มเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว.....			
3. ท่านใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหาร.....			
4. ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน, ก๋วยเตี๋ยว.....			
5. ท่านใช้ผักในการประกอบอาหารเป็นส่วนใหญ่.....			
6. ท่านรับประทานของหมักดอง เช่น มะม่วงดอง ผักกาดดอง.....			
7. ครอบครัวของท่านใช้ผงชูรส หรือ ซุปก้อน - สำเร็จรูปในการประกอบอาหาร.....			
8. เมื่อน้ำหนักตัวของท่านเพิ่มขึ้นจากเดิมท่านจะควบคุมน้ำหนักโดยการจำกัดอาหาร.....			
9. ท่านรับประทานอาหารว่างเพิ่มขึ้นจากมื้ออาหาร 3 มื้อ.....			
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่.....			
11. ท่านมีการเลี้ยงสังสรรค์กับเพื่อนและดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม.....			
12. ท่านสูบบุหรี่.....			
13. บุคคลใกล้เคียงท่านสูบบุหรี่ ท่านจะเดินหนีทันที.....			
14. ท่านหยุดยาลดความดันโลหิตเองเมื่อความดันโลหิตของท่านปกติ.....			
15. ท่านนั่งพักทันทีเมื่อรู้สึกเหนื่อย.....			
16. ท่านควบคุมน้ำหนักโดยวิธีออกกำลังกาย.....			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ้างเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
17. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละ 15 นาทีหรือมากกว่า ต่อวัน.....			
18. ท่านทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำอาหาร.....			
19. ท่านทำสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด.....			
20. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายใจท่านจะหาวิธีพักผ่อน คลายความเครียด เช่น ดูทีวี			
21. ท่านสวมหมวกก่อนนอน.....			
22. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง.....			
23. ท่านตรวจเช็คร่างกายประจำปีเพื่อดูว่าเป็น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตา หรือไม่.....			

ภาคผนวก ก.

คำอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.3599
2	.3976
3	.6283
4	.3775
5	.4995
6	.2347
7	.5994
8	.3022
9	.1677
10	.6287
11	.3692
12	.6327
13	.4060
14	.1586
15	.6221
16	.4024
17	.0750
18	.3013
19	.4181
20	.2513
21	.3025
22	.5122
23	.1686
24	.2932

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
25	.1296
26	.3414
27	.4920
28	.6271
29	.4359
30	.3456
31	.2478
32	.4268

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .8475

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเองในการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.3358
2	.6323
3	.2409
4	.5020
5	.3887
6	.1497
7	.2531
8	.3277
9	.2677
10	.6502
11	.2826
12	.3578
13	.3809
14	.2762
15	.2251
16	.5754
17	.5818
18	.2485
19	.2668
20	.4592
21	.6004
22	.5184
23	.2138

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เท่ากับ .8198

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางอรชร ศรีไทรล้วน
วัน เดือน ปี เกิด	28 กรกฎาคม 2502
สถานที่เกิด	อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	367/164 ซ. วัดรวกสุทธาราม บางขุนศรี บางกอกน้อย กรุงเทพ ฯ 10700
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์พยาบาล
สถานที่ทำงาน	ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2520	มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) โรงเรียนสตรีมหาพัฒนาราม
พ.ศ. 2524	ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2528	การศึกษาระดับบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2533	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2541	การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
อรรชร ศรีไทรล้วน

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา

ตุลาคม 2541

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรค

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 113 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติที่ การทดสอบค่าสถิติเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลล์ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและภาวะควบคุมโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน
5. ความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**HEALTH BELIEFS AND SELF CARE TO PREVENT THE COMPLICATIONS
OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AT
VAJIRA HOSPITAL IN BANGKOK**

**AN ABSTRACT
BY
ORACHON SRISAILUAN**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
October 1998**

The purposes of the study were the relationship between health beliefs and self care to prevent the complications of hypertensive patients at the hypertensive clinic in Vajira Hospital.

The independent variables were sex, ages, educational levels, incomes of family and state of disease control.

The sample were 113 patients with essential hypertension who attended periodically at least a year at hypertensive clinic in Vajira Hospital selected by purposive sampling. All of the data were obtained by questionnaires about health beliefs and self care to prevent the complication by analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, multiple comparison by Newman-Keuls method and Pearson product moment correlation.

The results of the study were as follows :

1. The hypertensive patients had health beliefs at good level.
2. The hypertensive patients had self care to prevent the complications at good level.
3. There was significant difference in the self care to prevent the complications of those with different sex at the .05 level.
4. There was no significant difference in the self care to prevent the complications of those with different ages, educational levels, incomes of family and states of disease control.
5. There was positive relationship between health belief and self care to prevent the complications at the .05 level.