

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ที่มี
ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กันยายน 2558

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ที่มี
ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

อำภรพรรณ ข้ามสาม

การค้นคว้าแบบอิสระนี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กันยายน 2558

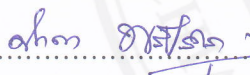
ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่


อำภรพรรณ ข้ามสาม


การค้นคว้าแบบอิสระนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

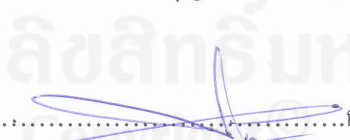
คณะกรรมการสอบ

อาจารย์ที่ปรึกษา


.....ประธานกรรมการ
(ดร.ศักดิ์ดา พริงลำภู)


.....
(ผศ.ดร.วีระพร สุทธากรณ์)


.....กรรมการ
(รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)


.....กรรมการ
(ผศ.ดร.วีระพร สุทธากรณ์)

7 กันยายน 2558

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่



แต่
บิดา มารดา ครูอาจารย์ และครอบครัวอันเป็นที่รัก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าแบบอิสระนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้อำนวยการเจ้าหน้าที่ และผู้ป้วย
ทุกท่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ที่ได้อนุญาตและสละเวลา
ในการให้ข้อมูล ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา
ขอกราบขอบพระคุณในความเมตตาจากท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิระพร สุทธิธรรมที่ได้กรุณาสละเวลาในการให้ความรู้
คำแนะนำ และแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้ด้วยความเอาใจ
ใส่และให้การสนับสนุนผู้ศึกษามาโดยตลอด จนการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบการค้นคว้าแบบอิสระทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ เพื่อให้การค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการเรียนอันเป็น
พื้นฐานในการดำเนินการค้นคว้าแบบอิสระตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ
ที่ใช้ในการศึกษา พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการปรับปรุงเครื่องมือการ
ค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้ศึกษาขอกราบเท้าขอบพระคุณ บิดา มารดา ผู้เป็นที่เคารพรัก ขอขอบคุณพี่ๆ
เพื่อนๆ ซึ่งคอยให้กำลังใจและความห่วงใยเสมอมา จนการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไป
ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้เกิดจากการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบา
อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์

อำภรพรรณ ข้ามสาม

หัวข้อการค้นคว้าแบบอิสระ	ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่
ผู้เขียน	นางสาวอำภรพรรณ ขำสาม
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิระพร สุทธากรณ์

บทคัดย่อ

ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หากมีความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง ช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โดยเลือกผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจำนวนทั้งหมด 133 รายเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานยา เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .81 และ .72 ตามลำดับ ส่วนการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคที่ .70

ผลการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 34.6$, S.D = 0.3 และ $\bar{X} = 29.3$, S.D = 0.6 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.7$, S.D = 1.1) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 30.7$, S.D = 0.6) โดยเมื่อพิจารณาบางประเด็นพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม โดยร้อยละ 52.7 เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยาและ ร้อยละ 56.3 ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากต้องปัสสาวะบ่อย ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง พบว่า ร้อยละ 38.3 ไม่เคยมีการ

ตรวจสอบชื่อ - สกุล ที่หน้าซองก่อนการรับประทานยา ร้อยละ 60.1 จะไม่รับประทานยาทันทีที่นึก
ได้หากมีการลืมรับประทาน ร้อยละ 13.5 เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองและ
ร้อยละ 43.6 ไม่ไปพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติหรืออาการไม่ดีขึ้น หลังจากรับประทานยารักษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ เป็น โรคความดันโลหิตสูงในชุมชนท่าข้ามมีความเชื่อด้าน
สุขภาพในระดับที่ดี แต่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ที่มีพฤติกรรม
การรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสมอาจนำไปสู่การควบคุมระดับความโลหิตไม่ได้ และ เกิด
ภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา ดังนั้น กลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่
เกี่ยวข้องต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Independent Study Title Health Belief and Compliance Behavior with Prescribed Medication Among People with Hypertension at Thakham District Health Promoting Hospital, Mueang District, Phrae Province

Author Miss Amponpun Kamsam

Degree Master of Public Health

Advisor Assistant Professor Dr. Weeraporn Suthakorn

Abstract

Appropriate health belief promotes compliance behavior with prescribed medication among diagnosed hypertensive person. This leads to being able to control blood pressure level. The purpose of this study is to investigate health belief and compliance to prescribed medication among high blood pressure patients at Thakham District Health Promoting Hospital, Mueang District, Phrae Province. A total of 133 patients diagnosed with hypertension and hyperlipidemia were selected to participate in the study. This study was carried out using a pre-structured and validated questionnaire, designed and developed based on literature review. The questionnaires were constructed into three parts: 1) general information, 2) health belief questions; and 3) compliance behavior to prescribed medication. Face validity of the questionnaire instrument in Part 2 and 3 was approved by experts in the field of health education. Content Validity of the two parts was approved with the content validity index, 0.81 and 0.72, respectively. The alpha Cronbach coefficient of the reliability test for the questionnaire was 0.70.

Results of this study regarding to health belief were classified into three parts. Perceived severity of the disease and perceived benefit of medication taking were at high level (\bar{X} =34.6, S.D = 0.3 and \bar{X} = 29.3, S.D = 0.6, respectively). Perceived barriers of medication-taking was moderate

level ($\bar{X} = 14.7$, S.D = 1.1). Moreover, compliance behavior with prescription medication was moderate ($\bar{X} = 30.7$, S.D = 0.6). When considering some issues, it was found that some of the respondents had poor perceived barriers of medication-taking. Of which, 52.7% of them experienced bad feelings about their medication-taking, and 56.3% were reluctant to take their medication due to frequent urination. Regarding to inappropriate medication-taking behavior, the study found that 38.3% have never verified their name on the medication packages, 60.1% would not immediately take the medicines once they realized they have forgotten, 13.5% ever took over-counter medicine for hypertension on their own, and 43.5% would not see a physician when they experienced unusual symptoms caused by medication taking.

The result of this study suggests good level of health belief among hypertensive people in Thakham community. However, they have moderate compliance behavior on prescribed medication. Those who had poor compliance may develop uncontrollable blood pressure level which leads to complicated symptoms. Therefore, such individuals would require special attention and assistance from local healthcare staffs.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ง
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
ABSTRACT	ช
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
1.3 ขอบเขตการศึกษา	6
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	6
1.5 คำถามการศึกษา	6
1.6 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	8
2.1.1 สถานการณ์ สถิติ ความรุนแรงของปัญหา	10
2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรค	10
2.1.3 การดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน	12
2.2 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ	15
2.3 พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	31
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	33
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	35

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	37
ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประวัติการรักษา	39
ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ	41
ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	45
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
5.1 สรุปผลการศึกษา	48
5.2 อภิปรายผล	49
5.3 ข้อเสนอแนะ	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	59
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์	60
ภาคผนวก ข ใบชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษา	61
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	63
ภาคผนวก ง แบบสอบถาม	64
ประวัติผู้เขียน	72



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=133)	37
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประวัติการรักษา (N=133)	39
ตารางที่ 3	ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคคั่นโลหิตสูง (N=133)	41
ตารางที่ 4	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง (N=133)	42
ตารางที่ 5	จำนวนร้อยละของประชากรจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา (N=133)	43
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนรวม ของประชากรจำแนกตามการรับรู้ในด้านต่างๆ	45
ตารางที่ 7	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานยา	45

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

19



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามโลกและประเทศไทย ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) รายงานว่า ทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคนซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คนใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ก็พบมี 1 คนใน 3 คนที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเช่นกัน และมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้อีกเกือบ 8 ล้านคนส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้อยู่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพฤกษ์อัมพาตและโรคหัวใจ

สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคเมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2544 และปี 2554 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 287.5 เป็น 1433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า และ นอกจากนี้ยังพบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรสูงเรียงตามลำดับดังนี้ ภาคเหนือ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบสูงใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือน้อยสุด (1,2251,2111,019 และ 664 ตามลำดับ) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าในประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า 2,661,954 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83) (โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน, 2554)

จังหวัดแพร่มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีประชาชนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดแพร่ ปี 2553 2554 และ 2555 เป็นจำนวน 7,5679,114 และ 9,365 คิดเป็นอัตรา 1,653.52 1,991.572,046.41 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งในปี 2555 กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยเท่ากับ 2,046.41 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมาเป็นอันดับที่ 2 รองจากความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และพบว่าในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 3,664 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2555)

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด หัวใจวาย หลอดเลือดโป่งพอง (เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาโป่งพอง) โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง (WHO, 2005) ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมกรกินอาหารสามารถช่วยลดความดันเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวได้ การมารักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอก็เป็นอีกวิธีหนึ่งจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้เช่นกัน จากการศึกษาพบว่า การไม่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต จากการศึกษาของ WHO ในปี 2005 พบว่าร้อยละ 30 - 50 ของผู้ที่มารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงจะหยุดการรักษาภายใน 1 ปี และยังพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอมีจำนวนร้อยละ 50-70 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนจากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 35.9 และ 35.8 ตามลำดับ (Chapman et.al. 2005 อ้างใน สุกัญญา เหมะ, 2550) ซึ่งการรักษาที่ไม่สม่ำเสมออาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา เป็นต้น ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานได้ไม่เป็นปกติ และหากทำลายรุนแรงมากพออาจทำให้ถึงแก่กรรมได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษาจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการและต้องการรักษาต่อเนื่องยาวนานทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Wood MK, 2004) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยามีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษาได้

(สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551) ผู้ป่วยที่ไม่กินยาหรือขาดการรักษาอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงบางรายไม่สนใจที่จะให้ความสำคัญกับยาความดันโลหิตสูงและยังขาดความรู้ใน การใช้ยาที่ถูกต้อง (PapatyaKarakurt,2012) และด้วยจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยกินทุกวันเนื่องจากจำนวน เม็ดยาที่มีปริมาณมากก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจและให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาและ มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Dennis Thoma, 2010)

จากการศึกษาของ หทัยรัตน์ ธิตีศักดิ์ (2540) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความ ดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่จำเป็นต้องใช้ยาในการควบคุม ระดับความดันโลหิตนั้นจำเป็นต้องมีการรับประทานยาให้ถูกต้องตามผลการรักษาของแพทย์ ได้รับ ปริมาณยาและเวลาที่เหมาะสม การหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยาจะมีผลต่อการรักษา มาก การลืมหรือละเลยที่จะรับประทานยาตามแพทย์สั่งจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล รวมไปถึงการที่ผู้ ที่มีความดันโลหิตสูงไม่เข้าใจการรับประทานยาและคิดว่ารับประทานยาเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น เมื่อสบายดีก็หยุดรับประทานยาหรือเมื่อมีอาการมากก็จะเพิ่มขนาดของยาเองซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ มักจะพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึง จำเป็นต้องมีความเข้าใจและมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อที่จะได้รับประ โยชน์จากการใช้ยาสูงสุด และเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเช่น พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตาม หลักการ คือ ถูกขนาด ถูกคน ถูกเวลา ถูกโรค และถูกวิธี การสังเกตอาการข้างเคียงหรือการจัดการกับ อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การเก็บรักษายาที่ถูกวิธี และการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาอื่นๆ ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา การไม่หยุดยา เพิ่มยา หรือลดขนาดยาเอง เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตลงได้

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยส่วน บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพกล่าวคือเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะทำสิ่งต่างๆ ตามความเชื่อนั้นซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมในบางบวกหรือทางลบก็ได้ (วัลลา ตัน ดโยทัย, 2543; Ferguson, 1998; Maiman, Becker, Kirseht, Haefner, & Drachman, 1977) อ่าง ในศศิธร อุตตะมะ (2549) ซึ่งในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันและรักษาโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวว่าบุคคล จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจาก ภาวะคุกคามของโรคโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับ จากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (รัตนา เรือนอินทร์, 2550) ซึ่ง Becker ได้

อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยกล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยให้บุคคลปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล ถ้าบุคคลนั้นรับรู้และเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าโรคจะมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อครอบครัวต่อสังคมของตนเองก็จะเกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการรับรู้ของบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นต้น และสุดท้ายปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค โดยบุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมต้องมีความเชื่อและเปรียบเทียบว่าสิ่งนั้นก่อผลดี ลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้ หรือสิ่งที่จะกระทำนั้นก่อให้เกิดความไม่สะดวกที่เป็นอุปสรรคขัดขวางมากกว่ากัน โดยถ้าบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์มากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ซึ่งจากการรวบรวมการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี จำนวน 29 การศึกษาโดย Janz และ Becker อ้างใน สุมาลี วัจนกร(2551) พบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในเกือบทุกการศึกษา (ร้อยละ 91.8177 และ 59 ตามลำดับ)

จากการศึกษาของBeckerอ้างใน ศศิธร อุตะมะ(2549) พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพต่างๆ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพต่างๆเช่น การศึกษาของ กรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน จากผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงสาเหตุส่งเสริมการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจะมีกิจกรรมการดูแลตนเองดี ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเมื่อเข้ามารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงจะได้รับการสอนหรือแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้มีการรับรู้ถึงสาเหตุส่งเสริมการเกิดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทุกรายผู้ป่วยจึงพยายามปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด ส่วนการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงและอันตรายมากจะมีกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่คิดว่าความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่รุนแรง และในส่วนของ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนพบว่าการรักษาเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดี ส่วนผู้ที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีอุปสรรคน้อยในการปฏิบัติตนก็จะมีการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมซึ่งเป็นผลรวมของ

ความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านนั้นพบว่า ผู้ที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม จะมีการดูแลตนเองดี

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(health belief model) มาใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ซึ่งจากการศึกษาข้อมูลและสอบถามเจ้าหน้าที่พบว่าจากสถิติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม มีผู้ที่มารับรักษาความดันโลหิตสูง ปี 2552-2556 เป็นจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 109ราย เป็น 136 ราย ผู้ป่วยบางรายขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง บางรายขาดการรับยาและหยุดยาเองซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยด้วยเหตุผลนี้จึงทำให้ผู้ศึกษาเกิดความสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ถูกขนาด ไม่อ่านวิธีใช้ยาก่อนรับประทานยาหรือลืมรับประทานยาเพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่แจ้งแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้รักษาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยผู้มีความสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ซึ่งโดยทั่วไปการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะใช้ในแง่ของการป้องกันโรคสำหรับผู้ที่ยังไม่เกิดโรคให้มีความรู้และความเชื่อในการปฏิบัติตนเพื่อไม่ก่อให้เกิดโรค แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในผู้ที่เกิดโรคแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น โดยนำมาใช้ในที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาโดยการรับประทานยาคความดันโลหิตสูงและขาดระดับไขมันในเลือดโดยศึกษาพฤติกรรม ของผู้ป่วยที่จะไม่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้นโดยการมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมพัฒนาบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มารับการรักษา และตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ นำไปสู่การพัฒนางานบริการของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้อง ไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วย นำไปสู่การควบคุมและรักษาความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

1.2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลท่าข้ามอำเภอเมืองจังหวัดแพร่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มทะเบียนประวัติ (OPD CARD) จำนวน 5 หมู่บ้าน โดยไม่จำกัดเพศและเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2557 รวมเป็นระยะเวลา 2 เดือน

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและมีความเข้าใจถึงปัจจัยที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ความสำคัญกับการรักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

1.5 คำถามการศึกษา

1.5.1 ความความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมืองจังหวัดแพร่เป็นอย่างไร

1.5.2 พฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่เป็นอย่างไร

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตสูงและยาลดไขมันในเลือดไม่ต่ำกว่า 6 เดือนและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมืองจังหวัดแพร่

1.6.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ เกี่ยวกับความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประเมิน โดยวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.3 พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานยาลดโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องตามหลักการประกอบด้วย การใช้ยาถูกคน การใช้ยาถูกโรค การใช้ยาถูกทาง และการใช้ยาถูกเวลา ประเมิน โดยแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1.1 สถานการณ์ สถิติ ความรุนแรงของปัญหา
 - 2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรค
 - 2.1.3 การดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- 2.2 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.3 พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงหมายถึงความดันตัวบนหรือความดันซิสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิกมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆทั่วร่างกายการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ช้าและน้อยลงหัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอส่งผลให้แรงดันโลหิตที่ปะทะผนังหลอดเลือดแดงมีความแรงมากขึ้นและถ้าหากผนังหลอดเลือดทนต่อแรงดันโลหิตไม่ได้อาจทำให้เส้นเลือดในอวัยวะสำคัญเช่นสมองหรือหัวใจปริแตก ซึ่งอาการอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการจนกระทั่งเกิดอันตรายร้ายแรงขึ้นการตรวจวัดความดันโลหิตเป็นประจำจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันรวมทั้งช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากผลของความดันโลหิตสูง(ธีรรัตน์ญี่นาง, 2555)

องค์การอนามัยโลกและสมาคมความดันโลหิตสูงนานาชาติ (World Health Organization [WHO]/ International Society of Hypertension [ISH]) ได้ให้ความหมายความดันโลหิตสูงว่าหมายถึงค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตร

ปรอทและ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic bloodpressure) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทและองค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูงดังนี้

1) ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (mild hypertension) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าระหว่าง 140 - 159 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

2) ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (moderate hypertension) ระดับความดันขณะหัวใจบีบตัวมีค่าระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 100-109 มิลลิเมตรปรอท

3) ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (severe hypertension) ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรคได้ 2 ประเภท คือ (นางมุกดา สอนประเทศ, 2553)

1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Primary หรือ Idiopathic hypertension) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 - 95 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดแต่มีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงเช่นกรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด อาหารรสเค็มจัดการสูบบุหรี่

2) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ร้อยละ 5-10 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การตั้งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่สมอง อักเสบระบบประสาทเนื้องอกของสมอง โรคจิตวิปริตการกั่งของน้ำในหลอดเลือดมากภาวะไผ่ไหม้ น้ำร้อนลวกเป็นต้นเมื่อทราบสาเหตุและได้รับการรักษาที่ถูกต้องความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติหรือหายขาดได้

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการในผู้ที่มีอาการนั้นมักพบว่า มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หรือเหนื่อยง่าย (จูไรรัตน์ เกิดคอนแฝง, 2549) ซึ่งจะปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤตอาจมีอาการคลื่นไส้ และตามัวร่วมด้วยหรืออาจเป็นไมเกรนหรือมีเลือดคั่งตาไหลแต่พบไม่บ่อยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่สม่ำเสมอหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติได้ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

หัวใจล้มเหลว หรือไตวายรวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง(stroke)(ชวลิต รัตนกุล และกวี เจริญลาภ, 2548)

2.1.1 สถานการณ์ สถิติ ความรุนแรงของปัญหา

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (2013) พบว่าทั่วโลกมีผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงเกือบพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนในวัยผู้ใหญ่ของเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย มีประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปีประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 1.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของสำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักรงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบ จากปี 2544 และปี 2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 287.5 เป็น 1433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน และที่น่าวิตกอย่างยิ่ง คือ ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 60 ในชายและร้อยละ 40 ในหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน (ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้นเพราะไม่ได้รับการรักษาและในกลุ่มของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา พบว่าจำนวนประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ซึ่งมีเพียง 1 ใน 4 ที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2551)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปีพ.ศ. 2553 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 15-74 ปี ของสำนักรโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรครายงานว่า ใน 5 (ร้อยละ 22.2) ของประชากรอายุ 35 – 74 ปี ไม่ได้รับการตรวจความดันโลหิตจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ชายอายุ 35-74 ปี ไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 26.8 หญิงอายุ 35-74 ปี ไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 18 (สำนักรโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2556)

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามโลกและประเทศไทยในปัจจุบันสำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะมีผู้มีภาวะ

ความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ล้านคนซึ่ง 70% ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าวทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมอันจะนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนมากมายอาทิอัมพฤกษ์อัมพาตโรคหลอดเลือดสมองตีบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้(ประนอม สังขวรรณ, 2555)

ข้อมูลจากรายงานการคัดกรองความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” พ.ศ. 2554 ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า 2,661,954 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญที่พบบ่อยที่สุดคือหัวใจสมองไตและตาเนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดทุกส่วนของร่างกายเสื่อมเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตีบตันเป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่ได้ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญได้แก่ (สุพรรณ ชูชื่น, 2547)

1) ผลต่อหัวใจจะเกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้หัวใจวายได้นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติเกิดเลือดคั่งในปอดคั่งในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลงถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากเกินไปเกิดอาการบวมทั้งตัวและหัวใจห้องล่างขวายาย

2) ผลต่อไต ไตนอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้วยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้เช่นเรนิน (renin) และพรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงไตมีผนังหนาขึ้นทำให้หลอดเลือดตีบขรุขระทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตไม่เพียงพอผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเหนื่อยง่ายถ่ายปัสสาวะน้อยลงและในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการไตวายได้

3) ผลต่อสมองความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดแรงดันในหลอดเลือดสมองติดต่อกันเป็นเวลานานแล้วผนังหลอดเลือดสมองเกิดโป่งพองทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแตกง่ายทำให้มีเลือดออกในสมองและบางส่วนของเนื้อสมองตาย

4) ผลต่อตาโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเยื่อแก้วตาซึ่งทำให้หลอดเลือดแดงฝอยบีบตัวมากขึ้นมีผลให้เลือดออกในตาและประสาทตาเสื่อมผู้ที่มีการของประสาทตาเสื่อมตาจะมัวลงเรื่อยๆและตาบอดได้

จากข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับกลไกการเกิดความดันโลหิตสูง (Endothelial, 2001) พบว่าโดยทั่วไปภาวะไขมันในเลือดสูงมักพบร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยระดับไขมันที่สูงในเลือดจะไปสะสมอยู่ที่เซลล์ไต ซึ่งทำให้มีการคั่งของโซเดียมสูงขึ้นด้วย การคั่งของเกลือโซเดียมทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นทำให้ความดันเลือดสูงขึ้นหรืออีกด้านหนึ่ง ผู้ที่มีความไวต่อความดันโลหิตสูงจากเกลือเมื่อบริโภคเกลือในปริมาณที่สูง จะทำให้ความยืดหยุ่นของเส้นเลือดลดลงและเพิ่มความดันเลือดในทางกลับกัน ความดันเลือดที่สูง จะไปผลักดันให้ LDL เข้าสู่ผนังหลอดเลือดมากขึ้นกลายเป็นวงจรปัญหาที่ไปกระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้

ผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ในหลายระบบ เช่น ผลต่อหัวใจผลต่อไตผลต่อสมองผลต่อตา เป็นต้น มักพบร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง

2.1.3 การดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การควบคุมและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆสามารถทำได้ 2 วิธีคือการให้ยาลดความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1) การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตตามแนวปฏิบัติในการประชุมครั้งที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee) กล่าวถึงกลุ่มยาหลักที่สามารถลดความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนได้ดีไว้ 5 กลุ่มได้แก่กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers [CCBs]) กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (angiotensin converting enzyme inhibitors [ACEIs]) กลุ่มยาขับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (angiotensin receptor blockers [ARBs]) และกลุ่มยาที่ยั้งที่ตัวรับเบตา-อะดรีเนอร์จิกหรือเบตา-บล็อกเกอร์ (beta-blockers [BBs]) ยาแต่ละกลุ่มมีการออกฤทธิ์ดังนี้ (NIH, 2004)

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำซ้ำและได้มีการจ่ายยาตามกลุ่มดังนี้

1.1) กลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตที่มีประโยชน์และใช้มากที่สุดเพราะมีราคาถูกมีประสิทธิภาพทั้งใช้เดี่ยวและใช้ร่วมกับยาอื่น โดยยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้คือไทอะไซด์ (thiazides) และอนุพันธ์ที่ใกล้เคียง(ลูปไดยูริติก [loop diuretics]) เป็นกลุ่มยาขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนที่เรียกว่าเฮนเลย์ลูป [Henle's loop] และโปตัสเซียมสparing ไดยูริติก [potassium-sparing diuretics] เป็นกลุ่มขับปัสสาวะที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนคอเลคติงทิวบูล [Collecting tubules]) ยาไทอะไซด์จะเพิ่มการผลิตน้ำปัสสาวะยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์กลับเข้าเซลล์ท่อไตและกระแสโลหิตทำให้เกิดเกลือและน้ำถูกขับออกจากร่างกายอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้กลุ่มยาขับปัสสาวะคือการใช้ยาไทอะไซด์ขนาดสูงกว่า 25 มิลลิกรัมพบว่าอัตราตายจาก

โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นและจะทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้นและรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการข้างเคียงต่อระบบเมตาบอลิซึม (metabolic sideeffect) ได้แก่ไขมันในเลือดสูงโปตัสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) เกิดโรคเก๊าท์จากกรดยูริกในเลือดสูง (hyperuricemia) และระดับน้ำตาลในเลือดสูงอาการข้างเคียงอื่นๆเมื่อใช้ยาไทอะไซด์ได้แก่ปากแห้งกระหายน้ำปวดศีรษะอ่อนเพลียเวียนศีรษะใจสั่นและมีผื่นแดงกล้ำเนื้อเป็นตะคริวและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศยากลุ่มลูปไตยูริติก (loop diuretics) ทำให้เกิดอาการข้างเคียงเกี่ยวกับระบบเมตาบอลิซึมคล้ายคลึงกับยาไทอะไซด์ยกเว้นผลต่อการขับแคลเซียมจะตรงข้ามกัน(ไทอะไซด์ลดการขับแคลเซียม) และระวังพิษต่อหูการให้ยาขับปัสสาวะ 2 กลุ่มนี้ร่วมกับยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) จะมีปฏิกริยาระหว่างยา (drug interaction) ทำให้ยาขับปัสสาวะไม่มีฤทธิ์ลดความดันโลหิตยาขับปัสสาวะที่สงวนโปตัสเซียมห้ามใช้ในผู้ที่ไตบกพร่อง (คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐวงค์วัฒนะ, 2547; Charles, 2005; NIH,2004)

1.2) กลุ่มยาด้านแคลเซียม (CCBs) ยากลุ่มนี้มีผลยับยั้งการนำแคลเซียมเข้าสู่เซลล์จึงยับยั้งการหดตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดมีผลให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดลดลงหัวใจเต้นช้าลงระดับความดันโลหิตจึงลดลงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้คืออาการมีง่วงความดันโลหิตต่ำปวดศีรษะร้อนวูบวาบการรับสัมผัสของนิ้วมือผิดปกติและคลื่นไส้บวมตามอวัยวะส่วนปลายอาการข้างเคียงที่พบไม่บ่อยได้แก่มีผื่นแดงง่วงนอน (คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐวงค์วัฒนะ, 2547; Charles, 2005)

1.3) กลุ่มยาด้านการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง(ACEIs)ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ติง (Angiotensin Converting Enzyme [ACE]) โดยทำให้การสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากถูกยับยั้งความดันโลหิตจึงลดลง เนื่องจากแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายลดลงจึงส่งผลทำให้ความดันโลหิตลดลงการลดลงของแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายนี้ไม่มีผลปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและอัตราการเต้นของหัวใจนอกจากนั้นเนื่องจาก ACE เป็นเอนไซม์ตัวเดียวกันกับที่ใช้ในการทำลายเบรคคิไคนิน (bradykinin) ดังนั้นยาในกลุ่ม ACEIs จึงมีผลลดการทำลายเบรคคิไคนิน (bradykinin) อีกด้วยซึ่งผลดังกล่าวจะเสริมฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตมากยิ่งขึ้นเพราะเบรคคิไคนิน (bradykinin) เป็นสารเคมีที่มีฤทธิ์แรงในการทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเบรคคิไคนิน (bradykinin) ยังมีผลกระตุ้นที่เบต้า-อะดเรเนอร์จิกรีเซปเตอร์ (β_2 -adrenergic receptor) บริเวณผนังหลอดเลือด (endothelium) ทำให้เพิ่มการสร้างไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) และโพรสตาไซคลิน (prostacyclin [PGI₂]) ซึ่งสารทั้งสองมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดซึ่งไปกว่านั้นการยับยั้ง ACE ยังมีผลลดการทำลายของโพรสตาแกรนดิน (prostaglandin E₂ [PGE₂]) ที่มีฤทธิ์ในการขยายตัวของหลอดเลือดเช่นเดียวกันดังนั้นการที่ยาในกลุ่ม ACEIs

สามารถยับยั้งการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin II) ลดการทำลายแบริคติน (bradykinin) และเพิ่มปริมาณของโพรสตาแกรนดิน (PGE2) โพรสตาไซคลิน (PGI2) และไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) จึงส่งผลทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดและลดการหลั่งอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ซึ่งผลโดยรวมคือทำให้ความดันโลหิตลดลงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านี้คืออาการไอแห้ง (dry cough) พบบ่อยที่สุดโดยเฉพาะในคนไทยพบได้ถึงร้อยละ 20 เกิดจากแบริคติน (bradykinin) สะสมมากขึ้นเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยแต่รุนแรงถึงชีวิตได้คือแองจิโออีดีมา (angioedema โดยเป็นการแพ้ชนิดหนึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือดภายในผิวหนังทำให้น้ำเหลืองซึมผ่านออกมาจากเส้นเลือดไปสะสมอยู่ในผิวหนังชั้นลึกจึงมีลักษณะเป็นผื่นบวม) (คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547; Charles, 2005)

1.4) กลุ่มยายับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินรีเซปเตอร์ (Angiotensin receptor blockers [ARBs]) เป็นยาในกลุ่มล่าสุดที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะและการออกฤทธิ์เหมือนกับ ACEIs ยกเว้นไม่มีอาการไม่พึงประสงค์คือไอแห้งๆเนื่องจากการศึกษาที่เกี่ยวกับการป้องกันหัวใจและไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีน้อยจึงควรเลือกยาในกลุ่มนี้เฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ยาในกลุ่ม ACEIs แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์ของยา ACEIs ได้ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเหล่านี้คือเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจตาพร่าปวดศีรษะนอนไม่หลับท้องเดินอ่อนแรง (คณาจารย์ภาควิชาเภสัชวิทยา, 2545; พิสิฐ วงศ์วัฒน์, 2547; Charles, 2005)

จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม มีการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยกันหลายกลุ่มซึ่งยาในแต่ละกลุ่มอาจจะทำให้มีอาการข้างเคียงที่แตกต่างกันไปเช่นอาการไม่พึงประสงค์ของการใช้กลุ่มยายับยั้งสภาวะคือการใส่ยาไทอะไซด์ขนาดสูงกว่า 25 มิลลิกรัมพบว่าอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นและจะทำให้มีอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้นและรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการข้างเคียงต่อระบบเมตาบอลิซึม (metabolic sideeffect) ได้แก่ไขมันในเลือดสูงเป็นต้น และจากการศึกษาข้อมูลในเพิ่มประวัติผู้ป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงควบคู่กับยาลดไขมันในเลือดเป็นส่วนมาก

2) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ได้แก่การลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายแต่พอควรด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสุขภาพ ลดการบริโภคโซเดียม ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ (coronary risk factors) เช่นงดการสูบบุหรี่ งดอาหารมันจัด และลดความเครียด เป็นต้น ซึ่งวิธีการนี้สามารถปฏิบัติได้ทั้งผู้ที่ยังไม่เป็นหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2547)

การส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้มีการใช้ยาในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องถูกต้องและได้ผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่คืนชีพและพยาบาล

ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา

2.2 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เป็นในการศึกษาเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แนวคิดของทฤษฎีนี้ คือบุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรง คุกคามชีวิต มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (perceived severity) และก่อนลงมือปฏิบัติจะมีการชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบผลประโยชน์ (perceived benefit) ที่จะได้รับจากการกระทำกับการรับรู้อุปสรรค (perceived barrier) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติ (cue to action) และปัจจัยภายนอก (modifying factor) เข้ามาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ดังกล่าวรวมทั้งปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจ (Rosenstock, 1974; Maimanamd Becker, 1974 อ้างใน ปวีณา พันตัน, 2549)

Rosenstock เป็นผู้ริเริ่มแบบแผนตามความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันของบุคคล ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรกโดย Hochbaum และคณะนั้น ได้เริ่มจากแนวคิดตามแนวทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจ หรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่อยู่ในวิชาชีพนี้ก็ตาม Rosenstock ได้อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

- 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร
- 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะก่อนให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอาย ความเจ็บป่วย

ในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman 1975 ที่ปรับปรุงรูปแบบ โดยรวมเอาองค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำทั้งภายใน (สภาวะของร่างกาย อากาศของการเจ็บป่วย) และภายนอก (การเตือน) สิ่งชักนำนี้จะรวมถึงสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น อากาศของการเจ็บป่วย การกระตุ้น/เตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ เช่น โดยการส่งไปรษณียบัตร การโทรศัพท์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว บทความในหนังสือพิมพ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินี้จะเป็นผลมาจาก “การรับรู้” ของผู้ป่วย

ต่อมา Becker และ Maiman 1985 ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาการกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย (sick role behavior) ในเรื่องต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman ได้สรุปความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีจากการปฏิบัติแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและปัจจัยร่วมนั้น และได้เสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคลินิกต่างๆ (ปวีณา พันตัน, 2549)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1) การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคต้นโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์ถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เย็นช้ำ (2535) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อทดสอบบุหรีของบุคลากรชายในโรงพยาบาล พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อทดสอบบุหรี โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในขณะเดียวกัน บัญชา มณีคำ (2540) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม

ขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าความเสี่ยงสูงจะพยายามปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี เพื่อลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้อง คือ การศึกษาของสุขภาพ ไบแกว (2528) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ สำหรับผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนลสัน และคณะ (Nelson, et. al. 1978 อ้างใน กรรณิการ์ เรือนจันทร์, 2535) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้

2) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การที่บุคคลและแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชารารัตน์ ดวงแข (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดต่อของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรคพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาวัณโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค

3) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สะดวกสุขสบาย หรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงความเคยชินในการบริโภคอาหาร ซึ่งกระทำมาเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและรักษาได้ บัญชา มณีคำ (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการขับขี้รถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี้รถจักรยานยนต์ในเชียงใหม่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ขับขี้รถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการขับขี้รถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน

4) ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying Factors)

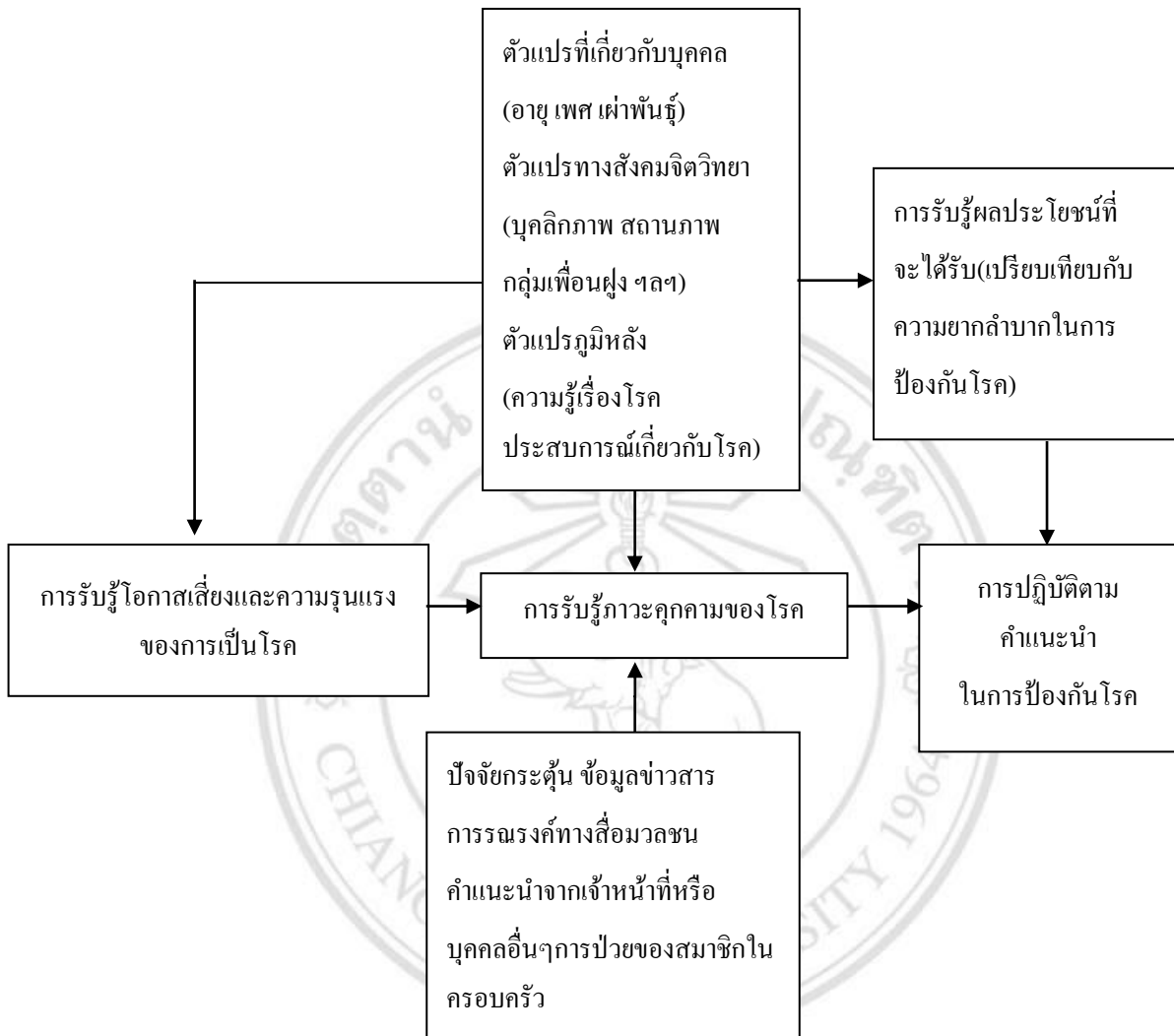
ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกัน สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด พบว่าปัจจัยร่วมต่างๆ ได้แก่ ความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องกับแพทย์คนเดิมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่ทำ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในเรื่องของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และปัจจัยร่วมต่างๆ สามารถที่จะใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

การรับรู้ของบุคคล

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมที่ควรแสดง



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา : Becker, Marshall H. and Maiman, Lois A. "Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation"

อ้างใน สมทรง รักษ์เผ่า และ สรวงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2540).

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงหมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม แต่เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะ และ ได้รับทราบ

การวินิจฉัย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไปโดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น (Becker, 1984) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนในระดับสูงจะมีผลทำให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมมากขึ้น (Janz & Becker, 1984) อ้างในศศิธร อดตะมะ(2549) นอกจากนี้การศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์(2535) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าปัจจัยอื่นเนื่องจากประสบการณ์ที่ละเลยการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมาและการศึกษาของ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพและแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดซึ่งคอนเนลลี่ (Connolly, 1987) ได้กล่าวว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และจากที่ทราบกันว่า การรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีการรักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุด และต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอยาที่ใช้ นอกเหนือจากจะมีฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตแล้วยังมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยทนรับประทานยาต่อไปไม่ได้ทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้การควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นไปได้อยากและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้

2) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้นเมื่อบุคคลได้รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนและรับรู้ความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับตนเองมากขึ้น โดยมีทิศทางของการกระทำเกิดจากบุคคลมีความเชื่อว่าจะนำไปสู่การลดลงของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมจะเลือกกระทำในสิ่งที่มีความเป็นไปได้ มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพสูงสุด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้นซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาจะสามารถทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และลดโอ

การเลี้ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงด้วย ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (Becker, 1984) อ้างในศศิธร อุตตะมะ (2549) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ 3 ด้าน ได้แก่

2.1) การรับรู้ทางด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับผลดี หรือประโยชน์ทางด้านร่างกาย เมื่อมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม

2.2) การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค เนื่องจากยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนมีราคาค่อนข้างสูงโดยที่ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะช่วยทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ จากการศึกษาของ จันทรพีญ ชูประภาวรณ (2543) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,670 บาทต่อรายต่อครั้ง และเพิ่มเป็น 15,283 บาทต่อรายต่อครั้ง สำหรับรายที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์อาจจะช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายเหล่านี้ได้

2.3) การรับรู้ประโยชน์ด้านสังคมและครอบครัว หมายถึง การได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างและบุคคลในครอบครัว การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้พบเพื่อนใหม่ เกิดการมีเครือข่ายให้การช่วยเหลือกันมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต การลดความเลี้ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงยังเป็นการลดภาระการดูแลจากครอบครัวเมื่อเกิดความพิการหรือเกิดความเจ็บป่วยจากภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

3) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยการใช้ยานั้นจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปได้ว่าองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง นั่นคือถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงและความเลี้ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้โดยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมีพฤติกรรมใช้ยาที่เหมาะสมจะช่วยให้สามารถเลือกแนวทาง

ปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น เพียงใดนั้น อาจจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีการประเมินทางการวิจัยหลายวิธีเช่นการใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ โดยประเมินความเชื่อด้านสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาว่าต้องการที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลใดโดยมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพไว้หลายรูปแบบ ได้แก่แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ศศิธร อุดตะมะ (2549) ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของกรรณกา เรือนจันทร์ (2535) โดยมีข้อคำถามครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน รวมทั้งหมด 30 ข้อ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม 5 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม 11 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ ประนอม สังขวรรณ (2555) ข้อคำถามครอบคลุมความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน รวมทั้งหมด 24 ข้อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของการรับประทานยาจำนวน 10 ข้อ พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8 ข้อและพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) กำหนดหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละด้าน ได้ค่า 0.70 ขึ้น

แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ ปิยนุช เสาวภาค (2549) ประกอบด้วยแบบสอบถามเรื่องการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำตอบเป็นแบบอัตราส่วนประเมินค่า มี 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้สร้างแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบวัดนี้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมกับเรื่องที่คุณศึกษาต้องการจะศึกษา

ซึ่งประกอบด้วยประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือคือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2คะแนน) เห็นด้วย (3คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4คะแนน) คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละด้าน ได้ค่า 0.70 ขึ้น

2.3 พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลแต่ละบุคคลปฏิบัติทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้และเป็นทั้งทางที่ดีและไม่ดีโดยเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลและเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลและมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ประพนอมสังขวรรณ(2555)

สมจิตต์สุพรรณทัศน์ (2534) ได้นิยามพฤติกรรมหมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิตจะสังเกตเห็นได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตามแบ่งเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก โดยพฤติกรรมภายในหมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลรวมทั้งความคิดความรู้สึกทัศนคติความเชื่อและค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายนอกหมายถึงปฏิกิริยาหรือการกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นได้ทำด้วยการพูดการกระทำกิริยาท่าทางของบุคคล

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิม พลตันสกุล (2550) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) เป็นการกระทำ (Action) พฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่เป็นการกระทำ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

(2) การไม่กระทำ (Non Action) พฤติกรรมที่เป็นการไม่กระทำ คือ การงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ธนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ (2551) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลและธิดาทิพย์ชัยศรี(2541) พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้อาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้นพฤติกรรมของบุคคลจึงอาจแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือพฤติกรรม

ภายในหมายถึงปฏิกริยาหรือกิจกรรมภายในตัวบุคคลซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรมเช่นการสูบน้ำ โลหิตของหัวใจการบีบตัวของลำไส้และความคิด ความรู้สึกความเชื่อเจตคติค่านิยมพฤติกรรมภายในนี้บุคคลอื่นไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้นอกจากใช้เครื่องมือบางอย่างในการวัดหรือสัมผัสส่วนพฤติกรรมภายนอกหมายถึงเช่นการเดินทางขึ้นการเขียนหนังสือ เป็นต้น

ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่าพฤติกรรมหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลแต่ละบุคคลปฏิบัติทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้และเป็นทั้งทางที่ดีและไม่ดีโดยเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลและเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล

พฤติกรรมกรับประทานยา

พฤติกรรมกรับประทานยาตามแผนการรักษา หมายถึง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุก วันตรงตามเวลา ถูกจำนวนเม็ด ถูกขนาด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วย และไม่หยุดรับประทานยาโดยที่ แพทย์ไม่ได้สั่ง (สิรินทร เชื้อวโสธร, 2545; Goodyer, 2002)

1) พฤติกรรมกรับประทานยาที่ถูกต้องหมายถึงการรับประทานยาถูกต้องตามเวลา เช่นยาก่อนอาหารหลังอาหารหรือก่อนนอนเป็นต้นการรับประทานยาถูกต้องตามขนาดคือการ รับประทานยาตามขนาดที่แพทย์สั่งเช่น 1 เม็ด 2 เม็ดหรือครึ่งเม็ดการรับประทานยาถูกต้องตามวิธีคือ การรับประทานยาทางปากรวมไปถึงมีการตรวจสอบฉลากยาเกี่ยวกับชื่อยาขนาดและเวลาที่ รับประทานก่อนรับประทานยาทุกครั้งซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นต้องอาศัย การปฏิบัติตามหลักการใช้อย่างนี้ (พุนทรัพย์โสภารัตน์, 2536; Lois, 2002; Barbara, 2003)

1.1) การใช้ยาถูกคน (right person) หมายถึง การใช้ยาถูกบุคคลไม่เอายาของบุคคล หนึ่งไปให้อีกคนหนึ่งถึงแม้ว่าลักษณะของยาจะเหมือนกันหรือเป็นโรคเดียวกันก็ตามเพราะขาด ความดันโลหิตมีหลายชนิดแต่ละชนิดก็ให้ผลในการรักษาที่ไม่เหมือนกันก่อนการใช้ยาแต่ละครั้ง จะต้องมีการอ่านป้ายหน้าของยาและตรวจสอบชื่อสกุลให้ถูกต้อง

1.2) การใช้ยาถูกโรค (right medicine) หมายถึงการใช้ยาให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ซึ่ง โรคหรืออาการแต่ละอย่างมักมียารักษาเฉพาะอาการของโรคนั้นๆเช่นยารักษาความดันโลหิตสูงใน ปัจจุบันมีมากมายหลายชนิดแต่ละชนิดก็มีความแตกต่างกันในเรื่องของกลไกการออกฤทธิ์ของยาซึ่งมี ฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตดังนั้นการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงก็ต้องใช้ให้ถูกกับโรคที่เป็นอยู่ ไม่สามารถที่จะนำยารักษาโรคอื่นมาใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงได้

1.3) การใช้ยาถูกทาง (right route) การใช้ยามีหลายวิธีทางได้แก่ทางปากทางหลอด เลือดทางเยื่อหุ้มซึ่งยาแต่ละอย่างจะบ่งบอกถึงวิธีทางใช้ยาโดยเฉพาะ เช่นยาเม็ด 26 สำหรับกินใช้ รับประทานทางปากยามาได้ลิ้นใช้อมได้ลิ้นเท่านั้นห้ามเคี้ยวเป็นต้นซึ่งยาแต่ละชนิดจะมีวิธี

รับประทานที่แตกต่างกันจะเอามาใช้ปนกันไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของยาแต่ละชนิดนั้นๆและการออกฤทธิ์ในบริเวณที่ต้องการให้ออกฤทธิ์ซึ่งถ้านำมาใช้ปะปนกันยาอาจถูกทำลายก่อนที่จะออกฤทธิ์กับร่างกายเช่นอาจถูกทำลายโดยกรดในกระเพาะอาหารเมื่ออยู่ในกระเพาะอาหารได้ (Lois, 2002)

1.4) การใช้ยาถูกขนาด (right dose) ซึ่งโรคชนิดเดียวกันจะมีอาการการดำเนินของโรคแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลจึงทำให้ระดับของการรักษาแตกต่างกันออกไปขนาดยาที่ให้จึงแตกต่างกันไปในแต่ละคนบางคนอาจได้รับยา 2 ชนิดบางคนอาจได้รับยา 3 ชนิดทั้งนี้ต้องคำนึงถึงโรคด้วยว่าโรคชนิดไหนต้องใช้ยาปริมาณเท่าใดถี่แค่ไหนซึ่งขนาดยาที่เหมาะสมจะกำหนดจากน้ำหนักตัวผู้ป่วยต่อน้ำหนักของตัวยาเช่นกิโลกรัมต่อมิลลิกรัมซึ่งขนาดยาที่รับประทานจะแตกต่างกันไปในแต่ละคนเช่นผู้ใหญ่เด็กคนอ้วนมากหรือผอมมากหรือผู้ที่ เป็นโรคเกี่ยวกับตับหรือไตอาจจะต้องมีการใช้ยาที่ขนาดแตกต่างกันออกไปซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อมาพบแพทย์แต่ละครั้งถ้าอาการหรือการดำเนินของโรคไม่ดีอาจจะมีการเพิ่มหรือลดขนาดของยาได้ในแต่ละครั้งการรับประทานยาให้ถูกขนาดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องระมัดระวังในการรับประทานยา

1.5) การใช้ยาถูกเวลา (right time) เพื่อให้ยาได้ดูดซึมได้ดีที่สุดให้ยาออกฤทธิ์ต่อร่างกายได้เหมาะสมจึงควรใช้ยาให้ถูกเวลาเช่นก่อนอาหารหลังอาหารก่อนนอนเพื่อให้ระดับยาในกระแสเลือดมีมากพออยู่ตลอดเวลาโดยไม่เกิดพิษของยามากเกินไปและระดับของยาไม่น้อยเกินไปจนไม่สามารถรักษาโรคได้ยาแต่ละชนิดมีช่วงห่างของการให้ยาไม่เท่ากันยาบางชนิดออกฤทธิ์สั้นเช่นยาขับปัสสาวะออกฤทธิ์สูงสุดใน 5 - 10 นาที มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์ 2 ชั่วโมง (Hardman & Limbird, 2001) ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อยจึงต้องมีการให้รับประทานยาในเวลากลางวันเพื่อที่จะได้ไม่รบกวนเวลานอนพักของผู้ป่วยดังนั้นจึงควรรับประทานยาให้ตรงเวลาและหากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้แต่หากใกล้เวลารับประทานยาในมือต่อไปให้รับประทานยาในมือนั้นและรับประทานยาในมือต่อไปตามปกติโดยไม่เพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า(กำพลศรี วัฒนกุล, 2545; สุรชัยอัญเชิญ, 2543)

1.5.1) ยาก่อนอาหารต้องกินยาก่อนอาหารอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงเพราะยาจะถูกดูดซึมได้ดีตอนท้องว่างหากรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารจะทำให้การดูดซึมของยาลดลงมากหากลืมรับประทานก่อนอาหารให้รับประทานหลังอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Lois, 2002)

1.5.2) ยาหลังอาหารต้องกินหลังอาหารอย่างน้อย 15 นาทีเพื่อให้ยาดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดร่วมกับอาหารในลำไส้เล็ก

1.5.3) ยาดตามอาการการใช้ยาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมียาที่ใช้ในการรักษาอยู่หลายชนิดซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาที่ใช้รับประทานมีทั้งยาที่รับประทานก่อนอาหารและหลังอาหารโดยในผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้รับยาที่ไม่เหมือนกันทั้งชนิดขนาดและเวลาเช่นบางคนอาจได้รับยา 2 ชนิดหรือ 3 ชนิดในการรักษาและบางคนอาจรับประทานวันละ 1 หรือ 2 ครั้งตามระดับความรุนแรงของโรค

และระดับความดันโลหิต ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงต้องมีการรับประทานยาให้ถูกต้องตามหลักการใช้ยาเพื่อประสิทธิภาพของการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2) พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการรับประทานยาหรือการจัดการกับอาการข้างเคียงหมายถึงการสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้จากการรับประทานยาที่เกิดขึ้นกับตนเองทุกครั้งหลังรับประทานยาการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้ที่เกิดขึ้นกับตนเองและการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงที่จะเกิดกับตนเองซึ่งพุนทรพ์โสภารัตน์ (2536) กล่าวว่า ยาเปรียบเสมือนดาบสองคมไม่มียาใดที่ทำให้แค่คุณ โดยไม่ได้ให้โทษ ดังนั้นถ้าใช้ยาอย่างถูกต้องก็จะเกิดประโยชน์มากมายในการรักษาโรคแต่ถ้าใช้ผิดวิธีก็จะทำให้เกิดโทษหรืออันตรายจากการใช้ยาได้ซึ่งอันตรายจากการใช้ยานั้นแบ่งได้เป็น 2 จำพวกใหญ่ๆคืออันตรายจากการใช้ยาทั่วไปและอันตรายจากการแพ้ยา รวมทั้งปฏิกิริยาหรือฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่จะเกิดขึ้น (พุนทรพ์โสภารัตน์, 2536; Lois, 2002; Barbara, 2003)

3) พฤติกรรมการเก็บรักษายาหมายถึงมีการเก็บรักษายาถูกต้องตามที่เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเภสัชกรแนะนำเพื่อให้ยาคงประสิทธิภาพอยู่ได้นานเนื่องจากยาที่ผลิตมาแล้วจะมีอายุการใช้งานที่แตกต่างกันไปในแต่ละชนิดของยาซึ่งเมื่อถึงวันที่ยาหมดอายุยานั้นจะไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา ยาวงชนิดยังไม่ถึงวันหมดอายุแต่มีการเก็บรักษายาที่ไม่ดีพอไม่เหมาะสมก็จะทำให้ยาเสื่อมสภาพลงได้ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคไม่ดี ดังนั้นผู้ใช้ยาจึงควรที่จะมีวิธีการเก็บรักษายาที่ถูกต้องมีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยาและการสังเกตวันหมดอายุของยาด้วยเพื่อคุณภาพการรักษาที่ดีที่สุด การสังเกตการเสื่อมสภาพของยาชนิดต่างๆมีลักษณะดังนี้ (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2545) ยาแคปซูลจะแยกบวมขึ้นนูนขึ้นราหรือเปลี่ยนสีเมื่อถอดแคปซูลดูสีของผงยาจะเปลี่ยนไปยาเม็ดลักษณะเม็ดยาจะเยิ้มละลายเม็ดแตกร้าวกลืนหรือสีเปลี่ยนไปยาน้ำเมื่อเสื่อมสภาพจะเปลี่ยนสีกลิ่นรสมีตะกอนแยกชั้นกันเป็นต้นสำหรับวันหมดอายุของยานั้นถ้าไม่ได้มีข้อกำหนดชัดเจนลงไปถึงอายุของยาโดยทั่วไปแล้วจะเก็บไว้ใช้ได้ไม่เกิน 5 ปี (สุรชัย อัญเชิญ, 2543) แต่ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่บ่งบอกวันหมดอายุไว้ชัดเจน โดยต้องสังเกตที่ฉลากบนกล่องยาหรือขวดยานั้นๆ ซึ่งวันหมดอายุมักจะเขียนเป็นภาษาอังกฤษ เช่น Expiry Date (Exp) 5/12/05 แสดงว่ายานี้หมดอายุวันที่ 5 เดือนธันวาคมปี ค.ศ. 2005 เป็นต้นจึงไม่ควรใช้ยานั้นหลังวันที่หมดอายุหรือยาบางอย่างจะบ่งบอกวันที่ผลิตเป็นภาษาอังกฤษด้วยเช่น Manufacturing Date (Mfg) 5/12/04 แสดงว่ายานี้ผลิต วันที่ 5 เดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2004 เป็นต้น

ดังนั้นผู้ใช้ยาจึงควรมีการสังเกตทุกครั้งว่ายาที่ได้รับมีการเสื่อมสภาพหรือหมดอายุหรือยังก่อนนำมารับประทานเพื่อความปลอดภัยของตนเองและควรมีการเก็บรักษายาอย่างถูกวิธีด้วย ซึ่งการเก็บรักษายาไม่ให้เสื่อมสภาพนั้นต้องเก็บให้พ้นจากสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้ยาเสื่อมสภาพเร็วขึ้น(พุนทรพ์โสภารัตน์, 2536)

1) อุณหภูมิหรือความร้อนหนาวของบรรยากาศแต่ละชนิดจะมีความเหมาะสมที่จะอยู่ในอุณหภูมิที่ไม่เหมือนกันถ้าหากอุณหภูมิเปลี่ยนไปจากความเหมาะสมแล้วสภาพของยาจะแปรเปลี่ยนตามไปด้วยเช่นความร้อนจะช่วยเร่งปฏิกิริยาทำให้ยาเสื่อมสภาพเร็วสีที่เดิมในยาหรือเคลือบยาไว้จะจางลงเปิดโอกาสให้ตัวยາได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมจึงเกิดปฏิกิริยาทางเคมีทำให้ตัวยาเสื่อมสภาพได้ถ้าอากาศเย็นจัดยาประเภทที่แข็งครีมจะแข็งตัวยาน้ำจะตกตะกอนหรือเกิดการแยกชั้น

2) ความชื้นยามืดยาผงถ้าถูกความชื้นมากจะแปรสภาพไปจึงต้องมีการเติมสารดูดความชื้นเอาไว้ยามืดที่ไม่มีสารดูดความชื้นเมื่อยาจะดูดความชื้นทำให้เมื่อยาผงตัวในที่สุดจะแตกออกเปื่อยยุ่ยส่วนยาผงจะเกาะตัวกันเป็นก้อนเปลี่ยนสีกลิ่นซึ่งแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพ

3) แสงสว่างจะมีส่วนเร่งปฏิกิริยาในยาบางชนิดทำให้ยาเสื่อมสภาพเร็วใช้ไม่ได้ผลเช่น nitroprusside ซึ่งจะถูกเปลี่ยนสภาพได้ถ้าโดนแสงจึงควรหุ้มขวดและสายน้ำเกลือไว้ไม่ให้ถูกแสงในขณะที่ให้ได้หรือยาขับปัสสาวะที่ต้องเก็บให้พ้นแสงเนื่องจากถ้าโดนแสงแล้วสีของยาจะเปลี่ยนจากสีขาวเป็นสีเหลืองได้ (สุรชัย อัญเชิญ, 2543)

ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการเสื่อมสภาพของยาจึงควรเก็บรักษายาให้ถูกต้องโดยยึดหลักการในการปฏิบัติดังนี้

1) บริเวณที่เก็บหรือห้องเก็บยาควรเป็นบริเวณที่โดยเฉพาะที่ไม่ทำให้เกิดแนวการเปลี่ยนแปลงทางสารเคมีนั่นคือปลอดภัยจากความร้อนความชื้นและแสงรวมไปถึงเก็บไว้ในที่ไกลแหล่งของเชื้อโรค

2) ที่เก็บยาต้องรักษาความสะอาดอยู่เสมอจัดวางของใช้ต่างๆให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยยื่นแห้งไม่อับชื้น ไม่อยู่ในที่ใกล้แหล่งความร้อนและไม่ถูกแสงแดดส่องถึง

3) ยาทุกชนิดควรเก็บไว้ในที่เฉพาะและปลอดภัยจากการหยิบใช้โดยพลการจากคนภายนอก

4) ยาสำรองต่างๆควรได้รับการตรวจตราอยู่เสมอและถ้าพบว่ามียาเสื่อมสภาพให้แยกออกมาและทำลายโดยทันที

5) ไม่ควรโยกย้ายถ่ายเทยาออกจากขวดโดยไม่จำเป็นเช่นการแบ่งยาบางส่วนใส่ในถุงหรือขวดเล็กๆควรใส่ไว้ในขวดเดิมที่ซื้อมาทั้งหมดและปิดขวดให้สนิท

6) ยาทุกชนิดจะต้องมีฉลากยากำกับขวดยาให้ชัดเจนสะอาดและถูกต้องตลอดเวลา

7) ยาที่ไม่ต้องการหรือขวดยาที่ไม่ใช้แล้วไม่ควรจะเก็บไว้ในที่เก็บยาให้กำจัดทิ้งเพราะอาจผลออกไปหยิบใช้

8) ที่เก็บยาในบ้านควรเก็บให้พ้นมือเด็กและมีกุญแจปิดเสมอ

9) ไม่ควรเก็บยาไว้ในห้องน้ำเนื่องจากมีความชื้นสูงและเด็กอาจจะหยิบไปเล่นได้ง่าย การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงการที่จะส่งเสริม

ให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ที่มีความดันโลหิตสูงบางรายอาจได้รับยาหลายชนิดอาจทำให้ลืมรับประทานยาได้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาเช่นนำยาไปวางไว้ในที่ที่มองเห็นได้ชัดเจนหรือใช้วิธีการตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งที่ได้รับประทานยาหรือใช้แฟงหรือกล่องบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาเป็นต้น (Lois, 2002)

สำหรับพฤติกรรมที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาที่พบมาก 5 อันดับคือ การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งการรับประทานยาผิดเวลา การรับประทานยาผิดขนาดลืมรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่ง และหยุดรับประทานยาคด้วยตนเอง (Smith, 1984 cited by Berg, Discher, Wagner, Raia & Palmer - shevlin, 1993)

จากที่กล่าวมาการรักษาความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยานั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการใช้ยาให้ถูกต้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาซึ่งการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยาจะต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลซึ่งส่วนหนึ่งคือพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเองเช่นการหยุดรับประทานยาเองจากความไม่สบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาเพิ่มหรือลดขนาดยาเองรับประทานยาไม่ถูกต้องเป็นต้นจึงทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ผลจากการศึกษาของแคปแลน (Kaplan, 1992) พบว่าสาเหตุที่ทำให้การใช้ยาลดความดันโลหิตไม่ได้ผลคือ 1) ขนาดยาไม่เพียงพอเช่นใช้ยาขนาดน้อยเกินไปใช้ยาร่วมกันไม่เหมาะสมการคุมขีมาไม่ได้ซึ่งสัมพันธ์กับอาหารและการถูกต้านฤทธิ์จากยาอื่นๆ 2) มีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุเช่นดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 60 ซีซีต่อวันไตเสื่อมหน้าที่เนื้องอกของเนื้อเยื่อชั้นในของต่อมหมวกไตหรือมีความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไต 3) ปริมาณน้ำในร่างกายมากเกินไปจากได้รับยาขับปัสสาวะไม่เพียงพอได้รับโซเดียมมากเกินไปไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่องการกั่งของน้ำจากการได้รับยาลดความดันโลหิตบางตัวเช่น prazosin 4) ร่างกายขาดน้ำทำให้เรตินสูงขึ้นและหลอดเลือดหดตัวจากไตขับโซเดียมออกมากเกินไปได้รับยาขับปัสสาวะมากเกินไป 5) รับประทานยาลดความดันโลหิตไม่ครบ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการใช้ยาบางอย่างที่ไม่ถูกต้องเช่นมีการขีมาจากผู้อื่นที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน (Reiss & Evens, 1993) บางรายอาจมีพฤติกรรมเก็บยาไว้นานทำให้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุหรือมีการเก็บยาไม่ถูกต้องทำให้ยาเสื่อมคุณภาพได้ (Chubon et al., 1994) อ้างใน ชีรารัตน์ ฐีนาง (2555) เป็นต้น จึงทำให้การควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ผลจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบในการศึกษาของชีรารัตน์ ฐีนาง (2556) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ที่ได้รับการรักษาที่

คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันทรายตำบลแม่ฮ้อยเงินอำเภอ
ดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่จำนวน158 รายโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูงจำนวนทั้งหมด20 ข้อประกอบด้วยด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการจำนวน7
ข้อด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือการจัดการกับอาการข้างเคียงจำนวน7
ข้อและการปฏิบัติอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยาจำนวน6 ข้อ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
4 ได้แก่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยและไม่เคยเกิดเหตุการณ์ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น
จากการทบทวนวรรณกรรมได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content validity index: CVI)
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา0.97 ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ทดสอบ
โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's alphas coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาเท่ากับ0.77

ศศิธร อุดตะมะ (2549)ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาและความเชื่อด้านสุขภาพและของผู้ที่มีความ
ความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่
จำนวน 88 รายโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงซึ่งผู้ศึกษา
สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีคำถามทั้งหมด 21 ข้อครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในด้าน
การรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การ
จัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา โดยผู้ศึกษาทำการทดสอบค่าความเที่ยง
ของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.88

แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของสร้อยจันทร์ พานทอง
(2545) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ อรพินท์ กายโรจน์ (2542) ประกอบด้วยการปฏิบัติ 6 ด้าน
ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการ
ความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการมาตรฐานวัด รวมทั้งรวมทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้
มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 8.1

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือขึ้นมาจากการทบทวนวันที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหา
ครอบคลุม เช่นการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการ
ใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา นอกจากแบบสอบถามได้
ผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว ยังเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่คล้ายคลึงกับ
กลุ่มของการศึกษานี้ด้วย ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามที่ครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในด้านการ
รับประทานยาถูกต้องตามหลักการการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยาและการจัดการ
กับอาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวอื่น ๆ เช่น การเก็บรักษา ยา การปฏิบัติเพื่อป้องกันการล้มรับประทาน
ยา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือเคย (3คะแนน) บางครั้ง (2คะแนน) ไม่เคย

(1คะแนน) การแปรผลแบ่งระดับพฤติกรรมการใช้ยาออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่พฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลางและเหมาะสมน้อย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (1974) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานยา ซึ่งถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและครอบคลุมพฤติกรรมการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการและจัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติอื่นๆ ได้แก่ การป้องกันการล้มรับประทายา การเก็บรักษา ยา เป็นต้น ซึ่งในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่มีจำนวนทั้งหมด 49,941 ราย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยผู้ศึกษาสนใจเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับการส่งตัวมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามอำเภอเมืองจังหวัดแพร่ โดยมีรายชื่อในแฟ้มทะเบียนประวัติ (OPD CARD) ตั้งแต่ หมู่ 1 ถึงหมู่ 5 จำนวนทั้งหมด 133 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วนซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้เลือกตอบคำว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยแบ่งออกเป็นแต่ละส่วนคือ การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงมีทั้งหมด 9 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการ

รับประทานยาที่ถูกต้อง 8 ข้อ และการรับรู้อุปสรรค มี 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราส่วน
ประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน)
และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

การแปลผลการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1 - 36 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน 1 - 12	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในระดับน้อย
คะแนน 13 - 14	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนใน ระดับปานกลาง
คะแนน 25 - 36	หมายถึง	มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง

การแปลผลการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง แบ่งออกเป็น 3 ระดับโดยใช้
ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1- 32 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน 1 - 10	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง ในระดับ น้อย
คะแนน 11 - 21	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง ในระดับปานกลาง
คะแนน 22 - 32	หมายถึง	มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง ในระดับมาก

การรับรู้อุปสรรค

การแปลผลการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่า
ตั้งแต่ 1 - 32 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน 1 - 10	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับน้อย
คะแนน 11 - 21	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับ ปานกลาง
คะแนน 22 - 32	หมายถึง	มีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ในรอบ เดือน ที่ผ่านมาประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยแบ่งตามหลักการใช้จ่ายนี้การใช้จ่ายถูกคนการใช้จ่ายถูกโรคการใช้จ่ายถูกทางการใช้จ่ายถูกขนาดการใช้จ่ายถูกเวลาและพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการรับประทานยาทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ทุกครั้ง (3คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) ดังนี้

การแปลผลพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1- 51 โดยแบ่งเป็นระดับดังนี้

คะแนน 1 - 17	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในระดับน้อย
คะแนน 18 - 34	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในระดับปานกลาง
คะแนน 35 - 51	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมในระดับมาก

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

การหาคุณภาพเครื่องมือการศึกษา

ความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อหาความตรง ด้านเนื้อหา ความเหมาะสม ความชัดเจนของข้อความ โดยใช้การคำนวณความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.70

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับชุมชนที่คล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายจำนวน 20 คน จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.81

3.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิ โดยนำเสนอโครงการการค้นคว้าแบบอิสระและชี้แจงรายละเอียดการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาผู้ศึกษานำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรม และทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แนบกับแบบสอบถามที่มอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมโครงการไม่มีความเสี่ยง ความไม่สบายใจ การเข้าร่วมการค้นคว้าแบบอิสระเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และไม่มีค่าตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษา ในขณะที่เข้าร่วมการศึกษาหากเกิดความไม่สบายใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถบอกเลิกหรือยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ ให้ผู้ศึกษาทราบ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การอภิปรายผลจะแสดงถึงภาพรวมของการศึกษาเท่านั้น ผลการศึกษาจะนำไปใช้วางแผนในปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตกลงเข้าร่วมให้เซ็นชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วม

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้ศึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) นำเสนอโครงการค้นคว้าแบบอิสระและชี้แจงรายละเอียดการทำการศึกษาผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 2) ผู้ศึกษานำหนังสือจากคณะบดีบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาและการเก็บแบบสอบถาม
- 3) เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามให้เก็บข้อมูล แล้วผู้ศึกษาขอประวัติจาก OPD CARD และลงสำรวจตามบ้าน
- 4) ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อได้รับความยินยอมจึงเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ต้องการ (ในแบบสอบถามไม่มีชื่อชื่อสกุลของผู้ตอบแบบสอบถาม)
- 5) อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างจากนั้นดูแลให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่จัดไว้ให้ซึ่งมีเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นส่วนตัว ส่วนผู้ศึกษาอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อสงสัยซักถามใช้เวลาในการทำแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที
- 6) หลังจากรับแบบสอบถามคืนผู้ศึกษานำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้ศึกษาขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

เพิ่มเติมให้สมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติกรณีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูลเพิ่มเติมจะยุติการขอข้อมูลเพิ่มเติม

7) ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลพร้อมตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อเตรียมการวิเคราะห์โดยภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ตอบ

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศอายุสถานภาพสมรสการศึกษาอาชีพรายได้ระยะเวลาการเป็นโรคระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รับประทานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมืองจังหวัดแพร่จำนวน 133 ราย ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประวัติการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานยา

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=133)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	41	30.8
หญิง	92	69.2
อายุ (ปี)		
30 - 49	28	21.1
50 - 69	79	59.4
70 ปีขึ้นไป	26	19.5
$\bar{X} = 58.2, S.D=11.0, Range=37-82$		
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.8
สมรส/คู่	86	64.6
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	46	34.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	6.0
จบชั้นประถมศึกษา	103	77.5
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ป.ว.ช	8	6.0
จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ส	8	6.0
จบระดับปริญญาตรี	6	4.5
อาชีพ		
ว่างงาน/เกษียณราชการ	38	28.6
รับจ้าง	13	9.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	22	16.5
เกษตรกรกรรม	52	39.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	6.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	67	50.3
5,000 - 10,000	52	39.1
10,001 - 20,000	8	6.0
20,001 - 40,000	5	3.8
>40,000	1	0.8

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คนเป็นเพศหญิงร้อยละ 69.2 และเพศชาย ร้อยละ 30.8 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.2 ปี (S.D=11.0, Range=37-82) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 50 - 69 ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือกลุ่มช่วงระหว่างอายุ 30 - 49 ปี มีจำนวนร้อยละ 21.1 กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.6 รองลงมาคือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ร้อยละ 34.6 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.5 ในด้านอาชีพพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 39.1 รองลงมาคือว่างงานหรือเกษียณราชการ ร้อยละ 28.6 และมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ต่ำกว่า 5,000 บาทร้อยละ 50.3 รองลงมาคือมีรายได้ในช่วง 5,000 - 10,000 ร้อยละ 39.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านประวัติการรักษา

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประวัติการรักษา (N=133)

ข้อมูลประวัติการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
1 – 5	86	64.6
6 – 10	36	27.1
11 – 15	11	8.3
\bar{X} = 4.9, S.D=3.1, Range=1-15		
จำนวนชนิดยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง		
1 ชนิด	108	81.3
2 ชนิด	25	18.7
Calcium channel blockers+Beta-blockers	21	15.8
Calcium channel blockers+Diuretics	3	2.3
Calcium channel blockers+ACE inhibitors	1	0.8
กลุ่มยาที่ใช้รักษา*		
Beta-blockers	26	19.4
Calcium channel blockers	113	85.0
Diuretics	17	12.8
ACE inhibitors	1	0.8
ยาลดไขมันที่ใช้ร่วมในการรักษา		
ใช่*	69	51.9
Hidil	19	14.3
Simvastatin	48	36.1
Polyxit	1	0.8
Lopid	2	1.5
ไม่ใช่	64	48.1

* ตอบได้มากกว่า 1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลประวัติการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความดันโลหิตครั้งหลังสุด		
ค่าความดัน Systolic		
< 140 มิลลิเมตรปรอท	100	75.2
≥ 140 มิลลิเมตรปรอท	33	24.8
ค่าความดัน Diastolic		
< 90 มิลลิเมตรปรอท	109	82.0
≥ 90 มิลลิเมตรปรอท	24	18.0
ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัว		
ไม่มี	103	77.4
มี*	30	22.6
สมาชิกในครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูง (N=133)		
บิดา	11	8.3
มารดา	20	15.0
ลูก	2	1.5

* ตอบได้มากกว่า 1

จากตารางที่ 2 ด้านประวัติการรักษาพบว่า ระยะเวลาที่รักษาโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.9 ปี (S.D=3.1, Range=1-15) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 64.6 รองลงมาคือได้รับการรักษาระยะเวลา 6 - 10 ปี ร้อยละ 27.1 กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 81.3 ซึ่งเป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม Calcium channel blockers มากที่สุด ร้อยละ 85.0 รองลงมาคือกลุ่ม Beta-blockers ร้อยละ 19.4 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยได้รับยาลดระดับไขมันร่วมให้การรักษา คิดเป็นร้อยละ 51.9 ซึ่งยาลดไขมันที่ได้รับจำนวนมากที่สุดคือ simvastatin ร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ hidil ร้อยละ 14.3 ใน การตรวจระดับความดันโลหิตครั้งหลังสุดร้อยละ 24.8 มีค่าความดัน Systolic สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และร้อยละ 18.0 มีค่าความดัน Diastolic สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในด้านประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว ร้อยละ 77.4 และที่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของคนในครอบครัว ร้อยละ

22.6 โดยพบว่าบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ มารดาร้อยละ 15.0 และบิดา ร้อยละ 8.3

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคดันโลหิตสูง (n=133)

การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคดันโลหิตสูง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. มีความดันโลหิตสูง	107 (80.5%)	26 (19.5%)	-	-
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายทำให้เสียชีวิตได้	103 (77.4%)	29 (21.8%)	1 (0.8%)	-
3. โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	106 (79.7%)	27 (20.3%)	-	-
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบในการรับประทานยาของท่านเอง	109 (82.0%)	24 (18.0%)	-	-
5. อาการของโรคความดันโลหิตสูงจะรุนแรงขึ้นเมื่อท่านขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	124 (93.2%)	9 (6.8%)	-	-
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ	121 (91.0%)	11 (8.2%)	1 (0.8%)	-
7. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆ เป็นสาเหตุให้การมองเห็นลดลง ประสาทจอตาเสื่อม	117 (88.0%)	16 (12.0%)	-	-
8. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต	121 (91.0%)	12 (9.0%)	-	-

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนของโรคคั่นโลหิตสูง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
9. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต	121 (91.0%)	12 (9.0%)	-	-
รวม (คะแนนเฉลี่ยรวม = 34.6 , การแปลผล = ระดับมาก)				

จากตารางที่ 3 ผลการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคคั่นโลหิตสูง ในประชากรจำนวน 133 คนในด้านรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ทั้งหมดรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงและจะทำให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจร้อยละ 91 การมองเห็นลดลงจอบประสาทตาเสื่อมร้อยละ 88 ไตร้อยละ 91 อัมพาต นอกจากนี้ เกือบทั้งหมดยังรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายทำให้เสียชีวิตได้ และทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ร้อยละ 99.2

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง (n=133)

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้อาการปวดมีศีรษะและท้ายทอยลดลง	55 (41.4%)	10 (7.5%)	3 (2.3%)	65 (48.8%)
2. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ ในระดับปกติ	119 (89.5%)	4 (3.0%)	-	10 (7.5%)
3. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันการเกิดอัมพาต	120 (90.2%)	12 (9.0%)	-	1 (0.8%)
4. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จะทำให้ไม่เป็นโรคไตวาย	119 (89.4%)	13 (9.8%)	-	1 (0.8%)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ป้องกันการเกิดโรคหัวใจ	121 (91.0%)	11 (8.2%)	1 (0.8%)	-
2. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันไม่ให้อัตราความดันโลหิตสูงขึ้น	120 (90.2%)	13 (9.8%)	-	-
3. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ป้องกันการเกิดอาการง่วง	109 (82.0%)	13 (9.7%)	11 (8.3%)	-
4. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ป้องกันไม่ให้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิต สูงได้	119 (89.4%)	13 (9.8%)	1 (0.8%)	-
รวม (คะแนนเฉลี่ยรวม = 29.3 , การแปลผล = ระดับมาก)				

จากตารางที่ 4 ผลการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คนในด้านรวมพบว่า ทั้งหมดรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาความดันโลหิตสูงจะทำให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ป้องกันการเกิดอัมพาต โรคไตวาย โรคหัวใจ ความง่วง ไม่ให้ความดันสูงขึ้น และเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 82 - 91 อย่างไรก็ตามยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เห็นในเรื่องของการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทำให้มีอาการปวดศีรษะและท้ายทอยลดลงร้อยละ 48.8 การรับประทานยาจะช่วยป้องกันการเกิดอาการง่วงได้ร้อยละ 8.3 และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปกติร้อยละ 7.5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของประชากรจำแนกตามการรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา (n=133)

การรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การทำงานทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยา ความดันโลหิตสูงได้ตรงตามเวลา	15 (11.3%)	9 (6.8%)	8 (6.0%)	101 (75.9%)
2. เมื่อยาของท่านหมดก่อนวันนัดท่านไม่สามารถ มารับยาได้	15 (11.3%)	12 (9.0%)	8 (6.0%)	98 (73.7%)
3. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	2 (1.5%)	-	8 (6.0%)	123 (92.5%)
4. เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา รักษาโรคความดันโลหิตสูงทุกวัน	70 (52.7%)	12 (9.0%)	-	51 (38.3%)
5. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มากกว่า 1 ชนิดทำให้ท่านคิดว่าเป็นเรื่องที่ ยุ่งยาก	24 (18.0%)	13 (9.8%)	1 (0.8%)	95 (71.4%)
6. บุตรหลาน ไม่สะดวกพาท่านมารับยารักษา โรคความดันโลหิตสูง	11 (8.3%)	3 (2.3%)	4 (3.0%)	115 (86.4%)
7. หลังการรับประทานยารักษาโรคความดัน โลหิตทำให้เกิดอาการข้างเคียงของ ยา เช่น ไอ คough ทำให้ไม่อยาก รับประทานยา	36 (27.1%)	2 (1.5%)	4 (3.0%)	91 (68.4%)
8. หลังรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ปัสสาวะบ่อย ทำ ให้ไม่อยากรับประทานยา	75 (56.3%)	7 (5.3%)	5 (3.8%)	46 (34.6%)
รวม (คะแนนเฉลี่ยรวม = 14.7 , การแปลผล = ปานกลาง)				

จากตารางที่ 5 ผลการรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน ในด้านรวมพบว่า การรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าการทำงานไม่มีผลต่อการรับประทานยาที่ตรงต่อเวลา ร้อยละ 75.2 เมื่อยาหมดก่อนวันนัดสามารถมารับยาได้ร้อยละ 73.7 การรับประทานยาความดันโลหิตสูงไม่มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายร้อยละ 92.5 การรับประทานยามากกว่า 1 ชนิดเป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยากร้อยละ 71.4 บุตรหลานสะดวกพามารับยา

ร้อยละ 86.4 และไม่คิดว่าหลังการรับประทานยาทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ไอ คอแห้ง เลยทำให้ไม่
อยากรับประทานยาร้อยละ 68.4 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้อง
รับประทานยา ร้อยละ 52.7 และพบว่าหลังรับประทานยารักษาความดันโลหิตทำให้ ปัสสาวะบ่อยจึง
ไม่อยากรับประทานยา ร้อยละ 56.3

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และคะแนนรวม ของประชากรจำแนกตามการรับรู้ในด้านต่างๆ

การรับรู้	คะแนนรวม	การแปลผล
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ของโรคดันโลหิตสูง	34.6	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง	29.3	มาก
การรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา	14.7	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับ
มาก และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้
ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก (คะแนนรวม =
34.6) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง อยู่ในระดับมาก คะแนนรวม = 29.3) และ
การรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนรวม = 14.7)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

ตารางที่ 7 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมกรรมการรับประทานยา

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
การใช้ยาถูกคน			
1. มีการตรวจสอบชื่อ - สกุล ที่หน้าซองก่อนการรับประทานยา	18 (13.5%)	64 (48.2%)	51 (38.3%)
2. ยืมยารักษาโรคความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นมา รับประทานเมื่อขาด	5 (3.8%)	-	128 (96.2%)
3. ให้ผู้อื่นยืมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไปรับประทาน	-	-	133 (100.0%)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรมมารับประทานยา	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
การใช้จ่ายโรค			
4. ตรวจสอบและอ่านฉลากยาเกี่ยวกับชนิด ขนาด และวันที่ก่อนการรับประทานยา	20 (15.0%)	68 (51.2%)	45 (33.8%)
5. รับประทานยาตามชนิดและขนาดยาตามที่ระบุไว้ตามหน้าซอง	62 (46.7%)	47 (35.3%)	24 (18.0%)
การใช้จ่ายถูกทาง	43 (32.3%)	54 (40.6%)	36 (27.1%)
6. ตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา			
7. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงครบทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์	129 (97.0%)	2 (1.5%)	2 (1.5%)
การใช้จ่ายถูกขนาด	-	-	133 (100%)
8. เพิ่มหรือลดขนาดยาเองในการรับประทาน			
9. หยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าคุณความดันโลหิตลดลง	-	7 (5.3%)	126 (94.7%)
การใช้จ่ายถูกเวลา	39 (29.3%)	14 (10.5%)	80 (60.1%)
10. ถ้าลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะรับประทานทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม			
11. นั่งหรือนอนพักสักครู่หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง	73 (54.9%)	37 (27.8%)	23 (17.3%)
พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการรับประทานยา	52 (39.1%)	10 (7.5%)	72 (54.1%)
12. หยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา			
13. หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้วรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรืออาการไม่ดีขึ้น มักจะไปพบแพทย์ทันที	64 (48.1%)	11 (8.3%)	58 (43.6%)
14. เก็บรักษายาให้พ้นแสงในที่สะอาดแห้งและอากาศถ่ายเทสะดวก	123 (92.5%)	8 (6.0%)	2 (1.5%)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรมมารับประทานยา	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
15. มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาเช่น จัดยาใส่ซองเป็นชุดๆ ในแต่ละวัน หรือนำยาเก็บไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่ายหรือตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งก่อนการรับประทานยา	114 (85.7%)	12 (9.0%)	7 (5.3%)
16. เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง	18 (13.5%)	3 (2.3%)	113 (85.0%)
รวม (คะแนนเฉลี่ยรวม = 30.7 , การแปลผล = ระดับปานกลาง)			

จากตารางที่ 7 พบว่าในผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 133 คน มีพฤติกรรมมารับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแยกตามพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมพบดังนี้ พฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ ไม่เคยให้ผู้อื่นยืมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและไม่เคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองในการรับประทานคิดเป็นร้อยละ 100.0 ไม่เคยหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าความดันโลหิตลดลง คิดเป็นร้อยละ 94.7 เก็บรักษายาให้พ้นแสงในที่สะอาดแห้งและอากาศถ่ายเทสะดวก คิดเป็นร้อยละ 92.5 และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาเช่น จัดยาใส่ซองเป็นชุดๆ ในแต่ละวัน หรือนำยาเก็บไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่ายหรือตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 85.7 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่เคยมีการตรวจสอบชื่อ-สกุล ที่หน้าซองก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 38.3 ถ้าลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะไม่รับประทานทันทีที่นึกได้คิดเป็น ร้อยละ 60.1 หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้วรู้สึกรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรืออาการไม่ดีขึ้น มักจะไม่ไปพบแพทย์ทันทีคิดเป็นร้อยละ 43.6 ไม่เคยตรวจสอบและอ่านฉลากยาเกี่ยวกับชนิด ขนาด และวันที่ก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 33.8 ไม่เคยตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 27.1 และเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 13.5

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนมิถุนายน 2558 โดยเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงจำนวนทั้งหมด 133 รายเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 3 ส่วนซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุดประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบสอบถามความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรค จากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา

5.1 สรุปผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=34.6$, S.D = 0.3 และ $\bar{X}=29.3$, S.D = 0.6 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อุปสรรค ต่อการรับประทานยา อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}=14.7$, S.D = 1.1) ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}=30.7$, S.D = 0.6) โดยเมื่อพิจารณาบางประเด็นพบว่ามียุทธศาสตร์บางอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมโดยร้อยละ 52.7 เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยาและร้อยละ 56.3 ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากต้องบัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ร้อยละ 60.1 จะไม่รับประทานยาทันทีที่นึกได้หากมีการลืมรับประทาน และร้อยละ 13.5 เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเองถ้าลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะไม่รับประทานทันทีที่นึกได้คิดเป็นร้อยละ 60.1 หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้วรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรืออาการไม่ดีขึ้น มักจะไม่ไปพบแพทย์

ทันทีคิดเป็นร้อยละ 43.6 ไม่เคยมีการตรวจสอบชื่อ - สกุล ที่หน้าซองก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 38.3

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่ดี แต่มีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง และมีบางส่วนที่อาจมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งควรได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพต่อไป

5.2 อภิปรายผล

การศึกษารึ้ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่จำนวน 133 ราย การอภิปรายผลตามคำถามการศึกษาดังนี้

คำถามการศึกษาที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่เป็นอย่างไร

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ถูกต้อง อยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับรับรู้มาก อาจเนื่องจากประชากรอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงสูงอายุอยู่ตั้งแต่ 50 - 69 ปี ร้อยละ 59.4 (ตารางที่ 1)และมีระยะเวลาการเป็น โรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยใช้ยามานาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 64.6 (ตารางที่ 2) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเข้าใจรวมทั้งอาจจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วย การรักษา ผลกระทบภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยตรงกับตนเองซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิธรอุตตะมะ(2549) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลเชิงดาวเชียงใหม่ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ ที่มีการใช้ยานาน 3 ปีขึ้นไปทำให้มีการรับรู้จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาเป็นอดี ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีอาการที่ไม่รุนแรง ซึ่งเห็นได้จากที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 75.2 Diastolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 82 (ตารางที่ 2) และการที่มารับบริการกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทำให้ได้พบปะ พูดคุยและเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยกับผู้ที่เป็โรคเดียวกับประกอบกับปัจจุบันมีข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อที่หลากหลายรูปแบบ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ วารสารต่างๆ เป็นต้น และนอกจากนี้ทางรัฐบาลได้มีการส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้

และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัย(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบเกี่ยวกับสิ่งชักนำทั้งภายใน(สภาวะของร่างกาย อาการเจ็บป่วย)และภายนอก(การเตือน) รวมถึงสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น อาการเจ็บป่วย การกระตุ้นเตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ (Becker, 1975) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.4 คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 79.7 เชื่อว่าการรับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.2 เชื่อว่าอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 91 เชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต่อการเกิดโรคหัวใจ การมองเห็นลดลง โรคไต และอัมพาต (ตารางที่ 3) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอยู่มาก

ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทำให้ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแล ภาวะแทรกซ้อน และความจำเป็นในการรับประทานยาจากพยาบาล และแพทย์ผู้ให้การรักษา และการมาตรวจโรคทุกครั้งจะได้รับการบันทึกระดับความดันโลหิตไว้ในสมุดประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงเห็นระดับความดันโลหิตสูงที่เปลี่ยนแปลงและนอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ตลอดจนเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อครอบครัว จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยา ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 90.2 เชื่อว่าการรับประทานยาความดันโลหิตสูงป้องกันไม่ให้อัตราความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 90.2 เชื่อว่าการรับประทานยาความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันการเกิดอัมพาต ร้อยละ 89.4 เชื่อว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงป้องกันไม่ให้อัตราความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 89.5 เชื่อว่าการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอทำให้ระดับความดันอยู่ในระดับปกติ (ตารางที่ 4) ซึ่งตรงกับแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้นซึ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาจะสามารถทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงด้วย ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

(Becker,1984)อ้างในศศิธร อุดตะมะ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก

จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมานาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 64.6 (ตารางที่ 1) และต้องรับประทานยาควบคู่กับการรักษา ร้อยละ 81.3 รับประทานยา 1 ชนิดและร้อยละ 18.7 รับประทานยามากกว่า 2 ชนิด (ตารางที่ 2) จึงมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสมและกลุ่มที่ตัวอย่างที่มีการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม จังหวัดแพร่ส่วนใหญ่แล้วเป็นผู้ที่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่มีความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย พบว่าร้อยละ 92.5 คิดว่าการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.7 พบว่าเมื่อยาหมดก่อนวันนัดสามารถรับยาได้เนื่องจากมีบุคคลภายในครอบครัวคอยมาส่ง และเดือนให้มารับยาซึ่ง ชีรรัตน์ ญี่นาง (2555) กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนเช่นมีคนคอยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา หรือช่วยจัดยาให้จะมีส่วนให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ร้อยละ 71.4 คิดว่าการรับประทานยามากกว่า 1 ชนิดไม่ถือเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ร้อยละ 86.4 มีบุตรหลานพามารับยาประกอบกับสถานที่รับบริการอยู่ไม่ไกลสามารถเดินทางมารับการรักษาได้สะดวก อย่างไรก็ตามยังมีร้อยละ 52.7 มีความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา ซึ่งในการศึกษาของประนอม สังขวรรณ ในส่วนของการรับรู้อุปสรรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าการรับประทานยาความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยา เช่น ปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้การศึกษาของศศิธร อุดตะมะ(2549) ยังพบว่าอาการข้างเคียงของการรับประทานยาทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่อยากรับประทานยา ทำให้เห็นว่าควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้เพื่อหาแนวทางแก้ไขผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าวจึงส่งผลให้พฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือเป็นสิ่งที่ขัดขวางและมีส่วนสนับสนุนในการหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ (Rosenstock,1974; Janz & Becker, 1984อ้างในประนอมสังขวรรณ) ซึ่งถ้าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความพร้อมในการปฏิบัติมาก โดยรับรู้ว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยามีน้อยจะเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมาได้ประนอม สังขวรรณ (2555)

คำถามการศึกษาที่ 2 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ เป็นอย่างไร

จากการศึกษาพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาโดยการใช้ยามานาน เห็นได้จากระยะเวลาที่รักษาโรคความดันโลหิตสูง 1 - 5 ปี ร้อยละ 64.6 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ใน

การเจ็บป่วยและได้เห็นอาการแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (อ้างใน ชีรารัตน์ ญีนาง, 2555) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 4 - 10 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเรียนรู้และปรับตัวในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้สุขภาพของตนดีและอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยารักษา 1-2 ชนิด ทำให้สะดวกต่อการรับประทานยาและการมารับการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และยังได้พบปะพูดคุยกับผู้ที่ เป็นโรคเดียวกันทำให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันประกอบกับกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีอายุระหว่าง 50-69 ปี ซึ่งถือว่ามีประสบการณ์ประกอบกับเป็นวัยที่มีวุฒิที่เพิ่มมากขึ้นจึงมีการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อยัญญา พิจารณ์ (2547) พบว่าผู้ป่วยในช่วงอายุระหว่าง 35-60 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่นประกอบกับการรับประทานยาเพียง 1 ชนิดซึ่งไม่ซับซ้อนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.6 ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ ปราณี ทองพิล (2542) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวและมีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ได้รับการเอาใจใส่ดูแลสนใจทั้งในเรื่องการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด พบว่า ร้อยละ 96.2 ประชากรรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงครบตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 46.7 รับประทานยาตามชนิดและขนาดยาตามที่ระบุไว้ตามหน้าซองร้อยละ 100.0 ไม่เคยให้ผู้อื่นยืมยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.2 ไม่เคยเพิ่มหรือลดขนาดยาเองในการรับประทาน ร้อยละ 94.6 ไม่เคยหยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าคุณภาพความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 93 พบว่าทุกครั้งเก็บรักษายาให้พ้นแสงในที่สะอาดแห้งและอากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 85.7 มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการล้มรับประทานยา เช่น จัดยาใส่ซองเป็นชุดๆในแต่ละวัน หรือนำยาเก็บไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่าย หรือตรวจเช็กับปฏิทินทุกครั้งก่อนการรับประทานยา (ตารางที่ 7) ซึ่ง Gurwitz et al (1993) พบว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี มักจะรับประทานยาตามแผนการรักษา

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องของพฤติกรรมการรับประทานยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยยาที่ยาวนานจึงทำให้เกิดความเคยชินและความคุ้นเคยที่จะรับประทานยาประกอบกับการทำงานที่รีบเร่งด้วยเวลาที่มีข้อจำกัดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.1 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างละเลยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งการศึกษาของสุริย์ คำพอง (2549) พบว่าผู้ที่ไม่มีลักษณะงานที่ไม่มีการกำหนดเวลาที่แน่นอนทำให้ไม่มีเวลาสำหรับดูแลตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้พอเพียงและเหมาะสมซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีการตรวจสอบชื่อ - สกุล ที่หน้าซองก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 38.3 ถ้าล้มรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะไม่รับประทานทันทีที่นึกได้คิดเป็นร้อยละ 60.1 หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้วรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรือ

อาการไม่ดีขึ้น มักจะไม่ไปพบแพทย์ทันทีคิดเป็นร้อยละ 43.6 ไม่เคยตรวจสอบและอ่านฉลากยาเกี่ยวกับชนิด ขนาด และวันที่ก่อนการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 33.8 ไม่เคยตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 27.1 และเคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 13.5 ซึ่ง ประพนอม สังขวรรณ(2555) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมคือกิจกรรมที่บุคคลแต่ละบุคคลปฏิบัติทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้และเป็นทั้งทางที่ดีและไม่ดีโดยเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลและเพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลและมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นเรื่องที่ดี ควรให้การส่งเสริมและสนับสนุนอย่างไรก็ตามยังมีผู้ที่มีการรับรู้ในเรื่องของอุปสรรคต่อการรับประทานยาอยู่ที่อาจไม่เหมาะสมหรืออาจนำไปสู่การเกิดความเสียดังต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ เช่นมีความรู้สึกลึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับบุคคลเหล่านี้ ควรมีการจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเน้นการรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญต่อการรับประทานยา ให้ความรู้ในเรื่องของยา และภาวะแทรกซ้อนของโรค และการไม่รับประทานยา

2) การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมปานกลาง ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ยังไม่เหมาะสมอยู่ เช่น นำยาผู้อื่นมารับประทาน ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อลืมรับประทานยาก็ไม่เคยรับประทานยาทันทีเลย ทำให้เห็นว่า ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ และชี้ให้เห็นถึงผลเสียของการซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง หรือยืมยาผู้อื่นมารับประทาน มีการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยที่มสุขภาพ หรืออาจนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพในด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อจะได้นำข้อมูลผลการศึกษามาใช้ดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมกว่าเดิม

2) ควรมีการศึกษารูปแบบหรือวิธีการอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรณีกาเรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวลิตรัตน์กุลและกวีเจริญลาภ. (2548). “อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง”. ในเอกสารการสอนชุดวิชา
อาหารบำบัดโรคหน้า 151-152. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธารรัตน์ ดวงแข.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันการติดต่อโรคของสมาชิกในครัวเรือนผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรรัตน์ณัฐิณาง. (2555). พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลแม่ฮ้อยเงินอำเภอ
ดอยสะเก็ดจังหวัดเชียงใหม่. สาธารณสุขมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เย็นจำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมบุหรี่ของบุคลากรชายใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวรรตน์ สมเพชร, ชิดชนก เรือนก้อน, อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2549). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความ
ร่วมมือในการใช้ยาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก. ฝ่ายเภสัชกรรม
โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์.(2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication nonadherence).
วารสารไทยไกลษณนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) มศก. ปีที่ 7 ฉบับ
เดือนมกราคม - เดือนธันวาคม 2555.
- บัญญัติ มณีคำ.(2540).ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจับซื้อรถจักรยานยนต์ของผู้ขับขี่
รถจักรยานยนต์ในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยนุชเสาวภาคย์. (2549). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ประนอมสังขวรรณ.(2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูงในตำบลแม่นาวางอำเภอแม่ฮ้อยจังหวัดเชียงใหม่. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยพะเยา.

- ปริญญารัตน์ ชนะบุญปวง. (2552). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามร้อยยอดรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม.
- ปัทมา อินทวงศ์. (2534). พฤติกรรมการใช้ยาของชาวบ้านตำบลขุนกง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่: ความรู้ทัศนคติและการใช้ยาสามัญประจำบ้าน. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์. (2546). ความดันโลหิตสูง ค.ศ.2005. วารสารเภสัชสาร, 2 :165-178.
- ปวีณา พันตัน, พนิตนาถ ตะกรุดแก้ว และศศิธร ไชยเพชร. (2549). *Health belief model* กับ *drug adherence* ของผู้ป่วย *Hypertension*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://mis.lib.nu.ac.th/med_research/detail.php (11 กุมภาพันธ์ 2557)
- มุกดาสอนประเทศ. (2553). ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้าตำบลกุดคู่อำเภอโนนสังจังหวัดหนองบัวลำภู. สถานีอนามัยก้าวหน้าตำบลกุดคู่อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู, หนองบัวลำภู.
- ยี่ซ้วน แซ่ก๊ก. (2535). การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- รัตนา เรือนอินทร์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รายงานผลการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตตาม "โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน" ปี 2554 . [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://203.157.10.11/screen/sphp/reportncd1year54.php> (11 กุมภาพันธ์ 2557)
- ศศิธรอุตตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุกัญญา เหมะ. (2553). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สิรินธร เชี่ยวโสธร. (2545). ผลของการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามผลการรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุรชัย อัญเชิญ. (2543). การใช้ยาอย่างปลอดภัย: โอสถสาระ 2000. จุลสารรวมสาระเรื่องยาเพื่อ ส่งเสริมบทบาทเภสัชกร. 1(3) : 1-12.
- สุรเกียรติอาชานานุภาพ. (2544). ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สมทรง รักษ์เฝ้า และสรงกฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2540). กระบวนการดำเนินงานสุขภาพเพื่อพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ กรณี : การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน. โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมาลีวังธนากรชุตินา, ผาดิคำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ รับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสารปีที่ 26 ฉบับที่ 6 พ.ย.- ธ.ค. 2555.
- สุพรรณ ชูชื่น. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ส.ส.ท.). (2551). รายงานการ สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552; ความดัน โลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : ส.ส.ท.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). สถิติการตายจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2554 [homepage on the Internet]. กรุงเทพมหานคร: งานบริการข้อมูลสารสนเทศกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://203.157.19.191/Death.html>
- หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสาพันธ์ภักดี. (2542). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พย.ค., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- Allen, R. and Santrock, J.W. (1993). *Psychology : The Contexts of Behavior*. United State of America : Wm. C. Brown Communication.
- Becker MH.(1974). *The health belief model and sick role behavior*. Health Educ Monographs,2:409-17.
- Dennis Thomas, N.K. Meera, K. Binny, M. SonalSekhar,Githa Kishore, SaliniSasidharan.(2011). *Medication adherence and associated barriers in hypertension management in India*; CVD Prevention and Control , 6 : 9-13.
- Ernesto Bragulat, Alejandro de la Sierra, María Teresa Antonio, Antonio Coca. Endothelial Dysfunction in Salt-Sensitive Essential Hypertension. 2001;37:444-448
- Supanvanich, S. and Podhipak, A. (1994). *Principle of Epidemeology*.Bankok: FaceltyOf Public Health, Mahidol University.
- Health belief model diabetes incidence [online].Available <http://www.gotoknow.org/posts/115420>(1February 2014)
- HemaViswanathan, M.S.,Bruce L. Lambert. (2005). *An inquiry into medication meanings, illness, medication use, and the transformative potential of chronic illness among African Americans with hypertension*. Research in Social and Administrative Pharmacy,1 : 21–39.
- Hypertension fact sheet | Department of Sustainable Development and Healthy Environments | September 2011, World Health Organization Regional Office for South-East Asia :[online].Available <http://www.searo.who.int/en/>(1February 2014)
- Goodyer,L.I.(2002). *Medicine in the elderly*.Great Britain.Pharmaceutical Press.
- Janz NK, Becker MH. (1984). *The health belief model: a decade later*. Health Educ Q, 11:1-47.
- Kyngas, H., & Lahdenpera, T. (1999). ***Compliance of patients with hypertension and Associated factors***.journal of Advance Nursing, 29, 832-839.
- Lois, W. (2002). *Basic nursing foundation of skills & concepts*.United states: Delmar Thomson learning.
- Lois, W., & Gena, D. (2002). *Medical-surgical nursing: An integrated approach*. (2nd ed). United states: Delmar Thomson learning.
- Nikolaus T, Kruse W. and Bach M, et.al.(1996). *Elderly patients' problems with medication*.Eur J of ClinPharmacol., 49(4), 255-259.

- Taitel M, Jiang J and Rudkin K.(2012).*The impact of pharmacist face-to-face counseling to improve medication adherence among patients initiating statin therapy*. *Pat PrefAdher.*,6: 323-9.
- Wood MK, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence. (2004).*a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients*.*Curr Opin Cardiol.*,19:357-62.
- WHO :*New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence* : [online]
].Available http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html(1 February 2014)
- World Health Organization. *Adherence to long-term therapies evidence for action*. : [online]
Available: <http://www.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
(February 1 2014)
- World Health Organization. (2009).*Preventing CHRONIC DISEASES: a vital investment*. ATAR:Switzerland.
- World Health Organization.(2008). *World health statistics 2008*. Retrieved September 24, 2008:
[online].Available:http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.html
(1 February 2014)



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์



เอกสารเลขที่ ๐๓๗/ ๒๕๕๗/
Document No. 037/ 2014

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์
Certification of Research Projects Involving Human Subjects

รับรองโดย Issued By

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสหสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Committee of Research Ethics in Public Health, Graduate School,
Chiang Mai University

โครงการวิจัย : ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

Title of Project : Health Beliefs and Medication Taking Behaviors of Persons with Hypertension in
Takam Health Promotion Hospital. Mueang District, Phrae Province

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวอำภรพรณ ชำสาม

Principal Investigator : Ms. Ampornpun Kamsam

คณะกรรมการได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรมต่อโครงการวิจัยนี้
ในวันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗

The Committee has reviewed and approved this project on 27 November 2014

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง Waraporn Boonchieng, Ph.D.

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสหสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ Chairperson of the Committee

รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญประภา สิริโรจน์
Penprapa Siviroj, Ph.D.

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
สหสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

Head, Graduate Committee of Public Health

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกชัย แสงอินทร์
Akachai Sang-in, Ph.D., DIC.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย Dean, Graduate School

ภาคผนวก ข

ใบชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษา

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ โรคความดันโลหิตสูงถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามโลก จากรายงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค ซึ่งจังหวัดแพร่ในปี 2555 กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยเท่ากับ 2,046.41 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมาเป็นอันดับที่ 2 รองจากความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โภชนาการและเมตาบอลิซึม และพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมากซึ่งการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ต้องให้ความสำคัญกับการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม การมารักษาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอก็เป็นอีกวิธีหนึ่งจะช่วยป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้เช่นกัน

ครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่โดยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้ท่านจะถูกขอร้องให้เซ็นชื่อลงในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากท่านยินยอมแล้วท่านจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2 แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ 3 แบบสอบถาม พฤติกรรม การรับประทานยาซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยจะใช้ระยะเวลาในการเก็บแบบสอบถาม 3 สัปดาห์ การศึกษานี้จะรวบรวมอาสาสมัครทั้งสิ้น 133 รายจากบัญชีรายชื่อผู้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามและจากความสมัครใจของท่าน จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นในการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

จะไม่มีเปิดเผยชื่อของท่านและการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ อยู่กับการตัดสินใจของท่านซึ่งมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวของท่านจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องบอกเหตุผลได้ตลอดเวลา

การวิจัยครั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัยหรือคับข้องใจประการใดท่านสามารถติดต่อสอบถามจากผู้วิจัยนางสาวอำภรพรรณ ขำสาม ได้ที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 083-2973769 หรืออาจารย์ที่ปรึกษาผศ.ดร.วีระพร สุทธากรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ 053-949031 (ในเวลาราชการ)

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือ

ลงชื่อ.....

(นางสาวอำภรพรรณ ขำสาม)

นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form)

ในการศึกษาวิจัย

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

.....

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
นี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้า ยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้า ไม่ยินยอม เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

คำแนะนำและชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน.....10....ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง..9..ข้อ

การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ..8..ข้อ

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา..8..ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยา....17... ข้อ

2. วิธีการตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิต
สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันในเลือดและยาลดความดันโลหิตสูงไม่ต่ำ
กว่า 6 เดือนและได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติม ข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง
ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 1

แบบสอบถาม

เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส/ คู่ 3. หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. จบชั้นประถมศึกษา
 3. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ป.ว.ช
 4. จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ส
 5. จบระดับปริญญาตรี
 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพหลัก
 1. วางงาน/เกษียณราชการ
 2. รับจ้าง
 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 4. เกษตรกรรม
 5. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
 6. อื่นๆ.....(โปรดระบุ)
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/ต่อครอบครัว
 1. < 5,000 บาท
 2. 5,000 – 10,000 บาท
 3. 10,001-20,000 บาท
 4. 20,001-40,000 บาท
 5. 40,001-60,000 บาท
 6. >60,000 บาท
7. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง..... ปี
8. ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง
.....
9. ระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด..... มิลลิเมตรปรอท
10. ประวัติโรคความดันโลหิตสูงในครอบครัวของท่าน
 ไม่มี มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) บิดา มารดา
 อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตอนที่ 2

แบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้อง การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรุณาตอบคำถามโดยเลือกตอบคำว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ใต้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ให้ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	คำตอบ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อ ภาวะแทรกซ้อนของโรคดันโลหิตสูง				
1. มีความดันโลหิตสูง				
2. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายทำให้เสียชีวิตได้				
3. โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ				
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเอง				
5. อาการของโรคความดันโลหิตสูงจะรุนแรงขึ้นเมื่อท่านขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง				

คำถาม	คำตอบ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ				
7. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆเป็น สาเหตุให้การมองเห็นลดลง ประสาทจอตา เสื่อม				
8. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต				
9. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มี โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต				
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่ ถูกต้อง				
1. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต สูงทำให้อาการปวดศีรษะและท้ายทอย ลดลง				
2. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิต สูงอย่างสม่ำเสมอทำให้ระดับความดัน โลหิตอยู่ในระดับปกติ				

คำถาม	คำตอบ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงป้องกันการเกิดอัมพาต				
4. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ไม่เป็นโรคไตวาย				
5. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงป้องกันการเกิดโรคหัวใจ				
6. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงป้องกันไม่ให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น				
7. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงป้องกันการเกิดความจำเสื่อม				
8. การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงป้องกันไม่ให้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงได้				
การรับรู้อุปสรรคต่อการรับประทานยา				
1. การทำงานทำให้ท่านไม่สามารถรับประทานยาความดันโลหิตสูงได้ตรงตามเวลา				
2. เมื่อยาของท่านหมดก่อนวันนัดท่านไม่สามารถมารับยาได้				
3. การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
4. เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทุกวัน				

คำถาม	คำตอบ			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ชนิดทำให้ท่านคิดว่าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก				
6. บุตรหลานของท่าน ไม่สะดวกพาท่านมารับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง				
7. หลังการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตทำให้เกิดอาการข้างเคียงของยาเช่นไอ คอแห้งทำให้ท่านไม่ยอมรับประทานยา				
8. หลังรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ปัสสาวะบ่อย ทำให้ท่านไม่ยอมรับประทานยา				

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ตอนที่ 3

แบบสอบถาม พฤติกรรมการรับประทานยา

คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงใน รอบ 1 เดือนที่ผ่านมาซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติเป็นประจำ (1 สัปดาห์ปฏิบัติทุกครั้ง)
บางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง(1 สัปดาห์มีการปฏิบัติ3-4 ครั้ง)
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติ (ใน 1 สัปดาห์ไม่ปฏิบัติเลย)

ท่านมีวิธีปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างไร	การปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
การใช้ยาถูกคน			
1. มีการตรวจสอบชื่อ – สกุล ของท่านที่หน้าชองก่อนการรับประทานยา			
2. ยืมยารักษาโรคความดันโลหิตของผู้ป่วยรายอื่นมารับประทานเมื่อขาด			
3. ให้ผู้อื่นยืมยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกับท่านไปรับประทาน			
การใช้ยาถูกโรค			
4. ตรวจสอบและอ่านฉลากยาเกี่ยวกับชนิด ขนาด และวันที่ก่อนการรับประทานยา			
5. รับประทานยาตามชนิดและขนาดยาตามที่ระบุไว้ตามหน้าชอง			
การใช้ยาถูกทาง			
6. ตรวจสอบวิธีการใช้ยาก่อนรับประทานยา			
7. รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงครบทุกชนิดตามคำสั่งแพทย์			

ท่านมีวิธีปฏิบัติในการรับประทานยาอย่างไร	การปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
การใช้ยาถูกขนาด			
8. เพิ่ม หรือลดขนาดยาเองในการรับประทาน			
9. หยุดรับประทานยาเองเมื่อรู้สึกว่าคุณโลหิตลดลง			
การใช้ยาถูกเวลา			
10. ถ้าลืมรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง จะรับประทานทันทีที่นึกได้ในจำนวนเดิม			
11. นั่งหรือนอนพักสักครู่ หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง			
พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการรับประทานยา			
12. หยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา			
13. มักเก็บยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เหลือไว้ทานเมื่อท่านไม่สามารถมารับยาหรือมาตรวจตามนัดได้			
14. หลังจากรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้ว รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติหรืออาการไม่ดีขึ้น มักจะไปพบแพทย์ทันที			
15. เก็บรักษายาให้พ้นแสงในที่สะอาด แห้งและอากาศถ่ายเทสะดวก			
16. มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา เช่น จัดยาใส่ซองเป็นชุดๆ ในแต่ละวัน หรือนำยาเก็บไว้ในที่ที่มองเห็นได้ง่าย หรือตรวจเช็คกับปฏิทินทุกครั้งก่อนการรับประทานยา			
17. เคยซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมารับประทานเอง			

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - สกุล

นางสาวอำภรพรรณ ข้ามสาม

วัน เดือน ปี เกิด

28 เมษายน 2531

ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจาก
โรงเรียนสาธิตเทศบาลบ้านเซตวัน จังหวัดแพร่
สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ประวัติการทำงาน

ปี พ.ศ.2554 - 2555

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ปี พ.ศ.2556 - ปัจจุบัน

ผู้ช่วยวิจัยภาควิชาชีพสัตวแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved