

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยา
และระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน



นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION MODIFICATION PROGRAM ON
MEDICATION ADHERENCE AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG
HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT COMPLICATIONS

Miss Kulthida Sripaksa



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการ
เจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับ
ความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
ภาวะแทรกซ้อน

โดย

นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย)

กุลธิดา ศรีปักษา : ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการ
 รับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน (THE
 EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION MODIFICATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE
 AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT
 COMPLICATIONS) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 231 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการ
 เจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
 ภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 30-59 ปี ที่เข้ารับ
 การรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามารามิบัติ เลือกรุ่นตัวอย่างตาม
 สะดวก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการ
 ปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกระดับความดัน
 โลหิต แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉับย้อย และความเชื่อเกี่ยวกับ
 การรับประทานยา ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา การรับรู้เกี่ยวกับ
 ภาวะการเจ็บป่วยฉับย้อย และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, 1, และ
 0.94 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77, 0.77 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์
 ข้อมูลโดยใช้สถิติที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ
 ปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
 ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล
 ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มี
 ภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ
 ปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยัง
 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

5777333836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MEDICATION ADHERENCE, BELIEF ABOUT MEDICINE, ILLNESS PERCEPTION, HYPERTENSION

KULTHIDA SRIPAKSA: THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION MODIFICATION PROGRAM ON MEDICATION ADHERENCE AND BLOOD PRESSURE LEVEL AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT COMPLICATIONS. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 231 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of illness perception modification program on medication adherence and blood pressure level among hypertensive patients without complications. Patients both males and females aged 30-59 years were enrolled from the outpatient department of cardiology clinic at Ramathibodi hospital. The participants were assigned to the experimental and control groups (22 for each group). The control group received a usual care while the experimental group received the illness perception modification program. The program was conducted for 8 weeks. Data were collected using demographic information sheet, medication adherence rating scale, the brief illness perception scale, and the beliefs about medicine questionnaires. The content validity index of these questionnaires were 1, 1, and 0.94, respectively. Their Cronbach's alpha coefficients were 0.77, 0.77, and 0.83, respectively. Independent and dependent t-test were used to analyze data. The results revealed that:

1. The mean score of medication adherence of hypertensive patients without complication after receiving the illness perception modification program was significantly higher than that before receiving the program at the significant level of .05.

2. After receiving the illness perception modification program, the mean of difference score of medication adherence in experimental group was significantly higher than that in the control group at the significant level of .05.

3. The mean scores of systolic and diastolic blood pressure in hypertensive patients without complication receiving the illness perception modification program were significantly lower than those before receiving the program at the significant level of .05.

4. After receiving the illness perception modification program, the mean of different scores of systolic and diastolic blood pressure in experimental group were significantly higher than those in the control group at the significant level of .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการ ทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกคณะฯ ที่กรุณาให้ คำแนะนำและข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ช่วยให้มีคุณสมบัติยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คนที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัย และขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามารามธิบดี รวมทั้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามารามธิบดีที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ ความเมตตาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ที่มีคุณค่า รวมถึงเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกใน ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจให้ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และคอย ช่วยเหลือในหลายๆ อย่างจนสามารถผ่านมาได้ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในครั้งนี้ บิดามารดาและ ครอบครัวที่เป็นกำลังใจ คอยดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดียิ่งตลอด ระยะเวลาที่ศึกษา สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอ มอบแต่บิดามารดา ครอบครัว ครูบาอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ	ต
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ภาวะความดันโลหิตสูง	17
2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....	30
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง.....	44
4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง	47
5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน	48

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	58
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เกณฑ์การคัดเลือกไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้.....	60
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
กระบวนการดำเนินการทดลอง.....	72
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	97
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	106
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	107
รายการอ้างอิง.....	108
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	129
ภาคผนวก ค จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จดหมาย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	131

ภาคผนวก ง เอกสารการพิจารณาจริยธรรมและเอกลักษณ์พิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง	142
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	149
ภาคผนวก ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	202
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	231



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา	62
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับ.....	81
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$).....	85
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	86
ตารางที่ 5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความดันโลหิตต่ำสุด ระดับความดันโลหิตสูงสุดและผลต่างของระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n=22$).....	87
ตารางที่ 6	ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$).....	88
ตารางที่ 7	ผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$).....	90
ตารางที่ 8	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา	203
ตารางที่ 9	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ	204
ตารางที่ 10	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	206

ตารางที่ 11	คะแนนความร่วมมือการรับประทานยาและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	209
ตารางที่ 12	คะแนนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	210
ตารางที่ 13	คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	211
ตารางที่ 14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการรับประทานยารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม.....	212
ตารางที่ 15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการรับประทานยารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	212
ตารางที่ 16	ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และผลต่างของความดันโลหิตนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	213
ตารางที่ 17	ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และผลต่างของความดันโลหิตนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	214
ตารางที่ 18	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยรายชื่อ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง	215
ตารางที่ 19	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยรายชื่อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	216
ตารางที่ 20	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารักษารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ..	217
ตารางที่ 21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง	219

ตารางที่ 22	คะแนนและการแปลผลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	221
ตารางที่ 23	คะแนนและการแปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	222
ตารางที่ 24	คะแนนและการแปลผลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	223
ตารางที่ 25	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	224
ตารางที่ 26	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	224
ตารางที่ 27	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test.....	225
ตารางที่ 28	เปรียบเทียบค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	226
ตารางที่ 29	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	227
ตารางที่ 30	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลระดับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05.....	227
ตารางที่ 31	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	228
ตารางที่ 32	การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลระดับระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	228

- ตารางที่ 33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการ
ทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test..... 229
- ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
โดยใช้สถิติ Independent t-test..... 230



สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 การเชื่อมโยงระหว่างเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษา ร่วมกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense (ที่มา: The Self-regulation of Health and Illness Behaviour p.148, 2003).....	35
แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย	79



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นโรคหรือภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดแดงหรือระดับความดันโลหิตขณะที่หัวใจมีการบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตร (Joint National Committee 8 [JNC 8], 2014; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) สามารถแบ่งตามสาเหตุการเกิดเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบร้อยละ 90-95 และ 2) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ พบร้อยละ 5-10 (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2553; Kaplan & Victor, 2015) องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 63 ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็น 3.7 ของปีสุขภาวะ (World Health Organization [WHO], 2013) สำหรับประเทศไทย พบว่า การเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข จากภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 โดยคิดเป็นอัตรา 1,349.39 1,433.61 1,570.63 1,621.71 1,710.89 และ 1,901.06 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน พบว่า ในปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นจาก 5.7 เป็น 12.1 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) และเมื่อเปรียบเทียบอัตราตายจากโรคที่เกิดจากปัจจัยชักนำจากภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2554 พบว่า โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มจาก 19.4 เป็น 22.4 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก 20.6 เป็น 28.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา ตาม Joint National Committee 8 [JNC 8] โดยการรักษาด้วยยาจะเริ่มในผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (JNC 7, 2003) สามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Levy, Schiffrin, Mourad, Agostini, Vicaut, & Safar, et al., 2008) แต่พบว่าร้อยละ 30-70 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์การรักษา (WHO, 2005; Campbell, Bacon, Dimsdale, & Carroll, 2012; American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], 2014) สาเหตุหนึ่งมาจากการไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาคิดเป็นร้อยละ 45-47.5 (JNC7, 2003;

AHA/ASA, 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20-60 (ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระาะ, สมบัติ เหลืองโสมนภา และยุพาธร เสือเต่า, 2556; ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุตตา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญ ภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2559) โดยสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การลืมรับประทานยา การงดรับประทานยา ปรับลดหรือหยุดยาเองเมื่อรู้สึกเป็นปกติ การเดินทางไม่สะดวก ไม่ชอบรับประทานยา เกิดอาการข้างเคียงของยา (สุขฤดี รัชศฤงคารสกุล, 2557) คิดว่าตนเองสบายดีจึงไม่มารับการรักษา (วารรัตน์ เหล่านภากุล, 2546) จำนวนเม็ดยา ชนิดยาและมียา การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (สุมาลี วังธนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์, 2551; ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2550) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา (Chen, Tsai, & Chou, 2011) และยังพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาคิดเป็น 2.15 เท่าของผู้มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมาก (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2546) ส่งผลต่อความเสื่อมของร่างกายตามมา

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วงปี พ.ศ.2551-2555 และ “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” พ.ศ.2554 พบผู้มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 22.54-72.82 ทางไตร้อยละ 15.44-20.26 ภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 7.94 ทางสมอง ร้อยละ 14.21 และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ร้อยละ 32.83-11.74 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) มีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงทั่วโลก 7.5 ล้านคนต่อปี พบในโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 51 เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 45 (WHO, 2013) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ตามเป้าหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC8, 2014) ตามรายงานของ JNC 7 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต เพราะการรับประทานยาช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35-40 ลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 20-25 ลดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 50 และการลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลง 12 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อได้อีก 10 ปี (Chobanian, Bakris, Black, Cushman, Green, & Izzo, 2003) แต่ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 2 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลวร้อยละ 7 (National Institute for Health and

Clinical Excellence [NICE], 2011) ดังนั้นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยที่โรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า การพยาบาลตามปกติของแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ เป็นการให้ข้อมูลเน้นย้ำเรื่องการตรวจตามนัดพบแพทย์ ส่วนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงทั้งในเรื่องของอาการ ระยะเวลาของการรักษา สาเหตุของการเจ็บป่วย การควบคุมการเจ็บป่วย ผลกระทบของภาวะการเจ็บป่วยและความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะได้รับการอธิบายเมื่อผู้ป่วยซักถาม ส่วนการให้ข้อมูลในเรื่องของยาเป็นหน้าที่ของเภสัชกรเป็นผู้อธิบายยาแก่ผู้ป่วย รับทราบว่ายากี่ตัวที่ได้รับเป็นยาลดความดันโลหิตชื่ออะไร บอกวิธีการรับประทานยาอย่างไรตามฉลากยา บอกจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยก่อนรับยา ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การให้คำปรึกษาแนะนำที่ตรงกับปัญหาหรือความต้องการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา (สุมาลี วัจนกร และคณะ, 2551; ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ, 2550) ซึ่งการให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ทราบถึงคุณค่าของยาเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการร่วมมือในการรักษาให้สูงขึ้น (สุรภี ปิ่นอำพล, 2550)

ผลกระทบที่เกิดจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทำให้เกิดความเสื่อมของอวัยวะ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Mili, Rao, & Khan, 2006) พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การลดการรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกาย (Leelacharas, 2005; Buranakitjaroen, 2011; Kaplan & Victor, 2015) ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยา ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการปรับใช้ยาเท่านั้น ยังขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (อิศราภรณ์ โนยะราช, 2557) จะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (พรศรี ศรีอัญญาพร และ สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, 2555) ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานยามีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (พัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) และจะต้องรับประทานไปตลอดชีวิต แต่บางรายก็สามารถหยุดการรับประทานยาได้ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553)

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยการรับประทานยาโดยมีผู้ป่วยร่วมตัดสินใจ (Horne & Weinman, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาได้ดีกว่าเพศชาย (Kwok, Annette, Tso, Karen, Bernard, & Cheung, 2008; สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จิราพร ชลธิชาชลาลักษณ์ และวรรณมา สอนองเดช, 2558) อายุ ผู้ที่

มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และคณะ, 2558) และเป็นผู้ที่ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงในระยะเวลา 5 ปีแรก (Lee, Wang, Liu, Cheung, & Morisky, 2013) ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติเชิงบวก ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ดีกว่าส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และพีระ บุรณะกิจเจริญ, 2557; สุขฤดี รัชชศฤงคารสกุล, 2557; Daniel & Veiga, 2013; Cho & Kim, 2014; Naewbood, 2005) ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคและอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ ผลการรักษาและเป็นตัวกำหนดความร่วมมือในการรับประทานยา (Kirdphon, 2003; ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2552) ความฉลาดทางด้านสุขภาพสูงส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (อรุณี หล้าเขียว และทวิวรรณ ชาลีเครือ, 2558) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและการดูแลตนเองมากขึ้น (Chen, Tsai, & Chou 2011) และ ปัจจัยด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Adjust OR 1.787, 95%CI 1.35-2.35, $p < 0.01$) (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2556) นอกจากนี้การรับรู้ว่ายายาช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและการรับประทานยาส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคตทำให้เกิดความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยา แต่ความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาส่งผลต่อความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 17.2 ($R^2 = 0.172$, $p < 0.01$) (ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559) Schuz, Marx, Wurm, Warner, Ziegelmann, & Schwarzer et al. (2011) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาจำนวนมากเกินไปสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงความไม่ร่วมมือของการรับประทานยาได้ร้อยละ 19

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นของยา และด้านความกังวลเกี่ยวกับยา ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ด้านการรับประทานยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา (Horne, 1997) ซึ่งพบการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์และเชิงทำนาย แต่ยังไม่พบการศึกษาเชิงทดลองในปัจจัยดังกล่าว แต่พบว่าบางงานวิจัยใช้ทฤษฎีอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา ดังเช่น การศึกษาของศักดิ์นรินทร์

หลิมเจริญ (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แนวคิดความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ในเรื่องการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ติดตาม 6 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษามีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้การศึกษาของกิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี (2557) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick (2008) มาเป็นแนวปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Diclementa & Prochaska (1998) ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ตามหลักศาสนาอิสลามร่วมกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska et al. (1994) ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ พบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ อรรถมล เฟื่องกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และปชาณัฐร์ ดันติโกสุม (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Johnson (2002) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ประโยชน์ของการปรับพฤติกรรมของ Pender (2006) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์และการเตือนทางโทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้ง ในเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของ Creer (2000) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ของจันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ และศิริพร ชัมภลิจิต (2558) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสงทอง ธีระทองคำ, ณีฎฐิรา ประสาทแก้ว และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ใช้

ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงกว่าได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้วินิตา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีสุคนาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์ (2558) ศึกษาผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ตามแนวคิดของ Hass (1992) และ Spross (2009) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการชี้แนะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กลุ่มทดลอง 70%, กลุ่มควบคุม 10%) และเบญจมาศ ถาดแสง , ดวงฤดี ลาสุขะ และทศพร คำผลศิริ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ของ Lorig & Holman (2003) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกระทำต่อปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา การใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา ที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล หากสามารถพัฒนาแนวทางส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้ จะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) มีแนวคิดหลักเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย บุคคลจะพัฒนากระบวนการ 2 อย่างไปพร้อมกัน คือ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ และการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่

ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อลดการเกิดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความร่วมมือในการรับประทานยาแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
3. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีระดับความดันโลหิตแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
4. ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีระดับความดันโลหิตแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (1997) เป็นพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยา ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ซึ่ง Horne (2003) ได้พัฒนาและอธิบายความร่วมมือในการรับประทานยาภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense (Self-Regulation Model: Common Sense Model of Illness Representations) ของ Leventhal, Diefenbach, & Leventhal (1992) อธิบายว่าการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย (Representation of illness) เป็นการรับรู้ภาวะความรู้สึกทางกาย 5 ด้าน คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal 1992; สิริรัตน์ ลิลาจรัส และ สุนทรี เจียรวิทย์กิจ, 2558) ควบคู่กับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษา (Representation of treatments) หรือมิตินความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Medication beliefs) (Horne, & Weinman, 1995 อ้างใน Horne, 1997) 2 ด้าน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ แบ่งเป็นด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา โดยเชื่อว่ายามีความจำเป็นสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นผลทางด้านลบของการได้รับยาตามแผนการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้มียาสะสมเป็นพิษต่อร่างกาย 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป แบ่งเป็นด้านการใช้ยามากเกินไป เชื่อว่ายานั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ และด้านอันตรายจากการรับประทานยา เชื่อว่ายาทั้ๆ ไปนั้นเป็นสารพิษอันตรายและเสพติด (Horne, 1997; ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ, 2556)

ดังนั้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภาวะความรู้สึกทางกาย เช่น การเกิดความเจ็บป่วย บุคคลจะพัฒนากระบวนการ 2 อย่าง ไปพร้อมกัน ตามความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะของโรคตามทัศนคติของผู้ป่วยแต่ละราย จากนั้นจะเกิดการวางแผนและเผชิญกับปัญหาด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย เช่น จะร่วมมือหรือไม่ร่วมมือต่อการรักษา สุดท้ายจะประเมินสิ่งที่ตนเองเลือกใช้ในการวางแผนและเผชิญกับปัญหา (Horne, 2003; Leventhal et al., 1992; ยศพล เหลืองโสมนภา และ คณะ, 2556) ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย (Illness perception) เป็นระยะของการแปลผลและให้ความหมายของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับสภาวะของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง จากการศึกษาของ Townend, Tinson, Kwan, & Sharpe (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้

ภาวะการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากความพิการ ทำให้เกิดการตระหนักถึงความรุนแรง และกลัวการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษาคิดเป็น 2.15 เท่าของผู้มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมาก (ปิยนุช เสาวภาคย์, 2546) ระยะเวลาการดำเนินไปของโรค ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา และอาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ผลการรักษาและเป็นตัวกำหนดความร่วมมือในการรับประทานยา (Kirdphon, 2003; ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ, 2552) ความเชื่อว่ายาช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและการรับประทานยาส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคตมีความสัมพันธ์ทางบวกความร่วมมือในการรับประทานยา (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2556)

ระยะที่ 2 การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นระยะของการวางแผนหรือหาวิธีจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย จะตัดสินใจเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นวิธีการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Hagger & Orbell, 2003) โดยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านความรุนแรงของโรคและด้านการควบคุม ที่เชื่อว่ายาเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น (Hekler et al., 2008) ร่วมกับมีการคาดหวังถึงประสิทธิผลของวิธีการจัดการปัญหาที่บุคคลได้เลือกใช้ด้วย

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Appraisal) เป็นการประเมินความสำเร็จของบุคคล หรือการประเมินผลลัพธ์ในการตอบสนองต่อภาวะความเจ็บป่วย ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการบุคคลจะเกิดความมั่นใจในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาแบบเดิมและมีการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าไม่ได้ผลตามที่ต้องการบุคคลจะกลับไปสู่ระยะที่ 1 ใหม่และค้นหาวิธีใหม่เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการอื่นที่เหมาะสมต่อไป (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001)

จะเห็นว่ามีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ศึกษาในผู้สูงอายุและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในมิติด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และจากการพยาบาลตามปกติ อาจได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและยาไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Horne (2003) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเข้าถึงสภาพปัญหาด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ของผู้ป่วยและนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด มีระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย เป็นการประเมินปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา โดยประเมินปัญหาของผู้ป่วยของแต่ละบุคคล ตามความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย อาการ สาเหตุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาในการรักษา ผลกระทบ และความสามารถในการควบคุมหรือรักษาภาวะความดันโลหิตและ ร่วมกับด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา ความกังวลของการรับประทานยา การใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยา โดยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นการสะท้อนความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา เมื่อพบปัญหาดังกล่าวจะสามารถให้ข้อมูลเพื่อปรับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยแต่ละคนได้ตรงจุด และส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามแผนการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลรายบุคคล ตามปัญหาที่พบจากการประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน โดยการให้ข้อมูลคำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ตามแผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความเข้าใจแปลความหมายของภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นการหาวิธีจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่ถูกต้อง และมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นของการรับประทานยาและลดเรื่องความกังวลจากการรับประทานยา โดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้เป็นรายบุคคล จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ร่วมกับการประเมินผลตามความหวังของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สามารถลดระดับความดันโลหิตลงจากการตรวจตามนัดครั้งก่อน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิผลของวิธีการเผชิญปัญหา ด้านติดตามกำกับกับการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับภาวะความดันโลหิตสูง กล่าวคือ หลังจากที่มีผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งในแผนกดังกล่าวมีการรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยไม่ปรับยาด้วยตนเอง รับประทานยาตามเวลา และไม่ลืมรับประทานยา ผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยา ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา ประเมินจากแบบสอบถาม

ความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne & Weinman (2002) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ และผู้ที่มีคะแนน 22-25 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

ระดับความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบกับผนังหลอดเลือดแดง เกิดจากการที่หัวใจบีบตัวสูบฉีดเลือดไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสามารถวัดได้จากการใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งมี 2 ค่า คือ

- ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หมายถึง ค่าระดับค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

- ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก หมายถึง ค่าระดับค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

ค่าระดับค่าความดันโลหิตประเมินได้จากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล รุ่น TM-2655P ซึ่งมีการสอบเทียบเครื่องมือจากหน่วยรักษาเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดี โดยว่าจ้างบริษัท Ramathibodi Facilities Services: RFS จำกัด ให้เป็นผู้ตรวจสอบทุก 6 เดือน และมีการบำรุงรักษาเครื่องทุก 2 เดือน

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมการสอนที่จัดขึ้นให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Horne (2003) มีระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ตั้งแต่วันแรกโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย วิเคราะห์และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลรายบุคคล

ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมต่อจากขั้นตอนที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) การควบคุมหรือการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ 2 ด้าน คือ การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความกังวล

เกี่ยวกับการรับประทานยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

ครั้งที่ 5 การติดตามกำกับกับการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามารินทร์เพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของภาวะความดันโลหิตสูง สาเหตุการเกิดการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษาหรือควบคุมอาการของการเจ็บป่วย (Leventhal et al., 1992) ดังนั้นการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง เป็นการสะท้อนความนึกคิด ความเข้าใจในแต่ละองค์ประกอบของการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ดังนี้

- ด้านอาการของภาวะการเจ็บป่วย หมายถึง การบอกถึงอาการของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นต้น

- ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย หมายถึง การบอกถึงสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงทั้งปัจจัยภายในและภายนอก สาเหตุจากปัจจัยภายใน เช่น กรรมพันธุ์ ความเครียด เป็นต้น สาเหตุจากปัจจัยภายนอก เช่น การประกอบอาชีพ การทำงานหนัก เป็นต้น

- ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง การบอกถึงระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากภาวะความดันโลหิตสูง ว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง

- ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย หมายถึง การบอกถึงการเจ็บป่วยที่มีผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

- ด้านการรักษาหรือควบคุมอาการของการเจ็บป่วย หมายถึง การบอกถึงการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเองโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และการรักษาโดยแพทย์ด้วยวิธีการตามที่แพทย์สั่ง เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาสามารถช่วยรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้ เป็นต้น

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับยาที่ได้รับตามแผนการรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ประกอบด้วย การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ประกอบด้วย ด้านการใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยา ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นการสะท้อนความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับประทานยาในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

- ด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา หมายถึง การบอกถึงความเชื่อของผู้ป่วยว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง
- ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา หมายถึง การบอกถึงความเชื่อของผู้ป่วยว่ามีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาตามแผนการรักษา
- ด้านการใช้ยามากเกินไป หมายถึง การบอกถึงความเชื่อของผู้ป่วยว่าแพทย์จ่ายมากหรือสั่งการรักษาด้วยยามากเกินไป
- ด้านอันตรายจากการรับประทานยา หมายถึง การบอกถึงความเชื่อของผู้ป่วยว่ายานั้นเหมือนสารเสพติดที่เมื่อรับประทานทำให้เกิดการติดยาได้

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิและยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิต ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการร่วมกับผู้ช่วยพยาบาล แพทย์และเภสัชกร ในการดูแลผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาภาวะความดันโลหิต ผู้ช่วยพยาบาลมีหน้าที่ในการวัดและจดบันทึกระดับความดันโลหิต ก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลในการจัดคิวเข้าพบแพทย์ หลังจากนั้นแพทย์ทำการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินระดับความดันโลหิต สอบถามปัญหาจากการใช้ยา ปรับยา สั่งยาลดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย และส่งต่อให้พยาบาลหลังการตรวจ พยาบาลอธิบายการตรวจตามนัดครั้งถัดไป และแจ้งผู้ป่วยว่ารับประทานยาตามแผนการรักษาเดิม ปรับยาหรือหยุดยาบางชนิดตามแพทย์สั่ง และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยก่อนรับยาจากเภสัชกร ซึ่งรายละเอียดและวิธีในการรับประทานยา เภสัชกรห้องยาเป็นผู้อธิบายแก่ผู้ป่วยรับทราบว่ายยาที่ได้รับเป็นยาลดความดันโลหิต บอกวิธีการรับประทานยา และให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยก่อนรับยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการรับประทานยาลดความดันโลหิตในแผนกผู้ป่วยนอก โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล เภสัชกรเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการ
รับประทานยาที่ดีและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.2 สถานการณ์ภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.3 การจำแนกประเภทภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.4 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ
 - 1.5 อาการของภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
 - 1.7 ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง
 - 1.8 แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
2. ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
 - 2.1 ความหมายความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.2 สถานการณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
 - 2.3 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา
 - 2.4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
4. บทบาทพยาบาลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง แรงที่กระทำโดยเลือดบนผนังหลอดเลือด โดยทั่วไปความดันโลหิต หมายถึง ความดันของหลอดเลือดแดง (Arterial blood pressure) ที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของเลือดไปกระทบต่อผนังหลอดเลือดแดง โดยจะเคลื่อนที่จากที่ที่มีความดันมากไปหาความดันน้อย ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือด ความดันของหลอดเลือดแดงสูงสุดในขณะที่หัวใจบีบตัว เรียกว่า ค่าความดันโลหิตตัวบนหรือ ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) ความดันของหลอดเลือดแดงต่ำสุดในขณะที่หัวใจคลายตัว เรียกว่า ค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท (mmHg) (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิพหกุล และพัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2555; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Chobanian et al., 2003)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันของหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ ค่าความดันโลหิตตัวบนหรือ ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือ ค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558; Chobanian et al., 2003)

ในการศึกษาครั้งนี้ ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.2 สถานการณ์ภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ.2555 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพันล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 1,560 ล้านคน (WHO, 2013; AHA/ASA, 2014) โดยพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คนของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทยมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกสูงกว่า 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น 23 ล้านคน (AHA/ASA, 2014) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุชักนำการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง ถึง 9.4 ล้านคนต่อปี โดยร้อยละ 45 เสียชีวิต

จากกล่ามนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 51 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง องค์การอนามัยโลก รายงานว่าปัจจุบันภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 63 ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็น 3.7 ของปีสุขภาวะ (World Health Organization [WHO], 2013)

สถานการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า มีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.2 (เพศชายร้อยละ 25.6 และเพศหญิงร้อยละ 23.9) (วิชัย เอกพลากร, 2559; Krishnan, Garg, & Kahandaliyanage, 2013) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 4 ซึ่งพบว่ามีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.4 (เพศชายร้อยละ 21.5 และเพศหญิงร้อยละ 21.3) (วิชัย เอกพลากร, 2553) จะเริ่มพบผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิอายุประมาณ 25-55 ปี (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอายุต่ำสุด คือ 30 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ (Buranakitjaroen, 2011) สถานการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกภาค ไม่รวมจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่าปี พ.ศ.2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 1.29 เท่าจากปี พ.ศ.2556 ซึ่งอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2553 กับปี พ.ศ.2558 พบว่าเพิ่มจาก 1,349.39 เป็น 1,901.06 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ.2550-2554 กับปี พ.ศ.2551-2555 พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 2,933 คน และพบผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้น 25,560 คน (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2555) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้เสียชีวิตจากหัวใจวายร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองร้อยละ 20-30 จากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5-10 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ในปี พ.ศ.2555-2558 พบว่ามีอัตราผู้เสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงคิดเป็น 7.01 8.09 18.28 และ 25.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อัตราตายจากสาเหตุชักนำของภาวะความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ.2549 และปี พ.ศ.2553 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มจาก 19.4 เป็น 20.5 และโรคหลอดเลือดสมองจาก 20.6 เป็น 27.5 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตการศึกษาด้านอายุของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนวัยผู้ใหญ่อยู่ในช่วง 30-59 ปี

1.3 การจำแนกประเภทภาวะความดันโลหิตสูง

ในปัจจุบันมีการจำแนกประเภทของภาวะความดันโลหิตสูงโดยองค์กรต่างๆ ดังนี้

1.3.1 จำแนกตามระดับค่าความดันโลหิต

ตามรายงานของคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิต สหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8 [JNC 8]) (Jame, et al., 2014) แบ่งเกณฑ์ที่ใช้จำแนกระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปตาม JNC 7 ดังนี้

1.3.1.1 ระดับความดันโลหิตปกติ (Normal) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

1.3.1.2 ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Prehypertension) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอทและมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 80-90 มิลลิเมตรปรอท

1.3.1.3 ความดันโลหิตสูงระดับหนึ่ง (Hypertension stage 1) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

1.3.1.4 ความดันโลหิตสูงระดับสอง (Hypertension stage 2) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

1.3.2 จำแนกตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization/ International Society of Hypertension [WHO/ISH], 2003) จำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ

1.3.2.1 ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมสภาพของอวัยวะ

1.3.2.2 ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่างดังต่อไปนี้

1.3.2.2.1 หัวใจห้องล่างซ้ายโต

1.3.2.2.2 หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่วไปหรือบางส่วน

1.3.2.2.3 มีโปรตีนในปัสสาวะและ/ หรือมีความเข้มข้นของครีเอตินินในเลือดสูงขึ้นเล็กน้อย (1.2-2.0 mg/dl) ตรวจอัลตราซาวด์หรือรังสีพบคราบไขมันในเลือดชัดเจน

1.3.2.3 ความรุนแรงระดับที่ 3 ตรวจพบทั้งอาการและอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย ประกอบด้วย

1.3.2.3.1 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

1.3.2.3.2 สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากภาวะเลือดออกในสมองหรือภาวะสมองบวม (Hypertensive Encephalopathy)

1.3.2.3.3 มีความผิดปกติของจอภาพหรือเรตินา (Hypertensive Retinopathy) ทำให้มีเลือดออกที่เรตินาหรือประสาทตาบวม และอาจมีหรือไม่มีประสาทตาบวม ใต้พบความเข้มข้นของครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2 mg/dl ไตวาย มีการโป่งพองของหลอดเลือดโรคหลอดเลือดอุดตัน

1.3.3 จำแนกตามสาเหตุ (Kaplan & Victor, 2015)

1.3.3.1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุหรือภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary หรือ Essential hypertension) พบเป็นส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ความเครียด การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

1.3.3.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุหรือภาวะความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) จะพบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ แขนงอนซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ โรคไตต่างๆ เช่น ไตอักเสบ ไตจากเบาหวาน โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น เนื้องอกของต่อมหมวกไต และจากการใช้ยาบางประเภท เช่น ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งถ้ารักษาสาเหตุเหล่านี้แล้วความดันโลหิตจะกลับมาสู่ปกติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิต สหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (JNC 8, 2014) ร่วมกับการจำแนกตามสาเหตุและความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย หมายถึง ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือมีค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท จำแนกตามสาเหตุชนิดปฐมภูมิและไม่พบการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมสภาพของอวัยวะ

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors) ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-modifiable risk factors)

1.4.1.1 ประวัติครอบครัว ผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ยีนหลายๆ ตัวอาจมีปฏิสัมพันธ์กันและต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุในเวลานั้น โดยที่ยีนดังกล่าวจะมีความไวต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับของโซเดียมในเซลล์ และมีการลดลงของอัตราส่วนของโปแตสเซียมและโซเดียม (Chobanian, et al., 2003) ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยภาวะความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวด้วยภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 3 เท่า (สุรเกียรติ อานานุกาพ, 2553)

1.4.1.2 เชื้อชาติ ภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่พบในคนผิวดำ (Go, Bauman, King, Fonarow, Lawrence, & Williams et al., 2014) พบว่าชาวแอฟริกัน อเมริกันมีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) คนผิวดำมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนผิวขาว 2 เท่า พบในอายุน้อยกว่า มีความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าคนผิวขาว (จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์, 2550)

1.4.1.3 เพศ เมื่ออายุน้อยกว่า 64 ปี เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเท่ากับเพศหญิง (พบในเพศชายร้อยละ 11.1-54 เพศหญิงร้อยละ 6.8-53.3) แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี จะพบความเสี่ยงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (พบในเพศชายร้อยละ 64-66.7 เพศหญิงร้อยละ 69.3-78.5) (Robinson, 2007; Centers of Disease, 2016) เนื่องจากภาวะหมดประจำเดือน (Postmenopausal) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือด เกิดการเสียหายที่ของเซลล์เยื่อหุ้มของผนังหลอดเลือด หลอดเลือดเกิดการตีบแคบ จึงเกิดแรงต้านในหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Kaplan & Victor, 2015)

1.4.1.4 อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีจะทำให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1-2 มิลลิเมตรปรอทและค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ 2555) เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดจะเสียความยืดหยุ่น แรงต้านทานการไหลของเลือดเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบบ่อยในช่วงอายุ 25-55 ปี (สุรเกียรติ อานานุกาพ, 2553; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) จากการศึกษาของ Pandii (1996) (อ้างใน สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550) ศึกษาในระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกทั้งในเพศชายและเพศหญิงของประเทศไทย พบว่าระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้นช้าในช่วงอายุ 24-44 ปีและเพิ่มสูงเร็วขึ้นหลังอายุ 44 ปีขึ้นไป

1.4.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factors)

1.4.2.1 ความอ้วน ที่มีระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดตีบแข็ง (Hallan, Romundstad, Kvenild, & Holmen, 2003) พบในเพศชายร้อยละ 70 ในเพศหญิงร้อยละ 61 เมื่อน้ำหนักเพิ่มขึ้น 4.6 กิโลกรัมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 4.5 มิลลิเมตรปรอท (Kaplan & Victor, 2015)

1.4.2.2 การดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ระดับของ blood cortisol และ catecholamine เพิ่มขึ้น และมีผลกระทบต่อระบบ renin-angiotensin ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และพบความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (Chobanian et al., 2003; Kaplan & Victor, 2015)

1.4.2.3 การขาดการออกกำลังกาย การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้อง ในระยะเวลาานาน โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 35-52 (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553; Kaplan & Victor, 2010)

1.4.2.4 การสูบบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารนิโคติน (nicotin) มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดแดง กระตุ้นให้มีการจับตัวของเกร็ดเลือดและไขมันในเลือด (Simons, Simons, McCallum, & Friedlander, 2005) ส่งผลให้หลอดเลือดแดงตีบแข็งมากขึ้นและลดไนตริกออกไซด์ ซึ่งมีฤทธิ์ที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (Kaplan & Victor, 2015)

1.4.2.5 อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงจะส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ (Drenjancevic-Peric, Jelakovic, Lombard, Kunert, Kibel, & Gros, 2011) การศึกษาในกลุ่มคนที่รับประทานเกลือน้อยกว่ากลุ่มคนที่รับประทานเกลือมากในเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่รับประทานเกลือน้อยกว่ามีระดับความดันโลหิตดีกว่า และมีความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกที่ 5/5 มิลลิเมตรปรอท (Meland & Aamland, 2009)

1.4.2.6 ความเครียด เนื่องจากเมื่อเกิดความเครียด จะเกิดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติลดการขับโซเดียม ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553)

1.5 อาการของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงที่เฉพาะเจาะจง หรือสังเกตได้ ส่วนน้อยจะมีอาการปวดมึนท้ายทอย รู้สึกตึงๆ บริเวณต้นคอ เวียนศีรษะ ซึ่งมักมีอาการหลังตื่นนอนและจะทุเลาลงไปได้เองหลังเริ่มมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการทางคลินิกแสดงออกมา อาการปวดศีรษะตลอดเวลา อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ใจสั่น หน้าแดง หรือมีเลือดออกทางจมูก นอกจากนี้ในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมานาน ก็จะทำให้

ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะทั่วร่างกาย จนแสดงอาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายอวัยวะอื่นๆ (Target Organ Damage: TOD) ได้แก่ อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก ชาหรืออ่อนแรงของแขนขา ตัวมัวหรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ หิวน้ำบ่อย บวมที่เท้าเวลาบ่ายหรือเย็น ปวดขาเวลาเดินสั้นๆ เป็นต้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2553; Kaplan & Victor, 2010; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะแรก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ หากไม่มีการรักษาที่ถูกต้องและปล่อยให้อาการของโรคดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังต่อไปนี้

1.6.1 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้จะส่งผลต่อโครงสร้างภายในหลอดเลือด เกิดการเสื่อมสลายของคอลลาเจนและอีลาสติน ทำให้เส้นเลือดเกิดการตีบแคบและแข็งตัว การคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ หัวใจห้องล่างซ้ายโตและทำงานลดลง เกิดเลือดคั่งในปอด ภาวะน้ำท่วมปอด ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2553; Pedrinelli, Ballo, Fiorentini, Denti, Galderisi, & Ganau, et al., 2012) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 2 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) เมื่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 มิลลิเมตรปรอทจากค่าที่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากระบบหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 30 (Kaplan & Victor, 2015)

1.6.2 ระบบไต ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลให้ไตเสื่อมสมรรถภาพมีลักษณะจำเพาะที่ เรียกว่า Nephrosclerosis ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับไต ส่งผลให้อัตราการกรองของเสียที่หน่วยไตลดลงและนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (Kaplan & Victor, 2015) ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่า 1 ใน 5 มีโอกาสเกิดภาวะไตวายเรื้อรังร่วมด้วย (CDC, 2016) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (อุดม ไกรฤทธิชัย, 2556) คือ

1.6.2.1 Malignant Hypertension nephrosclerosis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงมากในช่วงเวลาสั้นๆ โดยความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นมากและรวดเร็วจะทำลายผนังเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบแคบ เกิด vascular necrosis และ glomerular ischemia

1.6.2.2 Benign Hypertension nephrosclerosis เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด ขนาดรูหลอดเลือดตีบแคบลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ผ่านไปไตลดลง จนเกิดการขาดเลือดของหน่วยกรองในไต หน่วย

กรองในไตลดลงและประสิทธิภาพลดลง ส่งผลต่อการคั่งของของเสีย ก่อให้เกิดภาวะไตวายและเสียชีวิตได้ (Buranakitjaroen & Phoojaroenchanachai, 2012)

1.6.3 ระบบตา การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดภายในตาอย่างช้าๆ จะทำให้หลอดเลือดฝอยในจอตาตีบแคบหรือแตก จอประสาทตาบวม มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา และเป็นสาเหตุให้ตาบอดได้ (Tien & Paul, 2004; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.6.4 ระบบหลอดเลือดสมอง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงและมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคของระบบหลอดเลือดสมองมากที่สุดพบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการลดลงของระดับการรับรู้ทางสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อม (Buyk, Dufouil, Mazoyer, Maillard, Ducimetiere, & Alperovith, et al., 2009) ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 4 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) เมื่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอทและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นมากกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท จากค่าที่เหมาะสม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากระบบหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 30 (Kaplan & Victor, 2015) ในขณะที่การลดลงของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 2 มิลลิเมตรปรอทสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบลงได้ร้อยละ 15 (Gorgui, Gorshkov, Khan, & Daskalopoulou, 2014)

1.7 ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง

1.7.1 ด้านร่างกาย พบว่าการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยเฉพาะหัวใจและหลอดเลือด โดยหลอดเลือดแดงมีการตีบแข็งเพิ่มขึ้น ร่างกายต้องปรับสมดุลโดยการเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดดำไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา เป็นผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Chobanian et al., 2003; WHO-ISH, 2013; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.7.2 ด้านจิตใจ ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต รวมทั้งยังมีอาการแสดงที่พบบ่อย เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เหนื่อยล้า เป็นตัวอาการต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้บุคคลเกิดความไม่สุขสบาย นอกจากนี้อาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา เช่น เวียนศีรษะ เนื่องจากความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง การปัสสาวะบ่อย อาการบวมตามปลายเท้า เป็นต้น รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542; นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ วรวรรณ ชันติชัยธร, 2553)

1.7.3 ด้านครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นบางรายต้องมีการลดบทบาททางสังคมลง โดยเฉพาะรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือดูแลส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545)

1.7.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทำให้ประเทศสูญเสียรายได้ ใน พ.ศ.2558 คิดเป็น 52,150 ล้านบาท โดยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ปี พ.ศ.2551 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรวม 2,465 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 180,721 ล้านบาทในปี พ.ศ.2554 (วิชัย เอกพลากร, 2553) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองในประชากรหญิงที่ก่อภาวะโรครวม 2,653,800 ปีสุขภาวะ หรือร้อยละ 6.03 ของภาวะโรคทั้งหมด และเป็นอันดับสามในประชากรชายที่ก่อภาวะโรครวม 3,587,800 ปีสุขภาวะหรือร้อยละ 6.17 ของภาวะโรคทั้งหมด ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด (วรรณสุตา งามอรุณ, สรวาดี อุตมกาญจนนันท์, นงนุช ใจชื่น และทักษพล ธรรมรังสี, 2557)

1.8 แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมี 2 วิธีคือ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification) 2) การรักษาโดยการให้ยาดังนี้ (Chobanian et al., 2003; Kaplan & Victor, 2015)

1.8.1 การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle Modification)

1.8.1.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว

1.8.1.1.1 การหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยควรจำกัดการบริโภคเกลือแกงให้น้อยกว่า 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา/วัน ซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003; Frisoli, Schemieder, Grodzicki, & Messeri, 2012)

1.8.1.1.2 การควบคุมการบริโภคไขมันและหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวโดยควบคุมการบริโภคไขมันน้อยกว่า 6 ช้อนชา/วัน จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และลดความเสี่ยงที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูง (AHA/ASA, 2014)

1.8.1.1.3 การรับประทานอาหารสำหรับควบคุมความดันโลหิต (Dietary Approach to Atop Hypertension: DASH) โดยการรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ และใยอาหารวันละ 8-10 ส่วน ร่วมกับลดไขมันอิ่มตัวและไขมันรวม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

1.8.1.2 พฤติกรรมสุขภาพด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย

ความถี่ของการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ 3-7 ครั้ง/สัปดาห์ โดยควรออกกำลังกายระดับปานกลาง ที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 40-70 ของอัตราการเต้นสูงสุด ควรใช้เวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกันนาน 30-60 นาที ซึ่งควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจพร้อมกันหลายมัดเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่อง และเลือกการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวกสร้างแรงจูงใจให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (American College of Sports Medicine, 2006)

1.8.1.3 พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

การผ่อนคลายความเครียดจะลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความดันโลหิตที่ลดลง (Linden, Lenz, & Con, 2001)

1.8.1.4 พฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ (Chobanian et al., 2003) การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (Kaplan, & Victor, 2010)

1.8.1.5 พฤติกรรมสุขภาพด้านการมาตรวจตามนัด

ถือเป็นความร่วมมือในการรักษาโดยมาตรวจตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามประเมินระดับความดันโลหิต อาการผิดปกติ และทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ควรนำยาที่รับประทานมาด้วยทุกครั้ง เพื่อให้แพทย์และพยาบาลช่วยตรวจดูว่ารับประทานยาได้ถูกต้องหรือไม่ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542; พรทิพย์ ชูจ่อหอ, 2555)

1.8.2 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา

คณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกัน การวินิจฉัย การประเมินและรักษาโรคความดันโลหิต สหรัฐอเมริกาฉบับที่ 7 Joint National Committee 7 [JNC 7] (Chobanian et al., 2003) แนะนำให้ใช้ยาลดความดันโลหิต โดยการใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตแบ่งตามระดับความดันโลหิตและตามกลุ่มผู้ป่วย ดังนี้

1.8.2.1 การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตแบ่งตามระดับความดันโลหิต

1.8.2.1.1 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90-99 มิลลิเมตรปรอท ให้เลือกใช้ยา กลุ่ม Thiazide เป็นส่วนใหญ่

1.8.2.1.2 ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 ขึ้นไป คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 100 มิลลิเมตรปรอท ให้ใช้ยา ร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม Thiazide base

1.8.2.2 การใช้ยารักษาภาวะความดันโลหิตแบ่งตามกลุ่มผู้ป่วย

1.8.2.2.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วม แบ่งเป็น

1.8.2.2.1.1 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท ให้การรักษาด้วยยากลุ่ม Thiazide, Diuretic หรือยากลุ่มอื่น

1.8.2.2.1.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ให้การรักษาด้วยยารักษาภาวะความดันโลหิตมากกว่า 2 กลุ่มร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม Thiazide Base

1.8.2.2.2 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคประจำตัวร่วม แนะนำให้ใช้ยาลดความดันโลหิตตามแนวทางการรักษาตามข้อบ่งชี้ ได้แก่ แนวทางการรักษาความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แนวทางการรักษาความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง แนวทางการรักษาความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคไต แนวทางการรักษาความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคหัวใจ เป็นต้น

1.8.2.3 เกณฑ์การเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตและเป้าหมายในการรักษากำหนดเกณฑ์การเริ่มใช้ยาลดความดันโลหิตและเป้าหมายในการรักษาไว้ในรายงานฉบับที่ 8 (Joint National Committee 8 [JNC 8]) (James et al., 2014) สำหรับในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ให้เริ่มการรักษาเมื่อระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยตั้งเป้าหมายระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และนัดติดตามระดับความดันโลหิตที่ 2 เดือน หากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดแรกและยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย อาจเพิ่มขนาดของยาหรือเพิ่มยาชนิดที่สอง แต่ไม่ใช่ ACEI ร่วมกับ ARB ถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้หลังจากใช้ยาลดความดันโลหิต 3 ชนิดแล้วควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

1.8.2.4 ยาลดความดันโลหิต 4 กลุ่มหลัก

การพิจารณาเลือกยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงตามคำแนะนำของ JNC8 (2014) และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) พิจารณาเริ่มยาจาก 4 กลุ่มหลักดังต่อไปนี้

1.8.2.4.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ออกฤทธิ์โดยการขับน้ำและโซเดียมออกทางไตทำให้ลดการทำงานของหัวใจและลดความต้านทานของหลอดเลือด เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดลง ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ ทำให้มีความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ เกิดโพแทสเซียมแมกนีเซียม โซเดียมในเลือดต่ำ และแคลเซียมในเลือดสูง มีการขับปัสสาวะมากเกินไปทำให้พลาสมา

ลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวใน 1 นาทีลดลง ส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ลดอัตราการกรองที่ไต ทำให้เกิดภาวะของเสียคั่งเกิดร่างกายอ่อนเพลีย (กัมพล ศรีวัฒนากุล, 2545) ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Thiazide ออกฤทธิ์ที่ท่อไตส่วน Distal convoluted tubule โดยยับยั้งการขนส่งร่วมกันของ $\text{Na}^+ / \text{Cl}^-$ เพิ่ม การขับโซเดียมและโพแทสเซียม มักใช้ปริมาณเล็กน้อยในการลดความดันโลหิต โดยไม่ต้องทำให้มีการขับปัสสาวะออกมามากเกินไป อาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เวียนศีรษะ ตาพร่า เบื่ออาหาร มีผื่นคัน รู้สึกไม่สบายในช่องท้อง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาจพบอาการแพ้แสงแดดในผู้ป่วยบางราย อาจพบภาวะโพแทสเซียมในร่างกายมีระดับต่ำ (อาการ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น), มีแมกนีเซียมขับออกมากับปัสสาวะ (อาการ เช่น อ่อนเพลีย เป็นตะคริว หัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น) (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2559)

1.8.2.4.2 ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blocker [CCB]) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการซึมผ่านของแคลเซียมเข้าผนังเซลล์ ส่งผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง ทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ ทำให้มีอาการปวดศีรษะ มึนงง บวมตามขาส่วนปลาย หัวใจเต้นเร็ว และท้องผูก (วีรวรรณ อุชายภิกษาคี และสิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546) ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Amlodipine ออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจและเส้นเลือดฝอยขยายตัว จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ยาจะมีระดับคงอยู่ในกระแสเลือดได้นานถึง 30–50 ชั่วโมง อาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการปลายมือ ปลายเท้าบวม (Peripheral edema) ปวดศีรษะ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ วิงเวียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า หัวใจเต้นเร็ว (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2559)

1.8.2.4.3 ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการสร้างแองจิโอเทนซินทู (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งเรนินไม่ให้ Angiotensin I เปลี่ยนเป็น Angiotensin II ทำให้ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ยาในกลุ่มนี้ทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ อาการระคายเคืองคอและไอ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Enalapril ออกฤทธิ์ภายในเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยตัวยายับยั้งการทำงานของ Angiotensin converting enzyme ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถเปลี่ยนสารตั้งต้นที่ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดง (Angiotensin I) ไปเป็นสาร Angiotensin II ที่ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดงได้ ด้วยกลไกนี้จึงลดภาวะการหดตัว/ บีบตัวของหลอดเลือดแดง และส่งผลให้ลดความดันโลหิตของร่างกายในที่สุด อาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ วิงเวียนขณะนั่งหรือนอนเมื่อใช้ยาในช่วงแรก อาการไอแห้งๆ อาการผื่นคัน คลื่นไส้ ปวดศีรษะ รู้สึกเหนื่อยล้า (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2559)

1.8.2.4.4 ยาประเภทที่ยับยั้งแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (Angiotensin receptor blocker) ออกฤทธิ์สกัดกั้นผลของ Angiotensin II ที่ตำแหน่งตัวรับ ส่งผลให้เกิดการขยาย

หลอดเลือด มีผลลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลทำให้ยับยั้งการสังเคราะห์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวเกิดผลข้างเคียง คือ ทำให้ไตเสียหายที่ (วีรวรรณ อุชายภิกษิต และสิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546) ยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Losartan ร่างกายจะทำการปรับเปลี่ยนเพิ่มการหลั่งพร้อมกับลดสารเคมีบางตัว และส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวจึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลง อาการอันไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ (ปราณี ทุ์ไพเราะ, 2559)

การรักษาตามปกติ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตควรเริ่มต้นจากยา 4 กลุ่ม (James et al., 2014) ต่อไปนี้ 1) Thiazide-type diuretics 2) Calcium channel blocker (CCBs) 3) Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs) 4) Angiotensin receptor blockers (ARBs) แต่ยาในกลุ่ม Diuretic ใช้น้อยเนื่องจากผลข้างเคียงเรื่องการปัสสาวะบ่อย ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงมีหลายชนิด และมีกลไกในการลดความดันโลหิตแตกต่างกัน แพทย์จะพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปเนื่องจากการลดความดันโลหิตมากเกินไปก็อาจมีผลเสียได้ เช่น ในผู้ป่วยสูงอายุบางราย ผู้ป่วยไตเสื่อม เบาหวาน หรือมีโรคหัวใจเกิดขึ้นแล้ว ควรควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้มากที่สุด จากการศึกษาการจัดการดูแลตนเองเรื่องการช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 11.8 เกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา โดยพบอาการข้างเคียงเป็นยาในกลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) ทำให้เกิดอาการไอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอดทนต่อการรับประทานยาต่อไปได้ จึงหยุดรับประทานยาทำให้การรักษาไม่ได้ผล (แสงเดือน อภิตนวงศ์, 2551) และจากการศึกษาแบบจำลองอธิบายความเจ็บป่วยเรื่องการช้ยาลดความดันโลหิต โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต พบว่าอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ยาทำให้ปัสสาวะบ่อย ทำให้ต้องงดยามื้อนั้นไปเนื่องจากไม่สะดวกต่อการทำงานและการเดินทาง (สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์ และพัศตรีวิภา สุวรรณพรหม, 2556)

การปรับลดขนาดหรือชนิดของยาลดความดันโลหิตจะกระทำได้ต่อเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี โดยค่อยๆ ลดขนาดยาหรือถอนยาออกอย่างช้าๆ ซึ่งมักจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว บางรายอาจถอนยาได้หมด และควรติดตามผู้ป่วยรายนั้นๆ ต่อไปเนื่องจากความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีกในระยะเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถงดการปรับพฤติกรรมไว้ได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2.1 ความหมายความร่วมมือในการรับประทานยา

World Health Organization (2003) กล่าวว่า Treatment Adherence หมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องอาหาร และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค โดยพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น ต้องเกิดจากความตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

Johnson (2002) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence) ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะรับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากการได้รับรู้ถึงความจำเป็น ผลดีของการรับประทานยา ความปลอดภัยจากการรับประทานยา รวมไปถึงการมีสุขภาพที่ดีและการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคผู้ป่วยจึงเกิดรูปแบบของการรับประทานยาที่สม่ำเสมอและเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

Osterberg and Blaschke (2005) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทานยา (Adherence to Medication) ว่าเป็นการรับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวนที่ต้องรับประทานต่อวันและรับประทานยาถูกต้องตามเวลา ซึ่งเกิดขึ้นจากการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

Cohen (2009) กล่าวถึง Medication Adherence ในบริบทของโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ว่า เป็นความปรารถนาที่จะปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเป็นผลมาจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ

Horne (1997) กล่าวว่า Medication Adherence หมายถึง พฤติกรรมรับประทานยาสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยไม่ปรับยาด้วยตนเอง รับประทานยาตามเวลา และไม่ลืมรับประทานยา ผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา โดยการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย

Brunier (2006) กล่าวว่า Medication Adherence คือ ความร่วมมือของผู้ป่วยที่ดำเนินควบคู่ไปกับทีมสุขภาพในการวางแผนและมีการรับประทานยาตามแผนการรักษา ให้ถูกขนาดและความถี่

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

2.2 สถานการณ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีแนวทางในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ แต่อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีอัตราควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยอยู่ระหว่างร้อยละ 30-50 (Chobanian et al., 2003; AHA/ASA, 2014) สำหรับประเทศไทยอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงยังไม่ดี ซึ่งประเมินได้จากอัตราตายต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่เกิดจากปัจจัยชกนำจากภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยเทียบในปี พ.ศ.2549 กับปี พ.ศ.2554 ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มจากร้อยละ 19.4 เป็นร้อยละ 22.4 โรคหลอดเลือดสมองใหญ่เพิ่มจากร้อยละ 20.6 เป็นร้อยละ 28.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงโดยการให้ยา ต้องมีขนาดความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงเป็นที่ยอมรับว่าประสบความสำเร็จในการรักษา (WHO, 2003; Kronish & Ye, 2013) และจากแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) ได้กำหนดเกณฑ์ความร่วมมือในการรับประทานยา จากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne & Weinman (2002) ซึ่งต้องได้ค่าคะแนน มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป ซึ่งความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Levy et al., 2008) ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) ศึกษาพบว่าผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงในระดับสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงร้อยละ 60 ส่วนปีนทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) ศึกษาพบว่าผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงเพียงร้อยละ 20 หากการเจ็บป่วยไม่รุนแรงจนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต (Campbell et al, 2012) และปิยนุช เสาวภาคย์ (2546) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็น 2.15 เท่าของผู้มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมาก สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ พบอัตราความร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 40 ถ้าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คือมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 12 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกลงได้ 10 มิลลิเมตรปรอท จะลดอัตราการตายลงได้ 1 ใน 11 คน (Ogden, He, Lydick, & Whelton, 2000) การควบคุมระดับความดันโลหิตที่ได้ผลจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 35-40 และกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 (Chobanian et al., 2003)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้ดีขึ้น

2.3 แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (1997) คือ พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยาตามแผนการรักษาโดยไม่เปลี่ยนแปลงขนาดยาเอง รับประทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง และไม่ลืมรับประทานยา Horne สนใจศึกษาความเชื่อที่ผู้ป่วยใช้คิดประกอบการตัดสินใจว่าตนเองนั้นควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งหรือไม่ จึงได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาตามมุมมองแบบชาวบ้าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจต่อความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาตามมุมมองแบบชาวบ้าน 2 ด้าน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ (Specific beliefs) 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป (General beliefs) (Horne & Wienman, 1995 อ้างใน Horne, 1997) หลังจากนั้นได้ทำการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต และผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ (Specific beliefs) แบ่งเป็นด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา (Specific necessity) และด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา (Specific concern) ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป (General beliefs) แบ่งเป็นด้านการใช้ยามากเกินไป (General overuse) และด้านอันตรายจากการรับประทานยา (General harm) (Horne, 1997) ซึ่งสามารถอธิบายความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาได้ดังนี้

2.3.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา เป็นความเชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาและยาประสิทธิภาพในการรักษา 2) ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาวหรือผลกระทบบั่นไม่พึงประสงค์ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา ซึ่งเป็นพื้นฐานความเชื่อด้านลบ (Horne, 1997) เช่น ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่าปัจจัยทั้งสองต่างมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Kirdphon, 2003; Ross, Walker, & MacLeod 2004; Ruppap, Dobbels, & De Geest, 2012) ในขณะที่ความเชื่อเกี่ยวกับอาการ

ข้างเคียงของยาและมีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับความเชื่อว่ายาไม่ได้มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าตัวโรคซึ่งไม่มีอาการส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Kirdphon, 2003; Lewis, Askie, Randleman, & Shelton-Dunston, 2010)

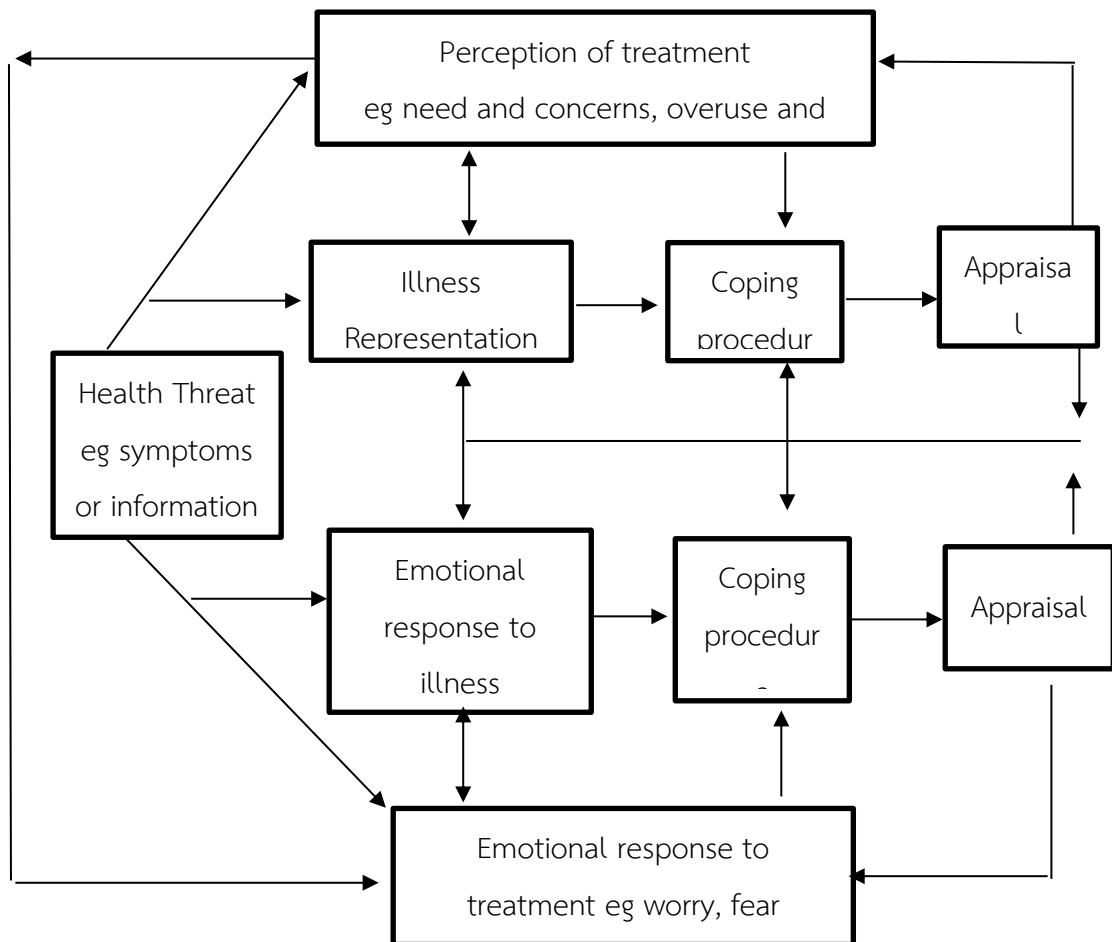
การศึกษาอิทธิพลในการทำนายความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านโรคและปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าคะแนนผลต่างของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยากับความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา (Necessity-concern difference score) เป็นตัวแปรที่ทำนายความร่วมมือในการรับประทานยา (Horne & Weinman, 1999) ซึ่งความเชื่อเฉพาะในด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาเทียบเคียงได้กับการรับรู้ผลประโยชน์และข้อดีของการรับประทานยา ส่วนความเชื่อเฉพาะในความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาเทียบเคียงได้กับต้นทุนและการคำนึงถึงข้อเสียของการรับประทานยา ดังนั้นหากผู้ป่วยพิจารณาในแง่ของการรับรู้ผลประโยชน์หรือข้อดีของการรับประทานยา ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความร่วมมือรับประทานยา แต่หากผู้ป่วยพิจารณาในแง่ต้นทุนหรือการคำนึงถึงข้อเสียของการรับประทานยา ผู้ป่วยจะตัดสินใจไม่ให้ความร่วมมือรับประทานยา (Horne, 2003) Ruppap, Dobbles, & Geest (2012) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

2.3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยามากเกินไป เป็นความเชื่อว่ายาโดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไปโดยแพทย์ 2) อันตรายจากการรับประทานยา เป็นความเชื่อว่ายาในทั่วๆ ไปนั้นเป็นสารพิษอันตรายและเสพติด Horne (1997) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา กับความร่วมมือในการรับประทานยา ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ จำนวน 91 คน พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะและแบบทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับยาและจากการศึกษาของ Schuz et al. (2011) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามากเกินไปสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 19

Ross, Walker, & MacLeod (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาสูง (odds ratio (OR) 3.06, 95% CI 1.74-5.38, $p < 0.01$) แต่ผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปและความเชื่อด้าน

อันตรายจากการรับประทานยา (odds ratio (OR) 2.43, 95% CI 1.46 – 4.04, $p < 0.001$) (odds ratio (OR) 6.12, 95% CI 2.31 – 16.20, $p < 0.001$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาศพพล เหลือง โสมนภา และคณะ (2556) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงได้ร้อยละ 37.7 (Cox And Snell $R^2 = 37.7$, $p < 0.05$) ทั้งนี้ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่นอาการข้างเคียงของยาและระดับความรู้เกี่ยวกับยา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง และพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เพราะเชื่อว่ายาช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและการรับประทานยาส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคตด้วย

ต่อมา Horne (2003) ได้อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาหรือความรู้ต่อการรักษาร่วมกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ของ Leventhal, Diefenbach, & Leventhal (1992) โดยพิจารณากระบวนการในการปรับตัวที่แสดงถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มาเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับประทานยา กล่าวคือ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภาวะคุกคามทางสุขภาพ (stimuli) เช่น อาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะเกิดการวางแผนและเผชิญกับปัญหาการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (coping) เช่น จะรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่ สู้ตายจะประเมิน (appraisal) สิ่งที่ตนเองเลือกใช้ในการวางแผนและเผชิญกับปัญหานั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสม



แผนภาพที่ 1 การเชื่อมโยงระหว่างเชื้อเกี่ยวกับการรับประทันยาหรือความรู้ต่อการรักษาพร้อมกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense (ที่มา: The Self-regulation of Health and Illness Behaviour p.148, 2003)

2.3.3 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense

การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ของ Leventhal, Leventhal, & Cameron (1992) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนเป็นนักแก้ไขปัญหามือต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพซึ่งครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) บุคคลเป็นนักแก้ไขปัญหาโดยการค้นหาข้อมูลปัญหาสุขภาพทางร่างกาย และการวางแผน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางร่างกาย 2) การปรับตัวบนพื้นฐานของการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก ความเชื่อ และการประเมินค่าตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้และการตอบสนองต่อปัญหาอาจไม่สอดคล้องกับหลักทางการแพทย์ ซึ่งการรับรู้ปัญหาสุขภาพอันตรรายจากโรค การตอบสนองต่อปัญหา การจัดการปัญหา เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทางสุขภาพ และผลลัพธ์จากการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพ 3) การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคล (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001; สิริรัตน์

ลีลาจรัส และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ, 2558) ขณะเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพ บุคคลจะมีการวางแผนจัดการตนเองอย่างไรนั้นอยู่กับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 3 ระยะ (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย (illness perception) เป็นระยะของการแปลผลและให้ความหมายของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมถึงการระบุสาเหตุของภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่ตามมาจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยหรือการรักษา และการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือโดยการรักษา มีอิทธิพลมาจากความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิดและความเชื่อของแต่ละบุคคล (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001; ลีริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ, 2558) ดังนี้

1. ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (Identity of the threat: symptoms or label) หมายถึง คุณลักษณะของโรค อาการแสดงหรือสิ่งบ่งชี้ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับโรค เป็นการแปลผลหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วยตามความเข้าใจ ทักษะคิด ความเชื่อของผู้ป่วยว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีลักษณะเฉพาะหรือมีอาการที่เป็นลักษณะเด่นของโรค ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงที่เปลี่ยนแปลงไป หรือมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลในครอบครัว จากเพื่อนผู้ป่วยหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับรู้อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมีความคาดหวังว่าอาการแสดงที่เกิดขึ้นสามารถจัดการเพื่อให้กลับเข้าสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ อาการเหล่านี้ช่วยเสริมให้เกิดความเชื่อว่าย่าเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ในทางตรงกันข้ามการไม่แสดงอาการที่รุนแรงอาจจะเป็นสาเหตุของการแปลผลสภาวะนั้นว่าเป็นจริงหรือไม่ จึงไม่จำเป็นต้องรักษาอาการของโรคที่เกิดขึ้น (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค และอาการที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Chen, Tsai, & Chou, 2011)

2. ด้านช่วงเวลาหรือระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Timeline) หมายถึง ระยะเวลาที่มีการดำเนินไปของโรคหรือระยะเวลาของเวลาที่ใช้ในการรักษา เช่น ระยะวิกฤต ระยะเรื้อรัง ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง เวลาที่ต้องใช้สำหรับการรักษาและการควบคุม รวมถึงจุดเริ่มต้นของการเป็นโรคจนถึงขั้นเสียชีวิตหากปราศจากการรักษา (Klohn & Rogers, 1991; Leventhal et al., 1992; Horne, 2003) เช่น การรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงจะคงอยู่นาน (Leelacharas, 2005) เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยพบว่าช่วงระยะเวลาของความเจ็บป่วยนั้นยาวนานทำให้การ

รับรู้ถึงความสำคัญของยาจะสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ (Horne & Weinman, 2002)

3. ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย (Causes) หมายถึง การรับรู้สาเหตุหรือปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทั้งปัจจัยภายในและภายนอก เช่น สาเหตุจากปัจจัยภายนอก เช่น แบคทีเรีย ไวรัส หรือเหตุการณ์ร้าย หรือสาเหตุจากปัจจัยภายใน เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยพฤติกรรม สาเหตุที่เกิดขึ้นมีทั้งสาเหตุที่ปรากฏให้เห็นหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ การรับรู้สาเหตุที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลนั้นส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วยที่ต่างกัน การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Leventhal et al., 1992; Horne, 2003)

4. ด้านผลกระทบจากการเจ็บป่วย (Consequences) หมายถึง ผลกระทบของโรคที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับการร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Klohn & Rogers, 1991; Leventhal et al., 2001) ดังนั้นการรับรู้ผลที่ตามมาของความเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยหาแนวทางที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย การศึกษาของ Ross, Walker, & MacLeod (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีผลที่ตามมาของภาวะความดันโลหิตสูงว่ามีความรุนแรงมีความสัมพันธ์ให้ผู้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่ตามมา (Osterberg & Blaschke, 2005)

5. ด้านการรักษาหรือการควบคุมอาการของโรค (Cure/ Controllability) หมายถึง การตอบสนองต่อการรักษา ทั้งในด้านการรักษาด้วยตนเองและการรักษาโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง คือ การควบคุมของบุคคล (Personal control) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นการเสริมความมั่นใจให้กับตนเองว่าความเจ็บป่วยของตนเองสามารถรักษาหรือควบคุมได้ด้วยตนเอง ส่วนที่สอง คือ การควบคุมจากการรักษา (Treatment control) เป็นการรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมการเจ็บป่วยไม่ให้เกิดการกำเริบได้ เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาสามารถช่วยรักษาโรคได้ (Leventhal et al., 1992; Horne, 2003) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมและการรักษา มีส่วนช่วยควบคุมอาการของโรคและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น (Searle, Norman, Thompson, & Vedhara, 2007) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมโรคด้วยตนเอง รับรู้ถึงความสามารถในการรักษาและรับรู้ความจำเป็นในการรับประทานยาจะมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Horne & Weinman, 2002; Ross, Walker, & MacLeod, 2004; Zugelj et al., 2010; Chen, Tsai, & Chou, 2011)

ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และความสามารถในการควบคุมโรคหรือการรักษาด้วยตนเองและหรือจากการรักษาของแพทย์ รวมทั้งให้คำแนะนำและสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ตามโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากการได้รับข้อมูลและสามารถแปลความหมายกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้องทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่คุกคามได้

ระยะที่ 2 การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นระยะของการวางแผนการทำการกิจกรรมต่างๆ หรือจัดการตอบสนองกับภาวะการเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่เกิดขึ้น ซึ่งการเผชิญปัญหามี 2 ลักษณะ คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา ในลักษณะของการแก้ไขปัญหามาเพื่อให้ร่างกายเข้าสู่สภาวะปกติ เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น 2) การหลีกเลี่ยงปัญหา ในลักษณะการปฏิเสธการเจ็บป่วย เช่น การคิดเพ้อฝันในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ เป็นต้น (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001)

เป็นระยะของการวางแผนหรือหาวิธีจัดการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย เป็นการตอบสนองโดยการตัดสินใจใช้วิธีการต่างๆ เพื่อจัดการแก้ปัญหาสุขภาพ (Leventhal et al., 1992) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยแต่ละโรคต่างก็มีกลวิธีในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือการจัดการภาวะความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นวิธีการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) และการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Adherence to health recommendations) (Hagger & Orbell, 2003) เช่น การให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยโรคหอบหืด (Horne & Weinman, 2002) และในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Leelacharas, 2005)

ระยะที่ 3 การประเมินผล (Appraisal) บุคคลจะมีการติดตามประเมินผลที่เกิดจากการเผชิญปัญหาที่ได้เลือกไว้ ว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือต้องการหรือไม่ ถ้าได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการก็จะเลือกวิธีการเผชิญปัญหาแบบเดิม แต่ถ้าไม่ได้ผลตามที่ต้องการบุคคลจะกลับไปสู่ระยะที่ 1 ใหม่และค้นหาวิธีใหม่เพื่อจัดการแก้ไขปัญหามาด้วยวิธีการอื่นที่เหมาะสมต่อไป (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001)

ดังนั้นในการศึกษานี้ เมื่อผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

2.3.4 การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย

2.3.4.1. The Illness Perception Questionnaire (IPQ) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ของ Weinman et al. (1996) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ของ Leventhal (1984) โดยเป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ จำนวน 38 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านอาการของโรค จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ 2) สาเหตุของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านระยะเวลาของโรค จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านผลกระทบของโรค จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านการรักษา/การควบคุมโรค 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยมีค่าระดับความเชื่อมั่นในแต่ละด้านอยู่ในระดับดีมากกว่า 0.7 (Weinman et al., 1996)

2.3.4.2. Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง ของ Morris et al. (2002) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire ของ Weinman et al. (1996) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) ของ Leventhal (1984) เพื่อให้ประเมิน 2 ส่วน คือ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล จำนวน 80 ข้อ มีระดับการวัดแบบ Likert scale ซึ่งใช้เวลาในการประเมินมาก

2.3.4.3. The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ ของ Broadbent, Petrie, Main, & Weinman (2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาต่อมาจาก The Illness Perception Questionnaire ของ Weinman et al. (1996) โดยปรับปรุงเครื่องมือมีความกระชับและสะดวกขึ้น เป็นแบบมาตราส่วนเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะ ตรงข้ามอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ ดังนี้ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จำนวน 2 ข้อ 2) การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จำนวน 2 ข้อ 3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ และ 4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ 2. การตอบสนองด้านอารมณ์ ประเมินจากระดับความกังวลและอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ Broadbent, et al. (2006) นำแบบประเมินใช้ศึกษาในผู้ป่วย 6 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 103 คน โรคหอบหืด จำนวน 309 คน โรคไต จำนวน 132 คน โรคเบาหวาน จำนวน 199 คน การเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น หวัด ภูมิแพ้ และปวดศีรษะ จำนวน 166 คน และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกและมารับการตรวจสมรรถภาพหัวใจ จำนวน 62 คน และได้นำไปหาค่าความเที่ยงโดยการตรวจซ้ำที่ 3 และ 6 สัปดาห์

ภายหลังเกิดอาการ ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการทดสอบซ้ำอยู่ระหว่าง 0.42-0.75 ต่อมาปีนทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) ได้รับอนุญาตจาก Broadbent, et al. (2006) ในการนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อมาใช้ และได้รับอนุญาตจากนภาพร รุจิเสถียร (2553) ในการนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อมาที่แปลเป็นภาษาไทยใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานมาดัดแปลงให้เข้ากับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 9 ข้อ ข้อที่ 1-8 เป็นแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า จากคะแนน 0-10 และข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ระบุคำตอบที่คิดว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรคได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้การเจ็บป่วยต่ำ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อของปีนทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) เนื่องจากเป็นแบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีความเที่ยงที่ยอมรับได้

2.3.5 การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

Beliefs about medicines Questionnaire (BMQ) แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พัฒนาขึ้นโดย Horne, Weinman, & Hankins (1999) ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป (BMQ general) 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา มีคะแนนเต็มเท่ากับ 25 คะแนน และด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยามีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน การแปลผลคะแนนในแต่ละความเชื่อและยังสามารถแปลผลต่างระหว่างการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยากับความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ดังนี้หากผลต่างของคะแนนเป็นบวกหมายความว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในการมองข้อดีมากกว่าข้อเสียของการรับประทานยา ในทางตรงกันข้าม หากผลต่างมีคะแนนเป็นลบหมายความว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาในการมองข้อเสียมากกว่าข้อดีของการรับประทานยา ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) แปลเป็นภาษาไทยและนำไปวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบเชิงยืนยันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเอชไอวี และโรคเบาหวาน จำนวน 500 คน พบว่า โมเดลแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้อง

กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า $\chi^2 = 69.64$, $df = 83$, $p = 0.852$, $\chi^2/df = 0.84$, $GFI = 0.98$, $AGFI = 0.97$, $CFI = 1$, TLI or $NNFI = 1$, $SRMR = 0.03$, $RMSEA = 0.00$ ซึ่งค่าดัชนีทุกค่า อยู่เกณฑ์ดี จากผลการวิเคราะห์ห้องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า สามารถนำแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาฉบับภาษาไทยใช้ในการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของประเทศไทยได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) เนื่องจากผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและนำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว

2.4 การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

วิธีการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในปัจจุบันสามารถประเมินได้หลากหลายวิธี สามารถแบ่งได้ดังนี้ (Osterberg and Blaschke, 2005)

2.4.1 วิธีการวัดการใช้ยาทางตรง (Direct methods) ได้แก่

2.4.1.1 การสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง (Directly Observed Therapy: DOT) เป็นวิธีที่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการรับประทานยาจริง วิธีการนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีเจ้าหน้าที่ที่สามารถดูการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ทุกมื้อ และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าผู้ดูแล ข้อเสียของวิธีการนี้ คือ อาจมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเดินทางมารับประทานยาในสถานที่ที่มีการนัดหมายกันระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ และต้องสิ้นเปลืองบุคลากรที่ต้องมาทำหน้าที่ให้ยา และสังเกตการรับประทานยา หรืออาจเสียเวลาไปตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด

2.4.1.2 การวัดจากระดับยาในร่างกายจากการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ (Therapeutic drug monitoring) เป็นวิธีการวัดความสม่ำเสมอของการรับประทานยาโดยใช้หลักการทางด้านวิทยาศาสตร์ วัดการเมตาบอลิซึมของยาในเลือดหรือปัสสาวะ เพื่อติดตามวัดระดับของยาที่ผู้ป่วยรับประทานในกระแสเลือดว่าอยู่ในระดับที่ควรจะเป็นตามแนวทางการรักษาซึ่งน่าจะแสดงว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ผลการตรวจที่ได้นั้นอาจไม่สามารถยืนยันความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด เนื่องจากผลบวกที่ได้ อาจเป็นผลบวกเทียมจากผลของปฏิกิริยาระหว่างยา หรือการรับประทานอาหารบางชนิดที่มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยาในร่างกายและมีค่าใช้จ่ายสูง

2.4.1.3 การวัดโดยตรง Biomarkers เป็นวิธีการที่มีความเที่ยงตรงสูง นิยมใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก แต่มีค่าใช้จ่ายสูงและค่อนข้างยุ่งยาก เหมาะสมกับยาบางชนิดเท่านั้น

2.4.2 วิธีการวัดการใช้ยาทางอ้อม (Indirect methods) ได้แก่

2.4.2.1 การนับจำนวนเม็ดยา (Pill count) เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก หากมีการจ่ายยาหรือจำนวนที่แน่นอนกับผู้ป่วย และสามารถตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการเก็บรักษาอย่างถูกต้องหรือไม่ แต่อาจมีข้อผิดพลาดได้หากผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วนจากโรงพยาบาลหรือได้ปริมาณเกินตามจำนวนที่แพทย์สั่งหรือผู้ป่วยนำยาตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน หรือมีการเก็บช้อนยาไว้หรือทิ้งเม็ดยาไม่ให้เจ้าหน้าที่เห็นเพราะกลัวว่าจะเป็นความผิดเมื่อไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และไม่สามารถบอกได้ว่ายาที่ถูกใช้ไปนั้น ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกเวลาหรือไม่ (จริยา เจริญยิ่ง, 2546)

2.4.2.2 อัตราการมารับยาตามนัด (Rate of prescription refills) เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก แต่อย่างไรก็ตาม การมารับยาตามนัดไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามสั่งหรือไม่

2.4.2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medication monitors) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำและเที่ยงตรงสูง แต่วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้มีราคาแพง เช่น การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ติดตั้งที่ฝาขวดยา ทุกครั้งที่มีการเปิดขวดยา จะมีการบันทึกวัน เวลา และระยะเวลาของการเปิดขวดยานั้น เรียกว่า Medication Events Monitoring system (MEMS) หรือขวดยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic devices)

2.4.2.4 การตรวจร่างกายหรือวัดสัญญาณชีพ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก แต่ผลที่ได้ไม่เที่ยงตรงเท่าใดนัก

2.4.2.5 การจดบันทึก (Patient diaries) การจดบันทึกทำได้ง่าย และช่วยเตือนความจำได้ แต่ผู้ป่วยอาจบันทึกข้อมูลให้บิดเบือนไปจากความจริงได้

2.4.2.6 การรายงานจากผู้ป่วย (Self-report) เป็นการรายงานจากผู้ป่วย มีทั้งการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามถึงลักษณะการรับประทานยาที่ผ่านมาของผู้ป่วยว่า มีการรับประทานยาครบตามคำสั่งตามช่วงระยะเวลาอย่างถูกต้อง ไม่เปลี่ยนแปลงขนาดของยาเองหรือลืมรับประทานยา เช่น การให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม Medication Adherence Report Scale (MARS) (Horne & Weinman, 2002) คะแนนที่สูงบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ข้อดีของวิธีการรายงานจากผู้ป่วยสะดวก มีค่าใช้จ่ายน้อย ข้อเสียผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลสูงเกินความเป็นจริงจากการเฝ้าประเมินตนเองมากเกินไป

วิธีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาแต่ละแบบมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนขึ้นอยู่กับลักษณะผู้ป่วยหรือสถานที่ในการวิจัย (Osterberg & Blaschke, 2005) ซึ่งการใช้หลากหลายวิธีร่วมกันจะช่วยเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาให้มากยิ่งขึ้น (World Health Organization, 2003)

2.4.3 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา

2.4.3.1 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Morisky medication adherence scale 8-item [MMAS-8]) พัฒนาโดย Morisky และคณะ ในปี ค.ศ.2008 ซึ่งพัฒนามาจาก Morisky medication adherence scale ชนิด 4 ข้อคำถาม เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยทั่วๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แบบสอบถามนี้จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 1 ข้อ และมีความหมายเชิงลบ 7 ข้อ ใช้ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาเกี่ยวกับอุปสรรคและลักษณะการรับประทานยา การแปลผล คือ คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยา อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 6-7 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 8 คะแนน หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง และได้้นำแบบสอบถาม ไป ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 (Morisky, Li, Kroenke, Bruner-Englang, Young, & Murray, 2006)

2.4.3.2 Medication Adherence Scale (MAS) ของ Wu, Chung, Lennie, Hall, & Moser, (2008) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา จำนวน 18 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.85 ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา (Attitude about medication adherence) ค่าความเชื่อมั่น 0.75 ด้านความรู้ (Knowledge of prescribed medications) ค่าความเชื่อมั่น 0.75 และอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา (Barriers to medication adherence) ค่าความเชื่อมั่น 0.94 แบบสอบถาม MAS นี้ได้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อทำนายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา (Wu, Moser, Chung, & Lennie 2008)

2.4.3.3 Medication Adherence Rating Scale (MARS) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ที่พัฒนาโดย Horne & Weinman (2002) เป็นแบบประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาตามแผนการรักษา ทั้งในด้านระยะเวลาที่ถูกต้อง ไม่มีการเปลี่ยนขนาดยาเองหรือ ลืมรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งมีคำถามจำนวน 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบการประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะ คำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติ ได้แก่ 5 คะแนน (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 1 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน การแปลผล พิจารณาจากจุดตัดของระดับความร่วมมือในการ รับประทานยาร้อยละ 80 หรือที่ 21 คะแนน ดังนี้ ผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ และผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงจะมีคะแนนที่ 22-25 คะแนน (Horne & Weinman, 2002; Clatworthy, Bowskill, Partham, Rank, Scott & Horne 2009; Tommelein, Mehuys, Tongelen, Brusselle & Boussey, 2014) ต่อมา

ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ (2556) แปลเป็นภาษาไทย และนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.80

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) เนื่องจากแบบสอบถามมีช่วงระดับคะแนนทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย และข้อความไม่มากเกินไปที่จะสร้างภาระในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย รวมทั้งมีการใช้เครื่องมือดังกล่าวในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ประยุกต์แนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (1997) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย 2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ 3. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล

3.1.1 เพศ จากการศึกษาความแตกต่างทางด้านเพศที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในชาวอเมริกันที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า เพศหญิงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและมีการไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาในระยะเวลา 1 ปี ได้ดีกว่าเพศชาย (Kwok et al. 2008)

3.1.2 อายุ จากการศึกษาปัจจัยที่ผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (สิริรัตน์ ลีลาจรัส และคณะ, 2558) และเป็นผู้ที่ใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงในระยะเวลา 5 ปีแรก (Lee et al., 2013) ซึ่งส่งผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี (Hadi & Rostami-Goorm, 2004; Cho & Kim, 2014)

3.1.3 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยา โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย จะไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา แต่ในผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเข้าใจและมีความเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ดีกว่าส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (ศรัทธา ประกอบชัย และคณะ, 2557; สุขฤดี ธีษศฤงคารสกุล, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gazmararian, Kripalani, Miller, Echt, Ren, & Rask (2006) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการมารับยาเพิ่มในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

จำนวน 1,549 คน พบว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการมารับยาเพิ่ม และ Daniel & Veiga (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 80 คน ประเมินผลด้วยการสัมภาษณ์ เพื่อประเมินทัศนคติต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีทัศนคติเชิงบวกต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการตรวจตามนัด นอกจากนี้ระดับการศึกษายังส่งผลต่อการรับรู้สาเหตุการเจ็บป่วยได้แตกต่างกัน จากการศึกษาของ Leelacharas & Rujiwatthanakorn (2012) พบว่าผู้หญิงไทยที่มีระดับการศึกษาต่ำรับรู้สาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมาจากปัจจัยภายนอก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำเข้าใจสาเหตุการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงจะช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3.1.4 รายได้ จากการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน พบว่าปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับความดันโลหิต (สุเมธนา ห่วงทอง, นพวรรณ เปี้ยชื่อ และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ McLaughlin, Raelh, Treadway, Sterling, Zoller & Bond (2005) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นผู้หารายได้หลัก และมีรายได้จำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ถึงแม้ว่าสามารถใช้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แต่จากปัญหาเรื่องการเงินทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถไปพบแพทย์และรับยาตามนัดได้ ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

3.2 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

การรับรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต มีการศึกษาแบบสัมภาษณ์เจาะลึกที่ศึกษาถึงการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดลำพูน จำนวน 26 ราย พบว่าผู้ป่วยปรับขนาดยาในการรับประทานหรือหยุดรับประทานยาเมื่อไม่มีอาการ ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า การรับประทานยาจะต้องรับประทานยาเมื่อมีอาการแสดงของโรคเท่านั้น (ศิริมาส บุญประसार, 2544) ความเชื่อเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านความรุนแรงของโรคและด้านการควบคุมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการรับประทานยาตามแผนการรักษาเพิ่มขึ้น (Hekler et al., 2008) โดยหากรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรงจนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต (Cambell et al., 2012) ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะใช้อาการของโรคเป็นตัวบ่งชี้ผลการรักษาและเป็นตัวกำหนดความร่วมมือในการรับประทานยา (Kirdphon, 2003) ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีการรับรู้ที่โรครามีผลกระทบต่อร่างกายและชีวิตประจำวันน้อยจะมีแนวโน้มในการหยุดรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Gregoire, Moisan, Guibert,

Ciampi, & Milot, 2006) ขณะที่การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านการควบคุม ทั้งการควบคุมด้วยตนเอง และ/ หรือยา เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น (Chen, Tsai, & Chou, 2011; Hekler et al, 2008) จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ($r=.422, p <.01$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยาและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 19.7 ($F_{(2,184)} = 22.621, p = .000$) (สุภาพร แนวนบุตร, 2548) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (Barreto, Reiners & Marcon, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen, Tsai & Chou (2011) ประสิทธิภาพการรับรู้อาการทั้งก่อนและหลังการวินิจฉัยโรค และการรับรู้อาการที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตสูงจะมีอิทธิพลที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

3.3 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ประกอบด้วย ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่าปัจจัยทั้งสองต่างมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Kirdphon, 2003; Ross, Walker, & MacLeod 2004; Ruppap, Dobbels, & De Geest, 2012) ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นความเชื่อเกี่ยวกับผลข้างเคียงระยะยาวหรือผลกระทบบั้นไม่พึงประสงค์ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายจากการรับประทานยา ซึ่งเป็นพื้นฐานความเชื่อด้านลบ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาและมีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา (Kirdphon, 2003) ร่วมกับความเชื่อว่ายาไม่ได้มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าตัวโรคซึ่งไม่มีอาการ (Lewis, Askie, Randleman, & Shelton-Dunston, 2010) จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดรับประทานยา ซึ่งยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยามีอำนาจทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงเท่ากับร้อยละ 37.7 (Cox And Snell $R^2 = 37.7, p <0.05$) และการศึกษาของ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยา ซึ่งเชื่อว่ายาช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและการรับประทานยาส่งต่อภาวะสุขภาพในอนาคตทำให้มีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยาค่อนข้างสูง (mean = 17.41, SD = 2.62) และพบว่า การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการ

รับประทานยาและความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 17.2 ($R^2 = 0.172$, $p < 0.01$) ความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด ($\beta = -.374$; $p < .01$) การศึกษาของ Schuz et al. (2011) พบว่า ความเชื่อการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาทำนายการเปลี่ยนแปลงความไม่ร่วมมือของการรับประทานยาได้ร้อยละ 19 ($\beta = -.19$, $p < .01$)

3.4 ความเชื่อกับการรับประทานยาแบบทั่วไป

ความเชื่อกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ประกอบด้วย ความเชื่อด้านการใช้มากเกินไป และความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยา Horne (1997) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาผ่านความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลเกี่ยวกับยา การศึกษาของ Schuz et al. (2011) พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยามากเกินไปสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงความไม่ร่วมมือของการรับประทานยาแบบไม่ตั้งใจได้ร้อยละ 19 ($\beta = .26$, $p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ การศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาผู้วิจัยจึงเลือกทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้อาการเจ็บป่วยและปัจจัยด้านยาเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับยาที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

4. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้มีการใช้ยาในการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องถูกต้องและได้ผลในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้น Kaplan & Victor (2015) เสนอแนวปฏิบัติในการส่งเสริมประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับบทบาทพยาบาลในการให้คำแนะนำแก่ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและญาติเกี่ยวกับรายละเอียดของการให้ยา ดังนี้

1. ต้องรับทราบว่าจุดมุ่งหมายของการรักษา คือ การลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ หรือใกล้เคียงให้มากที่สุด และเกิดฤทธิ์ข้างเคียงกับผู้ป่วยน้อยที่สุด
2. พยาบาลต้องมีการตระหนักรู้ถึงปัญหาและต้นตอของอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลดีของการควบคุมระดับความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วย รวมไปถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
4. มีการติดตามนัดผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด รวมทั้งมีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ
5. มีการดูแลที่ง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การให้วัดความดันโลหิตเองที่บ้าน มีการรักษาด้วยยาที่ให้ในขนาดน้อยๆ วันละหนึ่งครั้งเพื่อง่ายต่อการรับประทานร่วมกับมีการรักษาโดยการไม่ใช้ยาควบคู่ไปด้วย มีการใช้ยาร่วมกันอย่างเหมาะสมโดยอาจจะใช้ยาที่ร่วมกันหลายตัวอยู่ในเม็ดเดียวกัน มีการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยในแต่ละวัน เช่น การใช้แผงบรรจุยาชนิดที่มีวันที่ติดอยู่ หรือมีการจดบันทึกการรับประทานยาในแต่ละวันและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์และพยาบาล
6. เมื่อการรักษาไม่ได้ผลควรมีการให้การรักษามาขึ้นตอนอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีการดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงได้อีกด้วย

5. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วย เพื่อทำให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สามารถประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ตั้งแต่วันแรกโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย วิเคราะห์และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลรายบุคคล

ครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมต่อจากขั้นตอนที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลด้านการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (ใช้เวลา 20-30 นาที) ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ 2 ด้าน คือ ความจำเป็นการรับประทานยาและความกังวลการรับประทานยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา (ใช้เวลา 10-15 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

ครั้งที่ 5 การติดตามกำกับกับการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (ใช้เวลา 10-15 นาที)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นรรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ (2550) ศึกษาผลของการกระตุ้นผู้ป่วยด้วยวิธีโทรศัพท์ต่อระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิต เปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการใช้ยาและระดับความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเตือนทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 31 คน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นด้วยวิธีโทรศัพท์มีระดับความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นภาพร รุจิเสถียร (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จำนวน 85 คน พบว่า การรับรู้อาการและการรับรู้ผลที่ตามมาจากภาวะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.32$, $p = .03$ และ $r = -.36$, $p = .03$) ส่วนการรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง การรับรู้ประสิทธิภาพในการรักษาและการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา

เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ของ Lorig & Holman (2003) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) ศึกษาอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง จำนวน 100 คน ทำการสุ่มตัวอย่างให้มีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่ได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เมื่อควบคุมอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาด้านอื่น (ด้านความกังวลของการรับประทานยา, ด้านการใช้ยามากเกินไป และด้านอันตรายจากการรับประทานยา) พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงเท่ากับ 1.783 เท่า (adjusted OR = 1.783) และความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยามีอำนาจทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูงได้ร้อยละ 37.7

ศรัทธา ประกอบชัย และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 98 คน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .444$, $p < .01$; $r = .550$, $p < .01$) โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.260$, $p < .01$) ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยา สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.9 ($R^2 = .389$, $p < .01$)

กิรณา อรุณแสงสด และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่าเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยนำหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของ Miler & Rollnick (2008) มาเป็นแนวปฏิบัติตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Diclementa & Prochaska (1998) ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีความสม่าเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสงทอง ชีระทองคำ และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 66 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief sedation) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรกมล เฟ็งกุล และคณะ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเตือนทางโทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้ง ในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ รูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ตามแผนการสอน การให้คู่มือการใช้ยาวาริฟาริน และการโทรศัพท์ในการให้พยาบาลทางไกล ในสัปดาห์ที่ 1-4, 7 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จันทร์เพ็ญ หวานคำ และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับอ่อน จำนวน 80 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองแบบประยุกต์และการใช้ยาที่พัฒนา ตามแนวคิดของ Creer (2000) ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นันทิกานต์ หวังจิ และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 30 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะรวม 8 สัปดาห์ ระยะควบคุมสัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะทดลองสัปดาห์ที่ 5-8 ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา ตามหลักศาสนาอิสลามร่วมกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Prochaska และคณะ วัดผลความแตกต่างคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยและระดับความดันโลหิตที่สัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 พบว่า ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ความร่วมมือในการรักษาด้วยและระดับความดันโลหิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วนิดา สติประเสริฐ และคณะ (2558) ศึกษาผลการชี้แนะตามแนวคิดของ Hass(1992) และ Spross (2009) ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำนวน 20 คน ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าพบว่าการชี้แนะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยกลุ่มที่ได้รับการชี้แนะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิจำนวน 85 ราย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาตรวจตามนัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยา ซึ่งเชื่อว่ายาช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคและการรับประทานยาส่งผลต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ทำให้มีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยาค่อนข้างสูง ($mean = 17.41, SD = 2.62$) แต่พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับยาด้านความกังวลเกี่ยวกับยา เช่น อาการข้างเคียงของยาระยะยาวต่อตับ ไต ทั้งนี้การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ความเชื่อด้านการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยาและความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาส่งผลต่อความผันแปรของความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 17.2 ($R^2 = 0.172, p < 0.01$) และความเชื่อด้านความ

กังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด ($\beta = -.374; p < .01$)

Lukoschek (2003) ศึกษาความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติที่มองโรคความดันโลหิตสูงและการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่เชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถรักษาหายได้ โดยรับรู้สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงนั้นมาจากถูกกระตุ้นจากอารมณ์หรือจากการรับประทานอาหารร่วมกับการมีอาการ เช่น เลือดออกจกมูก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หรือการมองเห็นเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สำหรับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคส่งผลถึงความจำเป็นต่อความยึดมั่นในการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Bosworth (2005) ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ของพยาบาลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการรักษาอย่างน้อย 1 ปี ติดต่อกัน โดยใช้โทรศัพท์โทรติดต่อทุก 2 เดือน เป็นระยะเวลา 24 เดือน ในแต่ละครั้งของการโทรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับยา การมาตรวจตามนัด พฤติกรรมสุขภาพ และผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาลดความดันโลหิตมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 62 ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความร่วมมือ > 80% คิดเป็นร้อยละ 66 ภายหลังการทดลองพบว่า ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 83 ($p = 0.68$) ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลอง มีระดับความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 138 มิลลิเมตรปรอท และมีระดับความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 75.3 มิลลิเมตรปรอท สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตคิดเป็นร้อยละ 43

Naewbood (2005) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 187 คน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ($r = .422, p < .01$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและการใช้ยาและระดับการศึกษาสามารถร่วมกันทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ร้อยละ 19.7 ($F(2,184) = 22.621, p = .000$)

Hekler et al. (2008) ศึกษาความเชื่อความเจ็บป่วย พฤติกรรม และการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นชาวอเมริกันชนผิวดำ 102 คน โดยสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูงและการจัดการ โดยใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พฤติกรรมการลดความเครียด และแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยผู้ได้รับการสัมภาษณ์ได้รับการประเมินระดับความดันโลหิตในช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ พบว่าแบบแผนการ

ดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .01$) และความเชื่อในการรักษาทางด้านการแพทย์และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($\beta = -.24; p < .05$)

Caroline & Frances (2010) ศึกษาผลของการมีพยาบาลให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน จะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ให้คำปรึกษาเพื่อให้คำปรึกษาเท่านั้น กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน จะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ให้คำปรึกษา ร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย หลังจากได้ทำการทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมี ผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ $p = 0.046$ ลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น กลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

O'Carroll, Dennis, Johnnton, & Sudlow (2010) ศึกษาโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน ตามแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของ Leventhal, et al. (1992) โดยการปรับทัศนคติต่อการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยามากและมีความกังวลเกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานยาน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและลดการลืมนับรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chambers, O'Carroll, Hamilton, Whittaker, Johnnton, Sudlow, & Dennis (2011) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงและผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ จำนวน 180 คน ระยะเวลาในการศึกษา 15 เดือน พบว่า ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง จะไม่มีการลืมนับรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ผลที่ตามมาของการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และเชื่อว่าการรับประทานยาจะให้ผลดีมากกว่าผลเสีย ร่วมกับการได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ แต่ในทางกลับกันผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาดำ มักจะลืมนับรับประทานยา มีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาด้วยยา เนื่องจากไม่ได้รับการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

Schneider et al. (2011) พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็นวิธีการกระตุ้นเตือนเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยาที่นิยมมากที่สุด ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์ถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลเป็นการติดตามให้ความรู้ คำแนะนำ สนับสนุนผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่อง และเป็นวิธีที่มีประโยชน์ เพราะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล

Hachihasanoglu & Gozum (2011) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแนะนำในผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตและการติดตามที่บ้าน ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการจัดการความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี อายุ 35 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม ทั้งหมด 120 คน มีการสุ่มแยกเป็นกลุ่มละ 40 คน คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มเอ ได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา ในเรื่องความสำคัญในการรับประทานยา ประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือการจัดการผลข้างเคียงของยา ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด มีการโทรศัพท์สัมภาษณ์หลังจากที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในแต่ละครั้ง ทุก 1 เดือน กลุ่มบี ได้รับข้อมูลคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยาเหมือนกลุ่มเอแต่เพิ่มเติมเรื่องพฤติกรรมสุขภาพโดยได้รับข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทาน อาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และความเสี่ยงที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ หลังจากที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในแต่ละครั้ง ทุก 1 เดือน รวมทั้งหมด 6 เดือน พบว่ากลุ่มเอและกลุ่มบี มีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มเอและกลุ่มบีไม่ต่างกัน

Alhalaiqa, Deane, Nawafleh, Clark, & Gray (2012) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา แผนกผู้ป่วยนอก 3 แห่ง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 68 คน ระยะเวลาในการศึกษา 11 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การเพิ่มความเชื่อทางบวกในการรับประทานยา เช่น การตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยา และลดความเชื่อด้านลบของการรับประทานยา เช่น ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา การปรับมุมมองว่ายามีอันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Petrie, Perry, Broadbent, & Weinman (2012) ศึกษาผลของการส่งข้อความเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาป้องกันโรคหอบหืด จำนวน 162 คน ระยะเวลา 18 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้ว่าจะตนเองมีภาวะโรคที่เรื้อรังและมีความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืด ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันโรคหอบหืดมากกว่าร้อยละ 80 ของปริมาณที่กำหนดไว้มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Matsumura, Arima, Tominaga, Ohtsubo, Sasaguri, & Fujii, et al. (2013) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 203 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ กลุ่มที่ 2 ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับปานกลาง และกลุ่มที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน พบว่า การลดระดับความดันโลหิตขึ้นอยู่กับอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากับ 135/78 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากับ 128/74 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มที่ 3 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเท่ากับ 130/74 มิลลิเมตรปรอท

Seyyedrasoonj, Parvan, Rahmani, & Rahimi (2013) พบว่า ผู้ป่วยฟอกไตที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และส่งเสริมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเป็นรายบุคคลจำนวน 6 ครั้งรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Chunhua, Ying, Wei, & Huang (2014) ศึกษาประสิทธิผลของผลการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 60 คนที่รับบริการในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ในเมืองกวางโจว ประเทศจีน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

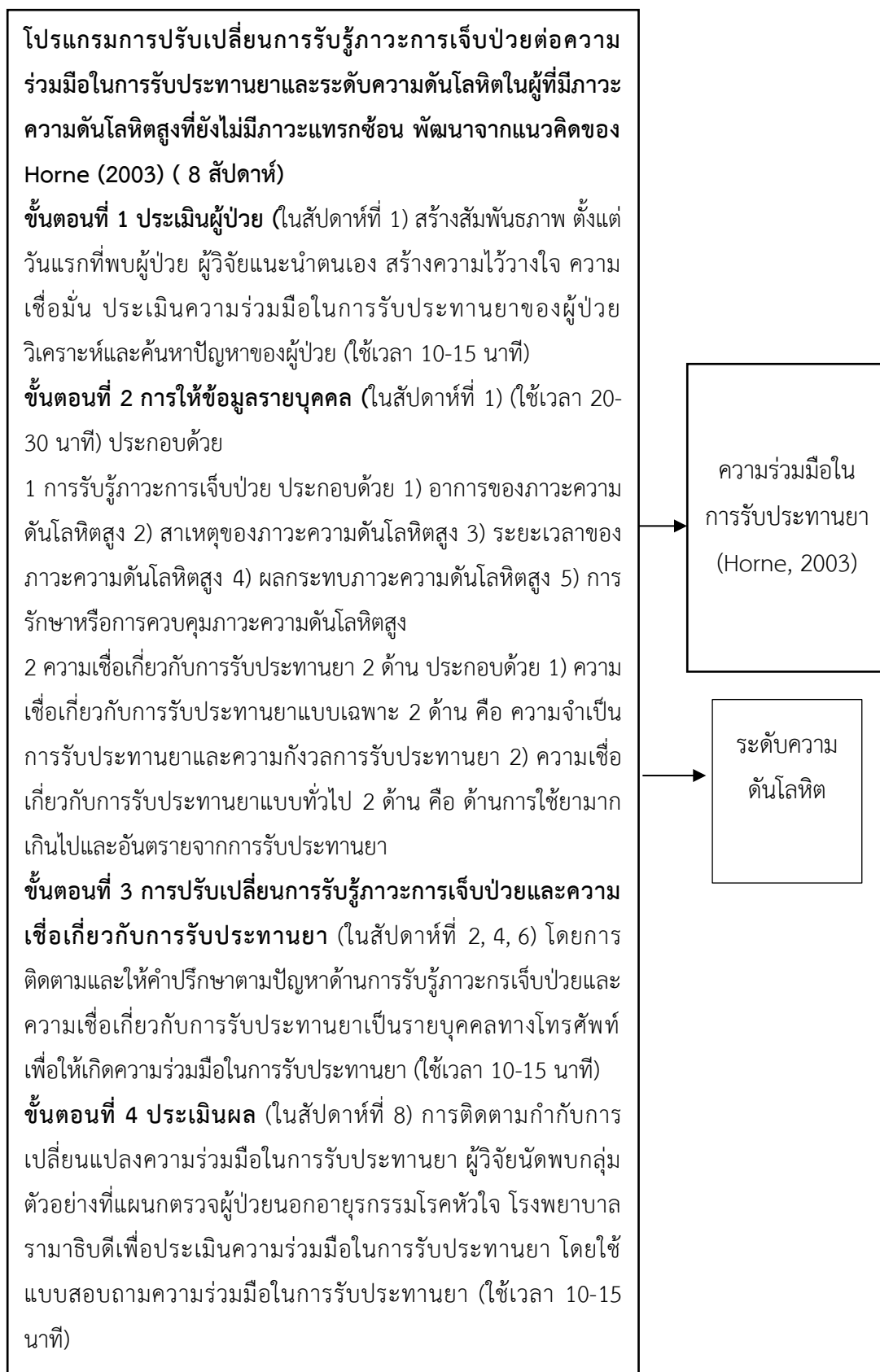
Schoemthaler, Calle, Barnos, Garcia, Pitaro, & Lum, et al. (2015) ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 148 คน ระยะเวลาศึกษา 6 เดือน โดยใช้แนวความคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการร่วมมือรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีผู้ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์นำ

องค์ประกอบของแบบแผนการรับรู้ความเจ็บป่วยมาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่ระดับความดันโลหิตที่
ลดลง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการ
รับประทานยาและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตามกรอบแนวคิดในการทำวิจัยดังนี้



7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มควบคุม	O1		O2
กลุ่มทดลอง	O3	x	O4

O1 หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O2 หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

O4 หมายถึง คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

X หมายถึง การพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิระดับ 1 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิระดับ 1 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกตรวจ

ผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 14 มีนาคม 2560 ถึง 29 พฤษภาคม 2560 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Amlodipine, Enalapril, Lorsatan, Thiazide และมีปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งพิจารณาจากผู้ที่มีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่า 21 คะแนน (Horne & Weinman, 2002; Clatworthy et al, 2009; Tommelein et al, 2014)

2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังและอ่านภาษาไทยได้ดี
3. มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ติดต่อสื่อสารได้
4. ผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

ผู้ที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนระหว่างดำเนินการวิจัย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่อยู่ในภาวะวิกฤตดังกล่าว

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ตามหลักการออกแบบการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 อ้างอิงขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของอรกมล เพ็งกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ดันดีโกสม (2557) เรื่องผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Polit & Hungler, 2013) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง และเป็นอิสระจากกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบก่อน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เวลา 8.00 – 16.00 น.

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ข้อมูล ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เวลา 8.00 – 12.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) จากผู้ที่มารับบริการในแต่ละวัน โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 22 คน จาก 75 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 วัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน จาก 135 คน สำหรับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำพูดคุยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลตามปกติ ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการรับประทานยาก่อนส่งต่อให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Matched pairs) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ (Kwok et al., 2008; อรรถมล เฟิงกุล และคณะ, 2557) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Hadi & Rotami-Gooran, 2004; Cho & Kim, 2014) และระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Naewbood, 2005; Gazmararian, et al., 2006; Daniel and Veiga, 2013) ผลจากการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อได้รับการจับคู่ (Matched pairs) ตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ และระดับการศึกษา

คู่ที่	เพศ		อายุ		การศึกษา	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	หญิง	หญิง	57	59	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
2	ชาย	ชาย	58	59	มัธยมต้น	มัธยมต้น
3	หญิง	หญิง	52	55	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
4	หญิง	หญิง	54	52	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
5	ชาย	ชาย	50	52	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
6	ชาย	ชาย	50	52	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
7	หญิง	หญิง	58	56	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
8	ชาย	ชาย	53	54	มัธยมต้น	มัธยมต้น
9	หญิง	หญิง	32	30	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
10	ชาย	ชาย	55	56	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
11	ชาย	ชาย	56	55	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
12	ชาย	ชาย	55	56	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
13	ชาย	ชาย	51	53	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
14	หญิง	หญิง	52	54	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
15	ชาย	ชาย	47	49	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
16	ชาย	ชาย	45	49	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย
17	หญิง	หญิง	50	51	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
18	ชาย	ชาย	37	35	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
19	ชาย	ชาย	45	45	สูงกว่า ป.ตรี	สูงกว่า ป.ตรี
20	หญิง	หญิง	50	49	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
21	หญิง	หญิง	52	51	มัธยมต้น	มัธยมต้น
22	หญิง	หญิง	47	49	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดันโลหิต ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต ข้อมูลการรักษาในปัจจุบัน

1.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

เป็นแบบประเมินพฤติกรรมกรรับประทานยาที่พัฒนาโดย Horne & Weinman (2002) แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2556) มีจำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามด้านลบทั้ง 5 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบการประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะคำตอบเป็นความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้

ประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ
บ่อยๆ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยๆ
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ	1	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยๆ	2	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง	3	คะแนน
ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง	4	คะแนน
ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย	5	คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามเกณฑ์ให้คะแนนของ Horne & Weinman (2002)

การแปลคะแนน คะแนนรวมของความร่วมมือในการรับประทานยามีค่า 5-25 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 21 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการรับประทานยต่ำ ผู้ที่ได้คะแนน 22-25 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความชำนาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 3 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ผู้ตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 2013) แต่ละข้อโดยใช้ มาตรการส่วนประมาณค่าระดับ 4 ระดับ (Polit & Hungler, 2013) คือ

- | | | |
|---|---------|---------------------------------------|
| 1 | หมายถึง | ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| 3 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามค่อนข้างมาก |
| 4 | หมายถึง | ข้อคำถามสอดคล้องกับคำนิยามมาก |

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา มีค่าเท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ไปใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2555; Polit & Beck, 2008) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.774

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ของ Leventhal, Diefenbach, & Leventhal (1992) และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ Horne & Weinman (1995) (อ้างใน Horne, 1997) ตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา มีขั้นตอนดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ Horne (2003) ร่วมกับศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2. สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างหลักของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีดำเนินการแต่ละขั้นตอน ระยะเวลาและการประเมินผลของโปรแกรม

3. กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล การปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยการโทรศัพท์ติดตาม และการนัดติดตาม

4. จัดทำเอกสารประกอบการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ในการวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือและสื่อที่ใช้ในการดำเนินการ ดังนี้

4.1 แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของภาวะความดันโลหิตสูง 5) ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 6) การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความดันโลหิตสูง 7) ความเชื่อด้านความจำเป็นการรับประทานยา 8) ความเชื่อด้านความกังวลการรับประทานยา 9) ความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไป 10) ความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยา 11) ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและ 12) สรุป

4.2 คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) ภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความ

ต้นโลหิตสูง) 6) ความเชื่อด้านความจำเป็นการรับประทานยา 7) ความเชื่อด้านความกังวลการรับประทานยา 8) ความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไป 9) ความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยา 10) ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและ 11) สรุป

4.3 บทสนทนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยทางโทรศัพท์เป็นการสนทนาความรู้ภาวะความดันโลหิตสูงและความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการสอนและคู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยรูปแบบการสนทนาทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยเลือกการใช้คำถาม เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการคิด เป็นการทบทวนหรือสรุปบทเรียนให้เป็นที่เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา บทสนทนาที่กำหนดขึ้นมีการใช้ถ้อยคำสุภาพ ใช้ภาษากึ่งทางการในการสนทนาทางโทรศัพท์ มีการเสริมแรงทางบวกโดยการชื่นชม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และนัดหมายในการสนทนาครั้งต่อไป โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่สะดวกและเหมาะสมในการสนทนา เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงแบ่งการสนทนาเป็น 3 ครั้ง ทบทวนเนื้อหาตามข้อมูลในคู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิต

4.4 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ตามระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้ทำการโทรศัพท์ติดตาม ตามระยะเวลาที่กำหนด 3 สัปดาห์ (2 สัปดาห์/1 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 2, 4, 6) เป็นแบบประเมินโดยการแบ่งเป็นการติดตามประเมินในแต่ละสัปดาห์ แบ่งการบันทึกในขณะที่ติดตามในแต่ละวัน เพื่อกำกับติดตามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในช่วงสัปดาห์นั้นๆ ที่มีการติดตามให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ตามระยะเวลาที่กำหนด

4.5 ผู้วิจัยกำหนดการประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 8 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดของแพทย์ที่โรงพยาบาล

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากผู้ป่วยพบแพทย์และได้รับการนัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เพื่อค้นหาปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้เวลา 10-15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้ข้อมูลรายบุคคล

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมต่อจากขั้นตอนที่ 1 ในวันเดียวกัน ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการ

รับประทานยาอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ประกอบด้วย 1) ด้านความจำเป็นการรับประทานยา 2) ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้ยามากเกินไป 2) ด้านอันตรายจากการรับประทานยา ใช้เวลา 20 - 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ครั้งที่ 2, 3 และ 4 ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง เริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ทั้งนี้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 มีการประเมินการกำกับกรทดลอง ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ใช้เวลา 10 - 15 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อการติดตามกำกับกรเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยา ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้เวลา 10 - 15 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยโดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยตนเอง และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังการดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความชำนาญด้านความดันโลหิตสูง 1 คน

อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านความดันโลหิตสูง 3 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 คน

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ได้ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ดังนี้

1. แผนการสอน

แผนการสอนเรื่องการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เนื้อหาเข้าใจง่าย ไม่ยากจนเกินไป แต่ควรปรับเนื้อหาเรื่องยา ชื่อยา และกลุ่มของยา โดยตัดการเขียนภาษาวิชาการออก และใช้คำที่เข้าใจง่าย ควรสอดแทรกเรื่องการรักษาโดยไม่ใช้ยา ร่วมด้วย

2. คู่มือการรับประธานยาลดความดันโลหิต

ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย รูปเล่มสวยงาม น่าอ่าน แต่ควรปรับเนื้อหาเรื่องยาโดยการตัดภาษาวิชาการออก และตัดรูปที่สื่อความหมายไม่ชัดเจน ควรสอดแทรกการรักษาโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย

3. บทสนทนาทางโทรศัพท์ ควรตัดคำพูดให้กระชับ ไม่ใช้เวลานานเกินไป ไม่กล่าวคำวิชาการ ใช้คำพูดที่เป็นกันเอง เพื่อไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกดดัน

4. แบบบันทึกการสนทนาทางโทรศัพท์ ใช้ง่ายครอบคลุมตรงประเด็น

ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแผนการสอน คู่มือการรับประธานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อความเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปใช้กับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม พบว่า ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดี เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมดประมาณ 30 นาที

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ ของ Broadbent, Petrie, Main, & Weinman (2006) ฉบับภาษาไทยของปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามที่ 1-8 แบบมาตราส่วนเชิงเส้นตรง 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะ ตรงข้ามอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) กล่าวถึงการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยแต่ละด้าน ดังนี้

- การรับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วย มีความรุนแรง (ข้อที่ 1)
- การรับรู้ช่วงระยะเวลาของความเจ็บป่วย ยาวนาน/เรื้อรัง (ข้อที่ 2)
- การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถควบคุมด้วยตนเองได้ (ข้อที่ 3)
- การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถควบคุมด้วยการรักษาได้ (ข้อที่ 4)
- การรับรู้อาการของความเจ็บป่วย มีอาการรุนแรง (ข้อที่ 5)
- การรับรู้ความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีความกังวล (ข้อที่ 6)
- การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีความเข้าใจ (ข้อที่ 7)
- การตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเจ็บป่วย มีผลกระทบต่ออารมณ์ (ข้อที่ 8)
- ข้อคำถามข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการรับรู้สาเหตุการเกิดของภาวะการ

เจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยบอกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3 ข้อ ตามลำดับความสำคัญ การแปลผล คือ การจัดอันดับสาเหตุที่ผู้ป่วยตอบอันดับ 1 มาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน

การแปลผล เป็นการแปลผลการรับรู้ความเจ็บป่วย ในแต่ละด้านแยกกัน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำ Broadbent, et al. (2006) ทั้งนี้การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยเป็นตัวกำกับการทดลอง เพื่อให้ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยในทิศทางเดียวกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยรายข้อ มากกว่าร้อยละ 50 คือ มากกว่า 5 คะแนน (Yun, You, He, Wang, Chen, & Liu et al., 2011)

3.2 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ Horne, Weinman, & Hankins (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2557) จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ แบ่งเป็น ด้านความจำเป็นของการรับประทานยาและด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป แบ่งเป็น ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา คำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความ
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

เกณฑ์การคำนวณคะแนน มีดังนี้

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

เกณฑ์การแปลคะแนน ตามเกณฑ์ให้คะแนนของ Horne, Weinman, & Hankins (1999) ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาสูง ดังนี้

3.2.1 ด้านความจำเป็นของการรับประทานยา เป็นการวัดความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นหรือความต้องการในการรับประทานยา ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

การแปลคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยาต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยาสูง ทั้งนี้ความเชื่อด้านความจำเป็นของการรับประทานยาเป็นตัวกำกับกับการทดลอง เพื่อให้ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาไปในทิศทางเดียวกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายข้อ 4 – 5 คะแนน

3.2.2 ด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา เป็นการวัดความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

การแปลคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาสูง ทั้งนี้ความเชื่อด้านความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นตัวกำกับกับการทดลอง เพื่อให้ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาไปในทิศทางเดียวกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายข้อ 1-3 คะแนน

3.2.3 ด้านการใช้ยามากเกินไป เป็นการวัดความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปหรือแพทย์ใช้ยาในการรักษา มากเกินไป ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

การแปลคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปสูง ทั้งนี้ ความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไปเป็นตัวกำกับกับการทดลอง เพื่อให้ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาไปในทิศทางเดียวกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายข้อ 1-3 คะแนน

3.2.4 ด้านอันตรายจากการรับประทานยา เป็นการวัดความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของยาว่าเหมือนสารเสพติด การรับประทานยาทำให้เกิดการติดยาได้ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ

การแปลคะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยาต่ำ ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยาสูง ทั้งนี้ความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยาเป็นตัวกำกับกับการทดลอง เพื่อให้ข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาไปในทิศทางเดียวกัน และภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายข้อ 1-3 คะแนน

สรุปผลการกำกับการทดลอง

ผลการกำกับการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่มีความชำนาญด้านความดันโลหิตสูง 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้านความดันโลหิตสูง 3 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 1 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ผู้ตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นที่สอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (Polit & Hungler, 2013) ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และ 0.94 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ไปใช้กับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ และนำ

ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555; Polit & Beck, 2008) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.77 และ 0.83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
2. เตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยภาวะความดันโลหิตสูง คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ บทสนทนาทางโทรศัพท์ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
4. ภายหลังจากพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีผ่านคณะกรรมการวิจัยในคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล
5. หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2560 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

กระบวนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างวันที่ 25 มกราคม-29 พฤษภาคม พ.ศ.2560 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม-12 มีนาคม พ.ศ. 2560 มีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
2. เตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยภาวะความดันโลหิตสูง คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ บทสนทนาทางโทรศัพท์ แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
4. ภายหลังจากพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีผ่านคณะกรรมการวิจัยในคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล
5. หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2560 (ID 02-60-32) และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย
6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ que เข้ามารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เวลา 8.00–16.00 น. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเองจากผู้มารับบริการในแต่ละวัน โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 วัน ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 22 คน จาก 75 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจับคู่ให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันกับกลุ่มควบคุมมากที่สุดในด้าน เพศ (Kwok et al., 2008; อรรถมลเพ็งกุล และคณะ, 2557) อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Hadi & Rotami-Gooran, 2004; Cho & Kim, 2014) และระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีระดับการศึกษาเท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Naewbood, 2005; Gazmararian, et al., 2006; Daniel and Veiga, 2013) เข้ากลุ่มทดลอง โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 วัน ได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน จาก 135 คน สำหรับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามเกี่ยวกับภาวะการ

เจ็บป่วยและการรับประทานยาก่อนส่งต่อให้พยาบาลประจำแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ

7. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และอธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการดำเนินงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การนัดหมายเวลา การติดตามความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม เริ่มดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม – 15 พฤษภาคม พ.ศ.2560 ห้องตรวจผู้ป่วยที่ทางเจ้าหน้าที่จัดไว้ให้ ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดี มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ผู้ป่วยตรวจตามนัด (สัปดาห์แรก) หลังได้พบแพทย์ตามนัดและรอพยาบาลเรียกพบหลังการตรวจจากแพทย์

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย และชี้แจงการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมืออธิบายประโยชน์ที่รับการทำงานวิจัย เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยในครั้งนี้

2. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบอกการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉับย้อยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Pre-test) ร่วมกับโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยช่วยเหลือโดยการอ่านข้อความตามแบบสอบถามให้ฟัง และบันทึกคำตอบที่ได้ลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 - 10 นาที และแจ้งวันนัดพบอีกครั้ง คือ ในอีก 8 สัปดาห์ต่อจากนี้ (วันตรวจตามนัดพบแพทย์ครั้งถัดไป) หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและสอบถามเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและยาที่ได้รับตามแผนการรักษา มีส่วนร่วมในการตอบคำถามและตอบแบบสอบถามของผู้วิจัย

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉับย้อยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้วยตัวเอง (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยสอบถามการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พร้อมกับอธิบายภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงแก่

กลุ่มตัวอย่าง และมอบคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 10-20 นาที

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างบอกถึงการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยจากภาวะความดันโลหิตสูง ดังนี้

1) ภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยการมาตรวจพบโดยบังเอิญ บางรายมาด้วยอาการปวดศีรษะ 2) ด้านสาเหตุ ได้แก่ กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารเค็ม ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย 3) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ 4) ผลกระทบ ได้แก่ ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก และกลุ่มที่ไม่ทราบผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การไม่รับประทานอาหารเค็ม การรับประทานยา การพักผ่อนให้เพียงพอ ซึ่งสามารถควบคุมได้ด้วยตนเองและสามารถหยุดยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้เอง 6) ความเชื่อด้านความจำเป็นการรับประทานยา ได้แก่ บางรายเชื่อแพทย์ผู้รักษา บางรายรับประทานยาตามอาการ 7) ความเชื่อด้านความกังวลการรับประทานยา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลัวผลข้างเคียงของการรับประทานยาว่าจะส่งผลเสียต่อดับและไต 8) ความเชื่อด้านการใช้ยามากเกินไป ได้แก่ เชื่อว่าแพทย์จ่ายยามากเกินไปและพึงการรักษาด้วยยามากเกินไป เนื่องจากไม่มีอาการแต่แพทย์ให้ยามารับประทานมาก 9) ความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทานยา ได้แก่ กลัวการติดยากลัวว่าจะต้องพึ่งยาตลอดจนหยุดยาไม่ได้ เป็นต้น

กลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินการชั้นทดลองตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม พ.ศ.2560- 29 พฤษภาคม พ.ศ.2560 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย และขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้รายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องกันในการพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง (วันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด) สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นให้ข้อมูลการรับรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ 2 ด้าน คือ ความจำเป็นการรับประทานยาและความกังวลการรับประทานยา 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป 2 ด้าน คือ ด้านการใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยา

หลังการให้ข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยแจกคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนต่อที่บ้าน และนัดหมายวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามโดยผู้วิจัยแจ้งช่วงเวลาในการดำเนินงานวิจัย 9.00 – 18.00 น. โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก

สรุปกิจกรรมครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีท่าทีกังวล จากการสังเกตกลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจกับเนื้อหาในคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและตั้งใจฟังการให้ข้อมูลจากผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตอบคำถาม หลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงมากขึ้นและบางรายปรับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาตามที่ผู้วิจัยให้ข้อมูล รวมทั้งมีการขอความรู้เพิ่มเติม ส่วนการนัดหมายโทรศัพท์ติดตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แจ้งว่า ให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ได้ตลอดตามเวลาที่ผู้วิจัยสะดวก

ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พุดคุยให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ประกอบด้วยกิจกรรมครั้งที่ 2, 3 และ 4 ดังนี้

ครั้งที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง พุดคุยให้กำลังใจ และเน้นย้ำความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยแจ้งช่วงเวลา 9.00 – 18.00 น. และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นฝ่ายนัดเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก ในการติดตามสัปดาห์ที่ 4 แจ้งเรื่องการโทรศัพท์ติดตามครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 6 จำเป็นต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้น

สรุปกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างให้เบอร์โทรศัพท์ที่ถูกต้อง สามารถติดตามเยี่ยมได้ทุกคน กลุ่มตัวอย่างบางรายโทรศัพท์กลับมาหาผู้วิจัยก่อนวันนัด เนื่องจากไม่สะดวกในวันและเวลาที่แจ้งไว้ ใน

การโทรศัพท์เยี่ยมแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี กลุ่มตัวอย่างบางรายซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง และในการติดตามสัปดาห์ที่ 4 หลังผู้วิจัยแจ้งเวลาในการโทรศัพท์ติดตาม อาจต้องใช้เวลามากขึ้นกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ติดตามครั้งต่อไปทุกราย

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาข้อขัดข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหาการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉับยู่และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยผู้วิจัยอ่านคำถามและให้ผู้ป่วยตอบและผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการโทรศัพท์ติดตามร่วมกับนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลรามาริบัติ ตามวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด

สรุปกิจกรรม สามารถโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมได้ทุกคน กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการสนทนาและตอบคำถามของผู้วิจัยเป็นอย่างดี บางรายซักถามข้อสงสัยและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง รวมทั้งยินดีตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ทุกคน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาทุกคน และกลุ่มตัวอย่างตอบรับการนัดพบที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจโรงพยาบาลรามาริบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ครั้งที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เน้นย้ำความร่วมมือในการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างบอกการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของตนเอง กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างบางรายแจ้งว่าน่าจะทำกิจกรรมแบบนี้ต่อไปอีก ก่อนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ หลังทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงทุกคน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2560 (ID 02-60-32) ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาที่เพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพการบริการหรือการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับตามสิทธิ์ และชี้แจงว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น หากมีการนำเสนอข้อมูลต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุลที่แท้จริง และเมื่อมีข้อซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในขณะที่ดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ในการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทุษณยาและระดับ ความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมารับการตรวจรักษาที่แผนก ตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ในระหว่างวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2560 ถึง 29 พฤษภาคม พ.ศ.2560 แบ่ง ออกเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ใน รูปตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดัง ตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทุษณยาใน ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการ รับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม ด้วยสถิติ Dependent t-test ดังตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการ รับประทุษณยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการ ทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Dependent t-test ดังตารางที่ 6

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ดังตารางที่ 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 22)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 22)		รวม (n = 44)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	12	54.5	12	54.5	24	54.5	
หญิง	10	45.5	10	45.5	20	45.5	
อายุ (ปี)							
30 – 39 ปี	2	9.1	2	9.1	4	9.1	
40 – 49 ปี	4	18.2	4	18.2	8	18.2	
50 – 59 ปี	16	72.7	16	72.7	32	72.7	
อายุเฉลี่ย	$\bar{x} = 50.9$		$\bar{x} = 50.2$		$\bar{x} = 50.6$		
ส่วนเบี่ยงเบน	SD = 6.9		SD = 6.4		SD = 6.6		
มาตรฐาน							
สถานภาพสมรส							2.5 ^{ns}
โสด	6	27.3	3	13.6	9	20.5	
คู่	12	54.5	17	77.3	29	65.9	
หม้าย	4	18.2	2	9.1	6	13.6	
ศาสนา							1.0 ^{ns*}
พุทธ	19	86.4	19	86.4	38	86.4	
อื่นๆ	3	13.6	3	13.6	4	13.6	

*Fisher's Exact Test ns= non significant

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 22)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 22)		รวม		χ ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	4	18.2	4	18.2	8	18.2	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.6	3	13.6	6	13.6	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	22.8	5	22.8	10	22.8	
ปริญญาตรี	9	40.9	9	40.9	18	40.9	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	4.5	1	4.5	2	4.5	
อาชีพ							
รับจ้าง	3	13.6	4	18.2	7	15.9	3.1 ^{ns}
ค้าขาย	4	18.2	3	13.6	7	15.9	
เกษตรกรรม	1	4.5	2	9.1	3	6.8	
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	8	36.4	11	50.0	19	43.2	
ธุรกิจส่วนตัว	6	27.3	2	9.1	8	18.2	
รับจ้าง	3	13.6	4	18.2	7	15.9	
รายได้							
พอใช้	20	90.9	21	95.5	41	93.2	1.0 ^{ns*}
ไม่พอใช้	2	9.1	1	4.5	3	6.8	
สิทธิการรักษา							
สิทธิประกัน สุขภาพ	5	22.8	8	36.4	13	29.5	2.1 ^{ns}
ประกันสังคม	1	4.5	0	0	1	2.3	
สิทธิต้นสังกัด	14	63.6	13	59.1	27	61.4	
ชำระเงินสด	2	9.1	1	4.5	3	6.8	
สิทธิประกัน สุขภาพ	5	22.8	8	36.4	13	29.5	

* Fisher's Exact Test ns= non significant

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง ยาที่ได้รับ

สาเหตุการเกิดภาวะ ความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 22)		กลุ่มทดลอง (n ₂ = 22)		รวม		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง (ปี)							1.62 ^{ns}
2	2	9.1	2	9.1	4	9.1	
3	3	13.6	2	9.1	5	11.4	
4	3	13.6	1	4.5	4	9.1	
5	9	40.9	12	54.5	21	47.7	
6	5	22.8	5	22.8	10	22.7	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง							2.48 ^{ns}
บุคลากรทางการแพทย์	11	50.0	12	54.5	23	52.3	
บุคลากรทางการแพทย์/เพื่อน และครอบครัว	4	18.2	7	31.9	11	25.0	
บุคลากรทางการแพทย์/ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง	2	9.1	1	4.5	3	6.8	
บุคลากรทางการแพทย์/เพื่อน และครอบครัว/ ผู้ป่วยความดันโลหิต สูง	5	22.7	2	9.1	7	15.9	
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ (1 คนรับได้มากกว่า 1 ชนิด)							2.52 ^{ns}
Amlodipine	22	39.3	22	38.6	44	38.9	
Losartan	22	39.3	22	38.6	44	38.9	
Enalapril	11	19.6	10	17.5	21	18.6	
Thiazide	1	1.8	3	5.3	4	3.6	

ns= non significant

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.2 (SD = 6.4) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 50.9 (SD = 6.9) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.9 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 86.4 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 22.8 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมารายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 27.3 รักษาด้วยสิทธิต้นสังกัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.4 รองลงมาคือสิทธิประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 29.5 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง 5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ 6 ปีคิดเป็นร้อยละ 22.7 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 52.3 รองลงมาได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับเพื่อนและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 25 และได้รับการรักษาด้วยยา Amlodipine และ Losartan ทุกคน คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาได้รับการรักษาด้วยยา Enalapril คิดเป็นร้อยละ 18.6 และได้รับการรักษาด้วย Thiazide น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.6

ทั้งนี้จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	\bar{x}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	16.8	1.2	ต่ำ	21	1.59	.126
หลังการทดลอง	17.3	1.7	ต่ำ			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	17.7	1.4	ต่ำ	21	46.37	.000
หลังการทดลอง	23.5	1.1	สูง			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.8 (SD = 1.2) อยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองเท่ากับ 17.3 (SD = 1.7) อยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.7 (SD = 1.4) อยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองเท่ากับ 23.5 (SD = 1.1) อยู่ในระดับสูง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t	p-value
	(n = 22)		(n = 22)				
	\bar{d}	SD	\bar{d}	SD			
ความร่วมมือในการรับประทานยา	0.5	0.31	5.8	0.24	42	13.4	.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.8 (SD = 0.24) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 0.5 (SD = 0.31) เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเปลี่ยนแปลงความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 4 ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความดันโลหิตต่ำสุด ระดับความดันโลหิตสูงสุด และผลต่างของระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=22)

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				ผลต่าง	
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{d}	SD
กลุ่มควบคุม										
Systolic	138.8	8.4	120	159	139.4	7.4	128	158	0.6	1.1
Diastolic	81.6	6.4	70	95	79.9	3.7	74	88	-1.7	0.9
กลุ่มทดลอง										
Systolic	135.4	6.1	124	150	128.6	3.9	122	135	-6.8	1.3
Diastolic	75.9	5.8	64	89	66.2	6.5	50	78	-9.6	1.1

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง เท่ากับ 138.8 (SD = 8.4) และ 81.6 (SD = 6.4) มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 139.4 (SD = 7.4) และ 79.9 (SD = 3.7) มิลลิเมตรปรอท และมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ 0.6 (SD = 1.1) และ -1.7 (SD = 0.9) มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง เท่ากับ 135.4 (SD = 6.1) และ 75.9 (SD = 5.8) มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลองมีค่าเท่ากับ 128.6 (SD = 3.9) และ 66.2 (SD = 6.5) มิลลิเมตรปรอท และมีผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ -6.8 (SD = 1.3) และ -9.6 (SD = 1.1) มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของ
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อน
และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

ระดับความดันโลหิต	\bar{x}	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ความดันโลหิตซิสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	138.8	8.4	21	.52	.609
หลังการทดลอง	139.4	7.4			
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	81.6	6.4	21	.27	.088
หลังการทดลอง	79.9	3.7			
กลุ่มทดลอง					
ความดันโลหิตซิสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	135.4	6.1	21	5.24	.000
หลังการทดลอง	128.6	3.9			
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ก่อนการทดลอง	75.9	5.8	21	8.95	.000
หลังการทดลอง	66.2	6.5			

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลอง เท่ากับ 138.8 (SD = 8.4) และ 81.6 (SD = 6.4) มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลอง เท่ากับ 139.4 (SD = 7.4) และ 79.9 (SD = 3.7) มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

สำหรับกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการทดลอง เท่ากับ 135.4 (SD = 6.1) และ 75.9 (SD = 5.8) มิลลิเมตรปรอท หลังการทดลอง เท่ากับ 128.6 (SD = 3.9) และ 66.2 (SD = 6.6) มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Dependent t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลต่างค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

ระดับความดันโลหิต	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 22)		df	t	p-value
	\bar{d}	SD	\bar{d}	SD			
ความดันโลหิตซิสโตลิก	0.6	1.1	-6.8	1.3	42	-4.27	.000
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	-1.7	0.9	-9.6	1.1	42	-5.57	.000

เนื่องจากการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ด้วยการวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง เท่ากับ -6.8 (SD = 1.3) มิลลิเมตรปรอท ของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ -0.6 (SD = 1.1) มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง เท่ากับ -9.6 (SD = 1.1) มิลลิเมตรปรอท ของกลุ่มควบคุมมีค่าเท่ากับ -1.7 (SD = 0.9) มิลลิเมตรปรอท เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มควบคุมคือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองคือ ผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ ภาวะการเจ็บป่วย

4. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนกลุ่มที่ ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิระดับ 1 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิ ใน กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิระดับ 1 ที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง กำหนด อำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน (Polit & Hungler, 2013)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน กลุ่มควบคุมพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนครบ 22 คน และกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรง ตามกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตัวแปร (Match Pairs) ด้านเพศ (Kwok et al., 2008; อรกมล เฟิงกุล และคณะ, 2557) อายุอยู่ในช่วงเดียวกันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (Hadi & Rotami-Gooran, 2004; Cho & Kim, 2014) และมีระดับการศึกษา เท่ากันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Naewbood, 2005; Gazmararian et al., 2006; Daniel & Veiga, 2013) จนได้กลุ่มทดลอง 22 คน ในขณะที่ ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการวิกฤต เช่น โรคหลอดเลือดสมองแตก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน และไม่มีผู้แสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมี 3 ประเภท ได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale [MARS]) ของ Horne & Weinman (2002) ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้และวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.774

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย โดยโปรแกรมที่นำไปใช้ ประกอบด้วย แผนการสอนความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยภาวะความดันโลหิตสูง คู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิต แบบบันทึกการสนทนาก่อนให้การพยาบาลทางโทรศัพท์

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ]) ของ Broadbent, et al.(2006) ผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ Horne et al. (1999) แปลเป็นภาษาไทยโดยยศพล เหลืองโสภณภภา และคณะ (2557) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนแล้วนำมาแก้ไขและนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.77 และ 0.83

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและได้รับการรักษาด้วยรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ เสนอต่อคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

3. ภายหลังจากพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีผ่านคณะกรรมการวิจัยในคน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ และขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรค โรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวันจันทร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-16.00 น. โดยสอบถามพยาบาลประจำการที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ

6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 22 คนหลัง เป็นกลุ่มทดลอง

8. ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรมที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติโดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ารับการตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale [MARS]) (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากแพทย์ พยาบาลประจำการและเภสัชกร นัดพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ในอีกสัปดาห์ที่ 8 เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Post-test) อธิบายภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงแก่กลุ่มตัวอย่าง และมอบคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง หลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ารับการตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Adherence Rating Scale [MARS]) (pre-test) ก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยจากผู้วิจัย กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลการรับรู้เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 โดยมีเนื้อหา ดังนี้ 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความดันโลหิตสูง 6) ความเชื่อด้านความจำเป็นการรับประทานยาลดความดันโลหิต 7) ความเชื่อด้านความกังวลการรับประทานยาลดความดันโลหิต 8) ความเชื่อด้านด้านการใช้ยามากเกินไป 9) ความเชื่อด้านอันตรายจากการรับประทาน พร้อมมอบคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ และผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม ในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ในการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยผู้วิจัยอ่านคำถามและให้ผู้ป่วยตอบและผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบแบบสอบถาม และนัดประเมินผลความร่วมมือในการรับประทานยาในสัปดาห์ที่ 8 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัดที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังจากการดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ในการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Dependent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลดังนี้

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดี ครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนรับโปรแกรม คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 17.7 และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 23.5

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นภาวะคุกคามทางสุขภาพ เช่น อาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะพัฒนากระบวนการ 2 อย่างไปพร้อมกัน คือ 1) การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรค การรักษาหรือการควบคุมอาการ (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992) 2) การรับรู้เกี่ยวกับการรักษา ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป (Horne 1997) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี ซึ่งโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. ชั้นประเมินผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูล ประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน เกี่ยวกับสาเหตุของความร่วมมือในการรับประทานยาที่อยู่ในระดับต่ำ บันทึกคำตอบและปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ที่ได้ลงในแบบสอบถามและแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อแก้ไขปัญหาของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงว่าสามารถรักษาได้หายขาด เมื่อไม่มีอาการจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยา การศึกษาของ ศิริมาส บุญประสาร (2544) พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า การรับประทานยาจะต้องรับประทานยาเมื่อมีอาการแสดงของโรคเท่านั้น และการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยว่าไม่รุนแรงจนกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนในอนาคต รวมทั้งไม่ทราบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง (วารสารทัน เพล่านภาค, 2546; Cambell et al., 2012) ส่วนในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการรับประทานยา กลัวการติดยาในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการรับประทานยา ต่อบีบ ไต และมีความรู้เกี่ยวกับยาค่อนข้างน้อย ซึ่งผู้ที่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาส่งผลให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง (Ross et al, 2004; Lewis et al, 2010)

2. การให้ข้อมูลรายบุคคล ในเรื่องการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ 1) อาการของภาวะความดันโลหิตสูง 2) สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง 3) ระยะเวลาของภาวะความดันโลหิตสูง 4) ผลกระทบภาวะความดันโลหิตสูง 5) การรักษาหรือการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง 6) ความจำเป็นการรับประทานยา 7) ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา 8) การใชยามากเกินไป และ 9) อันตรายจากการรับประทานยา ตามคู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการให้ความข้อมูลไปในแนวเดียวกัน และเน้นย้ำการให้ข้อมูลตามปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน การให้ข้อมูลมีลักษณะการสอน มีการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น และให้สอบถามข้อสงสัยหลังการให้ข้อมูลจบลง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเริ่มต้นการศึกษาด้วยการมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำ มีความเชื่อในการรับประทานยาที่ค่อนข้างลบ และมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา คือ การทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงอาการจนกว่าจะเกิดความรุนแรงของระดับความดันโลหิต จนทำให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ดังนั้นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้งการใชยาและไม่ใชยา ทั้งนี้การรักษาด้วยการใชยาจำเป็นต้องมีการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการอันไม่พึงประสงค์ เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยง่าย เป็นต้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้

การรักษาของกลุ่มตัวอย่าง คือ การรักษาด้วยการรับประทานยา โดยการสั่งยาหรือจ่ายยา ของแพทย์เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่ยึดหลักใช้กันทั้งประเทศตาม เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ที่ปรับมาจากแนวทางการรักษาสากลให้ เหมาะกับประเทศไทย ซึ่งกำหนดเป็นแนวทางเดียวกันในการรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การที่ แพทย์พิจารณาใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงชนิดไหน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ระดับ ความดันโลหิต โรคประจำตัวของแต่ละบุคคล ความเสี่ยงต่อการเกิดเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเริ่มจาก การรักษาด้วยยาขนาดต่ำก่อน และไม่ทำให้เกิดการฟุ้งพ่ายหรือติดยา เนื่องจากส่วนผสมของยารักษา ภาวะความดันโลหิตสูงไม่มีสารเสพติดเป็นส่วนประกอบ การรับประทานยาควรรับประทานอย่าง ต่อเนื่องสม่ำเสมอและเป็นเวลาเดียวกันของทุกวัน เพื่อให้มีความต่อเนื่องจากฤทธิ์ของยาในการ ควบคุมระดับความดันโลหิต จะส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ ลดการเกิดความ รุนของภาวะความดันโลหิตสูงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะการ เจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยาอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ Leventhal, Diefenbach, & Leventhal (1992) ที่กล่าวว่า การรับรู้อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นสามารถจัดการเพื่อให้กลับ เข้าสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ จะช่วยให้เกิดความเชื่อว่ายาเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิด ความร่วมมือในการรับประทานยา ในทางตรงกันข้ามการไม่แสดงอาการที่รุนแรง อาจจะเป็นสาเหตุ ของการแปลผลว่าบุคคลไม่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นจริง จึงไม่จำเป็นต้องรักษาอาการของโรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ปิยนุช เสาวภาคย์ (2546) พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีการ รับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนน้อย ทำให้ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็น 2.15 เท่าของผู้มีการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมาก ส่วนการมีความเชื่อด้าน ความจำเป็นของการรับประทานยาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (Kirdphon, 2003; Ross et al, 2004; Ruppert et al, 2012) ในขณะที่ความเชื่อเกี่ยวกับอาการ ข้างเคียงของยาและมีความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา ร่วมกับความเชื่อว่ายาไม่ได้มีส่วนช่วย ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือยารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่าตัวโรคซึ่งไม่มีอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Kirdphon, 2003; Lewis et al, 2010) และ พบว่าการได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความ เชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรค (Chambers et al, 2011)

3. ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6 ทั้งนี้การโทรศัพท์ดังกล่าวจะเน้นย้ำความร่วมมือในการรับประทานยา ร่วมกับประเมินปัญหาข้อขัดข้อง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ทบทวน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขตามปัญหา การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยา และลดความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับความกังวลจากการรับประทานยา การใช้ยามากเกินไป และอันตรายจากการรับประทานยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการเน้นย้ำการทบทวนเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแตกต่างกันไปตามแต่ละคน ตามปัญหาที่ได้บันทึกไว้จากการประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 เนื่องจากการตัดสินใจในการให้ความร่วมมือในการรับประทานหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความเข้าใจ ทศนคติและประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกให้ข้อมูลการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาเป็นรายบุคคล

การปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงให้ถูกต้อง โดยเน้นว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ และขณะนี้กลุ่มตัวอย่างแพทย์พิจารณาการรักษาด้วยการใช้ยา แม้ไม่มีอาการที่แสดงถึงภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงก็จำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากการไม่มีอาการไม่ได้หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

การปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ในลักษณะการเพิ่มความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา ที่ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรืออัมพฤกษ์อัมพาต และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ร่วมกับลดความเชื่อด้านความกังวลของการรับประทานยา เช่น อาการวิงเวียนศีรษะ อาการไอ ปลายเท้าบวม ว่าอาการดังกล่าวเป็นเพียงผลข้างเคียงของยาที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน สามารถแก้ไขได้ โดยการแจ้งแพทย์ทราบ เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และการปรับลดหรือหยุดการรับประทานยาจะทำได้ก็ต่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์การรักษา ดังนั้นควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความต่อเนื่องจากฤทธิ์ของยา โดยไม่ต้องกังวลเรื่องการพึ่งพายาหรือติดยา เพราะยารักษาภาวะความดันโลหิตไม่มีส่วนผสมที่ทำให้เกิดการติดยาได้

จากการศึกษาของ Chambers, et al. (2011) พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง จะไม่มีการล้มรับรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้ผลที่ตามมาของการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และเชื่อว่าการรับประทานยาจะให้ผลดี

มากกว่าผลเสีย ร่วมกับการได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ แต่ในทางกลับกันผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ มักจะลืมนรับประทานยา มีความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและประโยชน์ของการรักษาด้วยยา เนื่องจากไม่ได้รับการให้ข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรด้านสุขภาพ

การรับรู้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และผลที่ตามมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีความรุนแรง จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ร่วมกับการรับรู้ความจำเป็นของการรับประทานยา ว่ามีส่วนช่วยในการควบคุมระดับความดันโลหิตและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น (ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ, 2556; ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ และคณะ, 2559; Osterberg & Blaschke, 2005; Searle et al, 2007) เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติที่เห็นได้ชัด อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่สามารถควบคุมโรคหรือรักษาภาวะเจ็บป่วยได้หายขาด จึงมีความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ระดับต่ำ การส่งเสริมการรับประทานยาควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่า ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะแรกไม่มีอาการแสดงจนกว่าจะถึงระยะสูง และธรรมชาติของภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา(WHO, 2003) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรค มีการปฏิบัติตัวสอดคล้องกับแผนการรักษาและกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001; O'Carroll et al, 2010; Chambers, et al., 2011)

4. ชั้นประเมินผล เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้าหรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากการประเมินผล พบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 17.7 และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 23.5 หมายความว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง

ดังนั้นการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย สามารถทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับ Alhalaiqa, et al. (2012) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแผนกผู้ป่วยนอก 3 แห่ง ระยะเวลาในการศึกษา 11 สัปดาห์ พบว่า การเพิ่มความเชื่อทางบวกในการรับประทานยา เช่น การตระหนักถึงประโยชน์ของการรับประทานยา และลดความเชื่อด้านลบของการรับประทานยา เช่น ความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยา การปรับมุมมองว่ายาไม่อันตราย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้การศึกษาของ Seyyedrasoonj, et al. (2013) พบว่า ผู้ป่วยฟอกไตที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และส่งเสริมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเป็นรายบุคคลจำนวน 6 ครั้งรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลดังนี้

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ตามแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยาของ Horne (2003) ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นั่นคือ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 5.8 (SD = 0.24) สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาเท่ากับ 0.5 (SD = 0.31)

ทั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย 4 ขั้นตอนตามที่ได้อภิปรายในข้อที่ 1 แล้ว ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยใช้ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ แผนการสอนเรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในการประเมินปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น และมีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาด้านความจำเป็นของการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ

รับประทานยา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยา โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีการปรับขนาดการรับประทานยา แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังลืมการรับประทานยา หรือหยุดการรับประทานยาชั่วคราวหรือเป็นบางมื้ออยู่

ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ ได้รับการกิจกรรมที่พยาบาลประจำการ ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยร่วมกับผู้ช่วยพยาบาล แพทย์ และเภสัชกร ในการดูแลเกี่ยวกับการให้ความรู้และ ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนตามแผนการรับประทาณที่เภสัชกร แนะนำ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกรเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล เท่านั้น จึงไม่มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยา อยู่ในระดับต่ำคงเดิม เนื่องจากไม่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยา หรือ เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานยา ซึ่งทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าเกณฑ์ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคตตามมา

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ O'Carroll, et al. (2010) ศึกษาโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของ Leventhal, et al. (1992) โดยการปรับทัศนคติต่อการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับความจำเป็นของการรับประทานยามากและ มีความกังวลเกี่ยวกับอันตรายจากการรับประทานยาน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและลดการลืมรับประทานยา เช่นเดียวกับ Petrie et al. (2012) ที่ใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะโรคที่เรื้อรังและมีความจำเป็นในการใช้ยาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืด ที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาป้องกันโรคหอบหืดมากกว่าร้อยละ 80 ของปริมาณที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ Schoemthaler et al. (2015) ศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 148 คน โดยใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยแบบ Common Sense ร่วมกับ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติมีความร่วมมือในการรับประทานยามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นการศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ ภาวะแทรกซ้อน โดยการนำกลยุทธ์ต่างๆ ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา มาเป็น ส่วนหนึ่งของกิจกรรม ดังเช่น การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและ ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา แจกคู่มือเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวนที่บ้านและติดตาม

เยี่ยมเป็นระยะๆ ด้วยการใช้โทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการที่ผิดปกติหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ครึ่งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม คือ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 135.4 และ 75.9 มิลลิเมตรปรอท และหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 128.6 และ 66.2 มิลลิเมตรปรอท สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunhua et al. (2014) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และได้รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ปี เริ่มด้วยการประเมินระดับความดันโลหิต ทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ ให้คำปรึกษา ทบทวนและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข ส่งเสริมให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้กิริณา อรุณแสงสด และคณะ (2557) พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มที่ไปรับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และจากการศึกษาของ Matsumura et al. (2013) ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยา รักษาภาวะความดันโลหิตสูงต่อระดับความดันโลหิต ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง 203 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยยา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำ กลุ่มที่ 2 ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับปานกลาง และกลุ่มที่ 3 ความร่วมมือในการรับประทานยาสูง มีระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน พบว่า การลดระดับความดันโลหิตขึ้นอยู่กับอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า กลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำถึงปานกลาง มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยเท่ากับ -6.8 และ -9.6 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ -0.6 และ -1.7 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการวิจัยของ Caroline & Frances (2010) ที่ศึกษาผลของการมีพยาบาลให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้โทรศัพท์ติดตามต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการติดตาม มีความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมี ผลต่อระดับความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.046$) ลดระดับความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น กลุ่มทดลองมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีระดับความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนี้วันดา สติประเสริฐ และคณะ (2558) พบว่าการชี้แนะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยกลุ่มที่ได้รับการชี้แนะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังจากได้รับข้อมูล อย่างมีแบบแผน และได้รับการมุ่งปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาให้ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษา ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท(NICE, 2011; JNC 8, 2014)

จึงสรุปได้ว่า การส่งเสริมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา อย่างถูกต้อง จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างเหมาะสม จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ ในเกณฑ์การรักษาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยไปใช้ในแผนกผู้ป่วยนอกในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา
2. นำการโทรศัพท์ติดตามเป็นกิจกรรมพยาบาลอิสระ ที่พยาบาลเลือกติดตามผู้ป่วยเฉพาะราย ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาหรือไม่ร่วมมือในการรักษา
3. จัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ในด้านภาวะการรับรู้การเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามเพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในระยะยาว เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วม เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

3. ควรมีการนำแนวคิดความร่วมมือในการรับประทานยา ในมิติของการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาไปเป็นแนวทางในการศึกษางานวิจัยต่อไป โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคเอดส์ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา

4. ในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานที่แน่นอน เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ควรมีการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การนับจำนวนเม็ดยา อัตราการตรวจตามนัด เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กิริณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2557). ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจและความต่อเนื่องสมำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 28(3), 129-144.
- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). *คู่มือการใช้ยา ฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สกายบุ๊คส์
- จรียา เจริญยิ่ง. (2546). *การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแวกซ์พารินหลังการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. เกษศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บัณฑิตวิทยาลัย.*
- จักรพันธ์ ชัยพรประสิทธิ์. (2550). *โรคความดันโลหิตสูง ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ). ตำราอายุรศาสตร์4. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยาลัย*
- จันทร์เพ็ญ หวานคำ, ชดช้อย วัฒนะ, และ ศิริพร ชัมภลิจิต. (2558). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 42(1), 49-60
- นภาพร รุจิเสถียร. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับยากับความสมำเสมอในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. 34th The National Graduate Research Conference. 835-846.

- นรรัตน์ สมเพชร, ชิตชนก เรือนก้อน, และอัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2007). ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 89-97.
- นรลักษณ์ เอื้องกิจ และ วรวรรณ ชันติชัยธร. (2553). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทพยาบาลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 24(3), 86-99.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุษะ, และ ทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- ปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(1), 16-26.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปิยะพร โชคเหรียญสุขชัย. (2553). *ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ: กรณีศึกษาในชุมชน*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2559). *คู่มือยา (HANDBOOK OF DRUG NURSING)* (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัฒนา โพธิ์แก้ว. (2537). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ ชูจ่อหอ. (2555). การดูแลตนเองด้านการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง. ใน ไวยวรรณ ธรรมัย, สมเกียรติ โภธิสัจย์, สิทธิชัย อาชาอินดี และสุรีพร คนละเอียต (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. (หน้า.143-151). สำนักงานกิจการโรงพยาบาลฟ็อกซ์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- พรศรี ศรีอัญญาพร และ สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. (2555). หลักการและแนวปฏิบัติการให้ความรู้ในการดูแลภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง . ใน ไวยวรรณ ณะมัย, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สิทธิชัย อาชายินดี และ สุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง*. (หน้า 7-14). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, สมบัติ เหลืองโสมนภา และ ยุพาธร เสือเฒ่า. (2556). อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระดับสูง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(2), 146-157.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, สาคร พร้อมเพระ, ปาสิริญญ์ ฐาสิริสวัสดิ์, รุ่งนภา เขียวชะอำ และ วารุณี สุรวัดนกุล. (2557). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาฉบับภาษาไทย. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 31(4), 297-310.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, จันทนา รณฤทธิวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลีฬหกุล, และพัสมณฑิ คุ่มทวีพรพ (2555). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญญศิริการพิมพ์.
- วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลुकนาวิระ, และพรนภา หอมสินธุ์. (2558). ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 8(3), 33-51.
- วรรัตน์ เหล่านภากุล. (2546). *เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลในไทย จ.นครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณสุดา งามอรุณ, สรวาดี อุดมกาญจนนันท์, นงนุช ใจชื่น, และทักษพล ธรรมรังสี. (2557). เหตุปัจจัย: ปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา. ใน ทักษพล ธรรมรังสี (บรรณาธิการ). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม*. (หน้า.151-153). นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.

- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เตอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- วีรวรรณ อุชายภิชาติ และสิริพรรณ พัฒนาฤดี. (2550). Hypertension. ใน ธาณี เมฆะสุวรรณดิษฐ์ (บรรณาธิการ). *Textbook of Pharmacotherapy ตำราเภสัชบำบัด*. (หน้า 1 -24). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง
- ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 20(1), 29-39.
- ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 20(1), 29-39.
- ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และพีระ บุรณะกิจเจริญ. (2014). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *Journal of Nursing Science*, 32(2), 43-51.
- ศิริมาศ บุญประसार. (2544). *การปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป URL : [online] สืบค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2559 at URL: สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: วีเจพรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2550). ความดันโลหิตสูง: แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การรักษาและการดูแลตนเอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 20(2), 79-90.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส, จิราพร ชลธิชาซาลักษณ์, และวรรณมา สนองเดช. (2558). การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของคนไทยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำแนกโดยเพศ อายุ และระดับการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 29(2), 56-70.

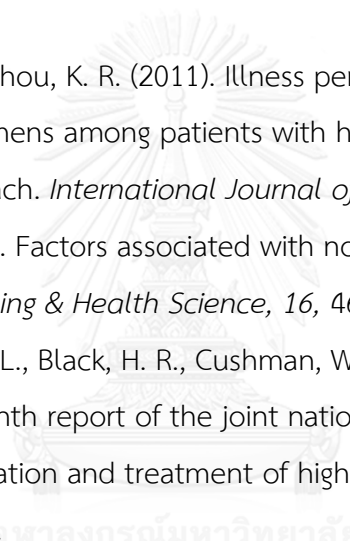
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส และสุนทรี เจียรวิทย์กิจ. (2558). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบ Common Sense กับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหืด. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข, 29(3)*, 137-152.
- สุกัญญา ลิ้มรังสรรค์ และพัชร์วิภา สุวรรณพรหม. (2556). แบบจำลองการอธิบายเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลหางดง จังหวัดเชียงใหม่. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 8(2)*, 66-77.
- สุขฤดี รัชตฤงคารสกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(1)*, 113-130.
- สุนันทา ห่วงทอง, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2013). กรณีศึกษา: พฤติกรรมปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงในชุมชน. *รามธิบดีพยาบาลสาร, 19(1)*, 129-142.
- สุมาลี วัจนากร ชุตินา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6)*, 539-547.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป : 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 5) ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุรภี ปิ่นอำพล. (2550). การเกาะติดการรักษาและผลทางเวชกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลนางรอง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2)*, 222-228.
- แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. (2551). *การจัดการตนเองเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงทอง อีระทองคำ, ญัฐริรา ประสาทแก้ว, และวันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2557). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *รามธิบดีพยาบาลสาร, 20(3)*, 356-371.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *สรุปรายงานการป่วย*. ค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2559, <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/ill53/ill-full2553.pdf>.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558* Public Health Statistics A.D.2015. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2553 - 2558 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2560, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อรกมล เฟื่องกุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ตันติโกสุม. (2557). ผลของโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 25(2), 32-48.
- อรุณี หล้าเขียว และทวีวรรณ ชาลีเครือ. (2015). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6. *วารสารบทความของกลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*.
- อิสราภรณ์ โนยะราช. (2557). *การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดม ฤทธิไกร. (2550). *การป้องกันโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน* ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ). *แนวปฏิบัติในการดูแล รักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2550* สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, นนทบุรี: บริษัททีฟิล์ม จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Alhalaiqa, F., Deane, K. H. O., Nawafleh, A. H., Clark, A., and Gray, R. (2012). Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Journal of Human Hypertension*, 26(2), 117-126.

- American College of Sport Medicine. (2006). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (7th ed.)*. Baltimor: Lippincott William & Wilkins.
- American Heart Association/ American Stoke Association. (2014). High Blood Pressure Statistical fact sheet 2014 update. [online] Accessed on March 18, 2016 at URL https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_462020.pdf.
- Barreto. M. S., Reiners, A. A. O., Marcon, S. S. (2014). Knowledge about hypertension and factors associated with non-adherence to drug therapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 491-498.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Gentry, P., Orr, M. Dudley, T. McCant, F., & Oddone, E Z. (2005). Nurse administered telephone intervention for blood pressure control: a patient-tailored multifactorial intervention. *Patient Education and Counseling*, 57(1), 5-14.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Buranakitjaroen, P. (2011). Hypertension audit in clinical practice based in Thailand (HABIT). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(1), 57-65.
- Buranakitjaroen & Phoojaroenchanachai. (2012). Changes of microalbuminuria in nondiabetic hypertensive patients after one year follow-up. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(2), 179-118.
- Burnier, M. (2006). Improving outcomes in hypertensive patients: Focus on adherence and persistence with antihypertensive therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 11(7): 376-382.
- Buyck, J. F., Dufouil, C., Mazoyer, B., Maillard, P., Ducimetiere, P., Alperovitch, A., et al. (2009). Cerebral white matter lesions are associated with the risk of stroke but not with other vascular events: the 3-City Dijon Study. *Stroke*, 40, 2327-2331.
- Campbell, T., Bacon, S. L., Dimsdale, J. E., & Carroll, D. (2012). Hypertension: A Behavioral Medicine Prespective. *International Journal of Hypertension*, 12.

- Caroline, W. C., & Frances, K. Y. W. (2010). Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: A randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1374-1382.
- Centers for Disease Control and Prevention. Effects of High Blood Pressure [online]. Accessed on May 28, 2017 at URL <https://www.cdc.gov/bloodpressure/effects.htm> .
- Chambers, J. A., O'Carroll, R. E., Hamilton, B., Whittaker, J., Johnnton, M., Sudlow, C., & Dennis, M. (2011). Adherence to medicine in stroke survivors: A Qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of Health Psychology*, 16(3), 592-609 .
- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Chou, K. R. (2011). Illness perceptions and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 235-245.
- Cho, S. J., & Kim, J. (2014). Factors associated with nonadherence to antihypertensive medication. *Nursing & Health Science*, 16, 461-467.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., & Izzo, J. L. (2003). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252. 
- Chunhua, M., Ying, Z., Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counseling on hypertension care. *Patient education and counseling*, 95, 231-237.
- Clatworthy, J., Bowskill, R., Partham, R., Rank, T., Scott, J., & Horne, R. (2009). Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a necessity-concern framework. *J Affect Disord*, 116, 51-55.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, 44(1), 25-36.
- Daniel, A. C., & Veiga, E. V. (2013). Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein (Sao Paulo)*, 11(3), 331-7.

- Drenjancevic-Peric, I., Jelakovic, B., Lombard, J. H., Kunert, M. P., Kibel, A., & Gros, M. (2011). High-Salt Diet and Hypertension: Focus on the Renin-Angiotensin System, *Kidney Blood Press Res*, *34*, 1-11.
- Frisoli, T. M., Schmieder, R., Grodzicki, T., & Messerli, F. (2012). Salt and hypertension: is salt dietary reduction worth the effort?. *American Journal of Medicine*, *125*(5), 433-439.
- Gazmararian, J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J., & Rask, K. (2006). Factors associated with medication refill adherence in cardiovascular-related diseases: a focus on health literacy. *Journal of General internal Medicine*, *21*(12), 1215-1221.
- Gorqui, J., Gorshkov, M., Khan, N., & Daskalopoulou. (2014). Hypertension as a risk factor for ischemic stroke in women. *Canadian Journal of Cardiology*, *30*(7), 774-782.
- Go, A. S., Bauman, M. A., King, C. S. M., Fonarow, G. C., Lawrence, W., Williams, A., & Sanchez, E. (2014). An Effective Approach to High Blood Pressure Control A Science Advisory From the American Heart Association, the American College of Cardiology, and the Centers for Disease Control Prevention. *Hypertension*, *63*, 878-885.
- Gregoire, J.P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., & Milot, A. (2006). Predictors of self-reported noncompliance with antihypertensive drug treatment: A prospective cohort study. *Canadian Journal of Cardiology*, *22*(4), 323-329.
- Hacihasanoglu, R., Gozum, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a Primary health care setting. *Journal of clinical Nursing*, *20*, 692-705.
- Hadi, N., & Rostami-Gooran, N. (2004). Determinant Factors of Medication Compliance in Hypertensive Patients of Shiraz, Iran. *Arch Iranian Med*, *7*(4), 292-296.
- Hagger, M. S., & Orbell, S., (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness perceptions. *Psychology & Health*, *18*(2), 141-184.

- Hallan, H., Romundstad, S., Kvenild, K., & Holmen, J. (2003). Microalbuminuria in Diabetic and Hypertensive Patients and the General Population: Consequences of Various Diagnostic Criteria - The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Scand Journal Urol Nephrol* (37) 151–158.
- Hekler, E., Lambert, J., Leventhal, E., Leventhal, H., Jahn, E., & Contrada, R. (2008). Commonsense illness beliefs, adherence behaviors and hypertension control among African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(5), 391-400.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement In: Petrie, K. J., Weinman, J. A., editors. *Perceptions of Health and Illness*. 155–188. Retrieved April 22, 2016, from https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=2NJaUM6dXkMC&oi=fnd&pg=PA155&dq=representations+of+medication+and+treatment+advances+in+theory+and+measurement&ots=O1aOa31DPj&sig=_GJuZGcKQwZl2yqztnYnTHjwRFo&redir_esc=y#v=onepage&q=representations%20of%20medication%20and%20treatment%20advances%20in%20theory%20and%20measurement&f=false.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and Self-regulation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.). *The Self- regulation of health and illness behavior*. London: Routledge: Taylor & Francis Group.
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 555-567.
- Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-32.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire; The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.

- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., et.al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*, *311*(5), 507-520.
- Johnson, M. J. (2002). The Medication Adherence Model: A Guide for Assessing Medication Taking. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, *13*(3), 179-192.
- Joint National Committee [JNC]. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment High Blood pressure: National High Blood Pressure Education Program. Retrived May 5, 2015, from <http://www.nhbl.nih.gov/guidelines/hypertension/Express.pdf>.
- Joint National Committee [JNC]. (2014). The Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, & Treatment High Blood pressure: The following content matched the glossary term: JNC8. Retrived November 9, 2016, from http://www.ndei.org/Glossary/JNC_8.aspx.html.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2010). *Kaplan's clinical hypertension* (10thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2015). *Kaplan's clinical hypertension* (11sted.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Karakurt, P. & Kasikci, M. (2012). Factors affecting medication adherence in patients with Hypertension. *Journal of Vascular Nursing*, *4*, 118-126.
- Klohn, L. S., & Rogers, R. W. (1991). Dimensions of the severity of a health threat: The persuasive effects of visibility, time of onset, and rate of onset on young women's intentions to prevent osteo-porosis. *Health Psychology*, *10*, 323-329.
- Kirdphon, W. (2003). *Accepting and adjusting to chronicity of hypertension: A grounded theory study in Thai people*. University of Washington.
- Krishnan, A., Garg, R., & Kahandaliyanage, A. (2013). Hypertension in the South-East Asia Region: an overview. *Regional Health Forum*, *17*(1), 7-14.
- Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *55*(6), 590-600.

- Kwok, L. O., Annette, W. K., Tso, Karen, S. L., Bernard, M. Y., Cheung. (2008). Gender difference in blood pressure control and cardiovascular risk factors in American with diagnose hypertension. *Hypertension*, *51*, 1142-1148.
- Lee, G. K. Y., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Cheung, Y., & Morisky, D. E. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLOS one*, *8*(4), 1-7.
- Leelacharas, S. (2005). Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior. *Dissertation Abstract International*, *66*(10), 5322.
- Leelacharas, S., & Rujiwattanakorn, D. (2012). Thai women's perception of the cause of hypertension based on age and education level. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *16*(1), 3-12.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 143-163.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revensom & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Leventhal, H., Narenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats In S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (4 ed, pp. 219-252).
- Levy, B. I., Schiffrin, E. L., Mourad, J.-J., Agostini, D., Vicaut, E., Safar, M. E., et al. (2008). Impaired Tissue Perfusion. *Circulation*, *118*(9), 968-976.
- Lewis, L. M., Askie, P., Randleman, S., & Shelton-Dunston, B. (2010). Medication Adherence Beliefs of Community-Dwelling Hypertensive African Americans. *Journal of Cardiovascular Nursing May/June*, *25*(3), 199-206.

- Linden, W., Lenz, J. W., & Con, A. H. (2001). Individualized stress management for primary hypertension. Retrieved 19 May, 2014, from <http://www.archinte.jamanetwork.com>.
- Lukoschek, P. (2003). African Americans' beliefs and attitudes regarding hypertension and its treatment: A qualitative study. *Journal Health Care Poor Underserved, 14*(14), 556-587.
- Matsumura, K., Arima, H., Tominaga, M., Ohtsubbo, T., Sasaguri, T., and Fujii, k. et al. (2013). Impact of antihypertensive medication adherence on blood pressure control in hypertension: the comfort study. *QJM: An International Journal of Medicine, 106*(10), 909-914.
- Mclaughlin, J. E., Raelh, C. L., Treadway, A. W., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in elderly. *Drug and Aging, 22*, 231-255.
- Meland, E., & Aamland, A. (2009). Salt restriction among hypertensive patients: Modest blood pressure effect and no adverse effects, *27*(2), *Scand J Prim Health Care. 27*(2), 97-103.
- Mili Joshi, Rao B.S., Khan G.M. (2006). Study of Drug Use in Essential Hypertension and Their Compliance. *Kathmandu University Journal of Science, 2*(1), 1-13.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension, 10*(5), 348-354.
- Morris, A. B., Li, J., Kroenke, K., Bruner-England. T. E., Young, J. M., & Murray, M. D. (2006). Factors Associated with Drug Adherence and Blood Pressure Control in Patients with Hypertension. *The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy, 26*(4), 483-492.
- National Clinical Guideline Centre. (2011). The clinical management of primary hypertension in adults. *National Clinical Guideline Centre*.
- Naewbood, S. (2005). *Factors related to medication adherence among persons with hypertension*. M.S. Thesis in Community Health Nursing. Bangkok: Faculty of Graduated Studies, Mahidol University.

- O'Carroll, R., Dennid, M., Johnton, M., & Sudlow, C. (2010). Improving adherence to medication in stroke survivors (IAMM): a randomized controlled trial: study protocol. *BMC Neurology*, *10*(5), 1-9.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, *353*, 487-497.
- Ogedegbe, G.O., Foster, C.B., Wells, M. T., Allegrante, J. P., Isen, A. M., Jobe, J. B., et al. (2012). A Randomized controlled Trial of Positive – Affect Intervention and Medication Adherence in hypertensive African Americans. *Arch Intern Med*, *172*(4), 322-326.
- Ogden, L.G., He, J., Lydick, E., & Whelton, P.K. (2000). Long-term absolute benefit of lowering blood pressure in hypertensive patients according to the JNC VI risk stratification. *Hypertension*, *35*, 539-543.
- Pedrinelli, R., Ballo, P., Fiorentini, C., Denti, S., Galderisi, M., Ganau, A., Germanò, G., et al. (2012). Hypertension and acute myocardial infarction: an overview. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*, *13*(3), 194-202.
- Petrie, K. J., Perry, K., Broadbent, E. & Weinman, J. (2012). A text message programme designed to modify patients' illness and treatment beliefs improves self-reported adherence to asthma preverter medication. *British Journal of Health Psychology*, *17*(1), 74-84. . วิทยาลัย
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principles and methods*. (8th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2013). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th Ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Robinson, K. (2007). Trends in health status and health care use among older women. *Aging Trends* (7), 1-12.
- Ross, S., Walker, A., & Macleod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, *18*, 607-613.

- Ruppar, T. M., Dobbels, F., & Geest, S. D. (2012). Medication belief and antihypertensive adherence among older adults: A pilot study. *Geriatric Nursing, 33*(2), 89-95.
- Schneider, S. M., Hess, T., & Gosselin, T. (2011). Intervention to promote adherence with oral agents. *Seminars in Oncology Nursing, 22*(2), 133-141.
- Schoemthaler, A., Calle, F. J., Barnos, M. B., Garcia, A., Pitaro, M., Lum, A., & Rosal, M. (2015). A practice-based randomized controlled trial to improve medication adherence among Latinos with hypertension: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 16*, 1-11.
- Searle, A., Norman, P., Thompson, R., & Vedhara, K. (2007). A prospective examination of illness beliefs and coping in patients with type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology, 12*(4), 621-38.
- Seyyedrasooli, A., Parvan, K., Rahmani, A., & Rahimi, Z. (2013). Effect of illness perception promoting interventions on treatment adherence in hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Iran Journal Critical Care Nursing, 6*(2), 77-86.
- Simons, L. A., Simons, J., McCallum, J., & Friedlander, Y. (2005). Impact of smoking, diabetes and hypertension on survival time in the elderly: the Dubbo Study. *MJA, 182*(5), 219-222.
- Schuz, B., Marx, C., Warner, L.M., Ziegelmann, J.P., Schwarzer, R., et al. (2011). Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *Journal of Psychosomatic Research, 70*, 179- 187.
- Tien, Y. W., & Paul, M. (2004). Hypertensive Retinopathy. *The New England Journal of Medicine, 351*(22), 2310.
- Tommelein, E., Mehuys, E., Tongelen, V. I., Brusselle, G., & Bousery, K. (2014). Accuracy of the Medication Adherence Report Scale (MARS-5) as a quantitative measure of adherence to inhalation medication in patients with COPD. *Annals of Pharmacotherapy, 48*(5), 589-595.
- Townend, E., Tinson, D. Kwan, J. & Sharpe, M. (2006). Fear of recurrence and beliefs about preventing recurrence in persons who have suffered a stroke. *Journal of Psychosomatic Research, 61*, 747-755.

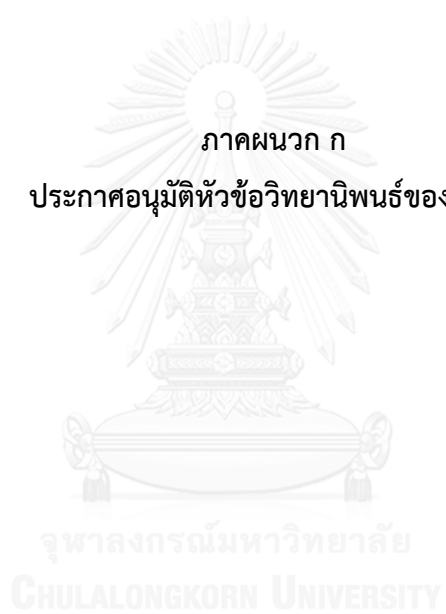
- Vermeer, S. E., Sandee, W., Algra, A., Koudstaal, P. J., Kappelle, L. J., & Dippel, D. W. J. (2006). Impaired glucose tolerance increase stroke risk in nondiabetic patients with transient ischemic attack or minor ischemic stroke. *Stroke*, *37*, 1413-1417.
- World Health Organization. (2003). WHO Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Retrieved February 22, 2016, from http://www.int/ihp/knowledge/knowledge/publications/adherence_report/en/.
- World Health Organization. (2005). WHO Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Retrieved February 22, 2016, from http://www.int/ihp/knowledge/knowledge/publications/adherence_report/en/.
- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. (2003) 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension. (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, *21*, 1983-1992.
- World Hypertension Day 2013 brochure, the World Hypertension League [online] Accessed on March 18, 2016 at URL <http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHD/2013/WHD%202013%20brochure.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2013) A Global Brief on Hypertension: Silent Killer, Global Public Health Crisis [Online]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/466541> [Accessed: 15th April 2016].
- Wu, J. R., Chung, M., Lennie, T. A., Hall, L. A., & Moser, D. K. (2008). Testing the psychometric properties of the Medication Adherence Scale in patients with heart failure. *Heart Lung*, *37*(5), 334-343.
- Wu, J. R., Moser, D. K., Chung, M. L., & Lennie, T. A. (2008). Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *J Card Fail*, *14*(7), 603-614.

- Yun, J., You, L. M., He, J. G., Wang, J. F., Chen, L., & Liu, L. B., et al. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and counseling*, 85, 398-405.
- Zugelj, U., Zupancic, M., Komidar, L., Kenda, Varda, N.M., & Gregoric, A. (2010). Self-reported adherence behavior adolescent hypertensive patients: The role of illness representations and personality. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(9), 1046-1060.





ภาคผนวก ก
ประกาศอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย





ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 9/2559 ประจำปีการศึกษา 2559

.....

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5777359136
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวศิริพร ศรีสุข
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล ภาคนอกเวลาราชการ)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	พันเอกหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง EXPERIENCES OF BEING A CLINICAL NURSE COORDINATOR IN A PRIVATE HOSPITAL
ครั้งที่อนุมัติ	9/2559
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	5877205236
ชื่อ-นามสกุล	นางสาวกฤติญาดา เกื้อวงศ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล)
ประธานกรรมการสอบ	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลจบใหม่ในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง EXPERIENCES OF CLINICAL DECISION MAKING OF NEW GRADUATED NURSES WORKING AT INTENSIVE CARE UNITS, AN UNIVERSITY HOSPITAL
ครั้งที่อนุมัติ	9/2559
ระดับ	ปริญญาโท

วิภา อินดิษฐ์
15 ธ.ค. 2559

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5877191036
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวลัดดาวัลย์ เทัญศรี
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา วัฒนศิริตัน
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 ของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร
 THE EFFECT OF PROVIDING EDUCATION AND SOCIAL SUPPORT
 PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CARDIAC
 PERMANENT PACEMAKER
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2559
 ระดับปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต 5777333836
 ชื่อ-นามสกุล นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่ Flexible)
 ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
 ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
 ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาใน
 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 THE EFFECT OF ILLNESS PERCEPTION PROGRAM ON MEDICATION
 ADHERENCE AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS WITHOUT
 COMPLICATION
 ครั้งที่อนุมัติ 9/2559
 ระดับปริญญาโท

วิภา ๖ พฤศจิกายน
 15 ธ.ค. 2559



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์ นายแพทย์ปริญญา วาศาสกรกิจ	อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาล รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล	อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลชำนาญการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ งานการพยาบาล โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ค
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0134



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มกราคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--|---|
| 1. อาจารย์ นายแพทย์ ปริญญา วาทีสาธกกิจ | อาจารย์แพทย์ สาขาวิชาโรคหัวใจ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสัจรัส | อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ นายแพทย์ ปริญญา วาทีสาธกกิจ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริรัตน์ สีสัจรัส
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा โทร. 08-7152-9256

ที่ ศร 0512.11/0139



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มกราคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประชนยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ รวีวรกุล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा โทร. 08-7152-9256

ที่ ศร 0512.11/0197



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มกราคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญรองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ชื่อนิสิต นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา โทร. 08-7152-9256

ที่ ศร 0512.11/๐1๙9



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

30 มกราคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลชำนาญการพิเศษและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายวินิตย์ หลงละเลิง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152
ข้อนี้สิด นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา โทร. 08-7152-9256

ที่ ศธ 0512.11/ 01๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประชนยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 74 คน โดยใช้โปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการรับประชนยาการศึกษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ และแผนการโทรศัพท์ติดตาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประชนยา แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประชนยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

นิตินิสิต

นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา โทร. 08-7152-9256



kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>

Asking for permission to use instrument Brief IPQ

2 ข้อความ

kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>
ถึง: e.broadbent@auckland.ac.nz, lizbroadbent@me.com

24 มีนาคม 2560 20:51

Dear Sir

My name is Miss Kulthida Sripaksa, a graduate student from Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with the topic of "The effect of illness perception program on medication adherence among hypertensive patients without complications".

As I was reviewing necessary articles for my topic, I found your research about the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) which was published earlier in Journal of Psychosomatic Research 2006 Jun; 60(6) : 631-7.

It is very interesting and I was interested in the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) designed to rapidly assess the cognitive and emotional representations of illness. I think Brief IPQ can evaluate illness perception and importance in hypertensive patients in my thesis. I would like to request for your permission to use content and The Brief IPQ to be factors in my thesis.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Miss Kulthida Sripaksa
Nursing Student, Nursing Faculty,
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Elizabeth Broadbent <lizbroadbent@me.com>
ถึง: kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>

25 มีนาคม 2560 03:22

Yes you may

Regards
Liz

[ข้อความที่ใส่รายชื่อผู้ส่งอัตโนมัติ]



kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>

Asking for permission to use instrument Brief IPQ

2 ข้อความ

 kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>
 ถึง: nsow001@yahoo.com

24 มีนาคม 2560 20:45

Dear Napaporn

My name is Miss Kulthida Sripaksa. I am a nursing in Master degree of Nursing Faculty, Chulalongkorn University, locate in Bangkok, Thailand. At the moment, I am now working on the thesis with the topic of "The effect of illness perception program on medication adherence among hypertensive patients without complications". According the reason above. I would be appreciated if you could give me the permission in using Thai version of Brief IPQ which was developed by you. Your permission will give great benefit for my study.

Thank you very much and I look forward to your response.

Best regards,

Miss Kulthida Sripaksa
 Nursing Student, Nursing Faculty,
 Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

 NAPAPORN SOWATTANANGOON <nsow001@yahoo.com>
 ถึง: kultida sripaksa <nukul007@gmail.com>

24 มีนาคม 2560 22:44

Dear Khun Kultida,

Thank you for your interest in using the Brief Illness Perception (BIPQ) Thai version.

You have the permission to use the BIPQ (Thai version) for your thesis, "The effect of illness perception program on medication adherence among hypertensive patients without complications".

Good luck for your thesis.

Kindly,
 Dr Napaporn Sowattanangoon

Sent from Yahoo Mail for iPhone
 [ข้อความที่ส่งมาอาจถูกย่อไว้]

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๙๔/๕๐๐



คณะกรรมการสุขภาพ
บริหารการ
เลขที่หนังสือรับ ๐๐๘๖
ว.ค.ป. 18.8.60
ทศ. ๐๙.๕๙ ๕.

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
 ๓๖ ถ.เลียบเนิน ต.วัดใหม่
 อ.เมือง จ.จันทบุรี-๒๒๐๐๐

๕ เมษายน ๒๕๖๐

คณะกรรมการสุขภาพ
แผนกสารบรรณ
เลขที่หนังสือรับ 1140
ว.ค.ป. 18.8.60
ทศ. 13.154

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง ๑. หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๗๘ ลว. ๓ ก.พ. ๒๕๖๐
 ๒. หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๖๗ ลว. ๓ ก.พ. ๒๕๖๐
 สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาแบบฟอร์มการขอใช้ประโยชน์งานวิจัยและงานสร้างสรรค์ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ๑. และ ๒. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ ขออนุญาตใช้เครื่องมือ
 การวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about medicines Questionnaire
 [BMQ]) และ แบบสอบถามความร่วมมือในการกินยา Medication Adherence Rating Scale (MARS) จาก
 งานวิจัยของ ดร.ยศพล เหลืองโสภณภา ดังความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางกาญจนา ร้อยนาค)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๓๙๓๒ ๕๗๘๑ ต่อ ๑๓๐๖-๗

โทรสาร ๐ ๓๙๓๓ ๐๐๘๐

E-mail : bcnpk@pi.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่รับเรื่อง: 1530
ว.ค.บ. 24 พ.ค. 60
เวลา: 8.55 น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนตลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐-๒๕๕๑-๕๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๕๑-๙๙๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๕๔๗๐๗
วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตัวรับทราบ
เลขที่หนังสือรับ 004/88
ว.ค.บ. ๑๗ พ.ค. 60
เวลา 13.34 น.

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๑๔๐ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๐

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : "ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน" โดยมี ผศ.ดร.นรลัทธน์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: "แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อ"(The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ])

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวปิ่นทอง ผึ้งดอกไม้ (พ.ศ. ๒๕๕๖) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน" หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ผศ.ดร.วิษุตา เจริญกิจการ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว **ยินดีอนุญาตให้** นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔

...../๒.

- ๒ -

มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงาน หลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการขอใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเอง หรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนา หลักฐานการโอนเงิน ส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidlo.ac.th เอกสารตัวจริง ส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

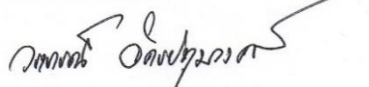
เลขที่ ๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณี อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.





คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๖๐/๑๑๐

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๒ - ๖๐ - ๓๒ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา
ที่ทำงาน	ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ
 เสด็จจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
 ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชูศักดิ์ โอภาศเจริญ)

วันที่รับรอง ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๐
 ระยะเวลาในการศึกษา ๕ เดือน



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐
 โทร. (๐๒) ๒๐๑-๑๐๐๐


Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
 270 Rama VI Road, Ratchathewi, Bangkok 10400, Thailand
 Tel. (662) 201-1000

Documentary Proof of Ethical Clearance
Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

No MURA2017/110

Title of Project	The Effect of Illness Perception Program on Medication Adherence among Hypertensive Patients without Complications
Protocol Number	ID 02 – 60 – 32
Principal Investigator	Miss Kulthida Sripaksa
Official Address	Nursing Services Department Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

The aforementioned project has been reviewed and approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Chairman Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects	 Asst. Prof. Chusak Okascharoen, M.D.
---	---

Date of Approval	March 13, 2017
Duration of Study	5 Months

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่พอใจ
จากผู้วิจัย ชื่อนางสาวกุลธิดา ศรีปักษา ที่อยู่ (บ้าน) 36/5 หมู่ 4 ตำบลคลองจินดา อำเภอสามพราน
จังหวัดนครปฐม 73110 (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลรามาริบัติ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขต
ราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์มือถือ 087-1529256 ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ความ
เสี่ยง/ อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไร
ก็ได้ ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ แก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆ ที่
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบ
ยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่/ วันที่

.....

สถานที่/ วันที่

.....

สถานที่/ วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา

ลงนามผู้วิจัย

.....

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลรามาริบัติ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-2012700

โทรศัพท์มือถือ 087-1529256 E-mail : nukul007@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและเปรียบเทียบความร่วมมือในการประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการพยาบาลตามปกติ กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

4.1 ประชากรในการวิจัยได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18-59 ปีบริบูรณ์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

4.2 โปรแกรมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ มีการดำเนินการตั้งแต่วันที่พบผู้ป่วยและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ ความเชื่อมั่น เพื่อการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย วิเคราะห์และค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ใช้เวลา 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 1 ข้อมูลที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตำราเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อจัดทำคู่มือสำหรับผู้ป่วย ทบทวนความรู้ที่ได้ด้วยตนเอง โดยมีเนื้อหาการให้ความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูง เรื่องความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้เวลา 30-40 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 เพื่อเตือนความจำในการรับประทานยา ทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยาของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เน้นย้ำประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ประเมินปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมทั้งหาทางแก้ไข เปิดโอกาสให้ซักถามสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจ ใช้เวลา 5-10 นาที (AAACN (2009) กำหนดว่า ระยะเวลาในการสนทนาแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่า 3 นาที ไม่เพียงพอต่อการสอบถามหรือแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน หากการสนทนาแต่ละครั้งใช้เวลาในการประเมินสุขภาพนานกว่า 10 นาที แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่อาจจำเป็นต้องมาพบแพทย์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพอย่างละเอียดเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลา 15-20 นาที

5. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 087-1529256 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. หากเข้าร่วมการวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันที และจะทำการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจากแพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลรามาริบัติ

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147; E-mail: eccu@chula.ac.th





เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย

เก็บข้อมูล () ก่อนทดลอง () หลังทดลอง

วันที่

แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ])

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about medicines Questionnaire [BMQ])

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ถูกต้อง และเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์
ส่วนของผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูล

1. เพศ
 () 1.ชาย () 2.หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส
 () 1.โสด () 2.คู่
 () 3.หม้าย () 4.หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ศาสนา
 () 1.พุทธ () 2.อิสลาม
 () 3.คริสต์ () 4.อื่นๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษา
 () 1.ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2.ประถมศึกษา
 () 3.มัธยมศึกษาตอนต้น () 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย
 () 5.ปริญญาตรี () 6.สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
 () 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2.รับจ้าง
 () 3.ค้าขาย () 4.เกษตรกรรม
 () 5.รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ () 6.อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้
 () 1.พอใช้ เหลือเก็บ () 2.พอใช้ ไม่เหลือเก็บ
 () 3.ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน () 4.ไม่พอใช้ มีหนี้สิน
8. สิทธิการรักษา
 () 1.สิทธิประกันสุขภาพ () 2.ประกันสังคม
 () 3.สิทธิต้นสังกัด () 4.ชำระเงินสด
9. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง.....ปี
10. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาลดความดันโลหิตสูง
 () อ่านจากตำรา หนังสือ () ค้นคว้าจากอินเทอร์เน็ต
 () จากบุคลากรทางการแพทย์ () จากเพื่อน ครอบครัว
 () จากผู้ที่ภาวะความดันโลหิตสูง () อื่นๆ.....
11. เบอร์โทรศัพท์ที่ท่านสะดวกให้ติดต่อ

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล

10. ระดับความดันโลหิต/..... มิลลิเมตรปรอท

11. ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

1)

2)

3)

4)

5)



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในเรื่องการรับประทานยา

ลดความดันโลหิตสูงมากที่สุด

การเลือกให้ถ้อยแถลงดังนี้

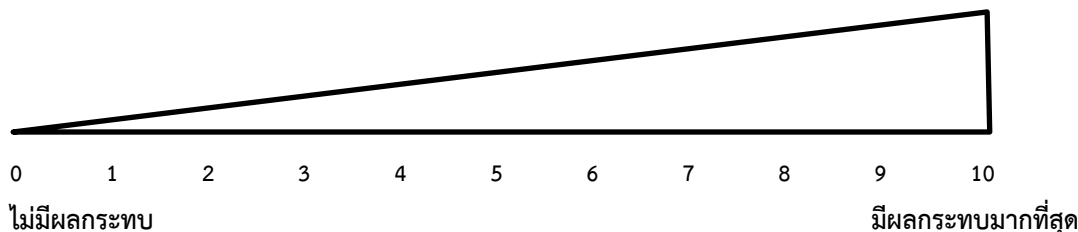
- | | | |
|----------------|---------|-------------------------------------|
| 1 = ประจำ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ |
| 2 = บ่อยๆ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบ่อยๆ |
| 3 = บางครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นบางครั้ง |
| 4 = นานๆ ครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นนานๆ ครั้ง |
| 5 = ไม่เคย | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย |

ข้อ	ข้อความ	ประจำ	บ่อยๆ	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1.	ฉันลืมรับประทานยา					
2.	ฉันเปลี่ยนแปลงขนาดยา					
3.					
4.					
5.					

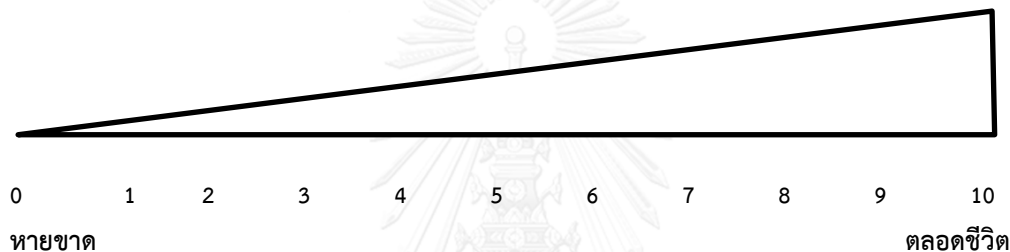
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย (The Brief Illness Perception Questionnaire [Brief-IPQ])

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย O ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน

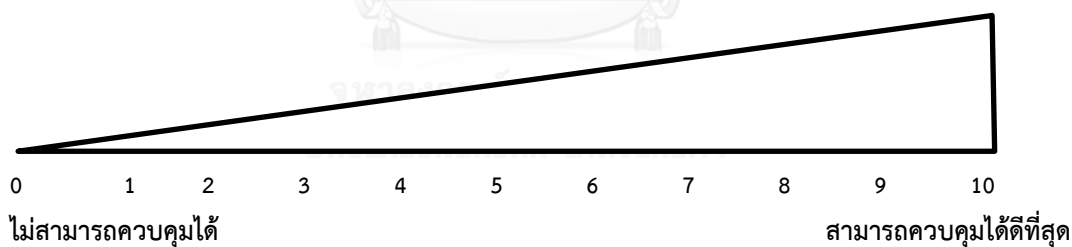
1. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



2. ท่านคิดว่าภาวะความดันโลหิตสูงของท่านจะคงอยู่นานเท่าไร



3. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้มากน้อยเพียงใด



4.

5.

6.

7.

8.

9.

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา (Beliefs about medicines
Questionnaire [BMQ])

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในเรื่องการรับประทานยา
ลดความดันโลหิตสูงมากที่สุด

การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา						
1.	ฉันเชื่อว่าสุขภาพของฉันทุกวันนี้ขึ้นอยู่กับรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์สั่ง					
2.	ฉันเชื่อว่ายาทุกชนิดมักมีผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์อยู่ในตัวมันเอง					
3.	ฉันเชื่อว่าภาวะความดันโลหิตของฉันคงแย่ลง ถ้าไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์					
4.					
..					
..					
18.					

แผนการสอน เรื่อง ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ผู้รับการสอน ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน อายุ 18- 59 ปี

สถานที่สอน หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี

ผู้สอน นางสาวอุธิดา ศรีปัทมา

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

1. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง
2. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ ด้านความจำเป็นการรับประทานยาและด้านความปลอดภัยความดันโลหิต
3. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกินยาแบบทั่วไป ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา
4. มีความรู้และเข้าใจเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิต

เวลาสอน 20-30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>วัตถุประสงค์</p> <p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจและให้ความสำคัญกับการสอน</p>	<p>เนื้อหา</p> <p>ขั้นนำ (5 นาที)</p> <p>ผู้สอนเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้สอนเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ภายหลังสร้างสัมพันธภาพ ผู้สอนแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอนในครั้งนี</p> <p>วัตถุประสงค์การสอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง 2. มีความรู้และเข้าใจเรื่องการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยต่อความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ ด้านความจำเป็นการรับประทานและด้านความกังวลการรับประทานยาลดความดันโลหิต 4. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต 	<p>กิจกรรมการสอน</p> <p>- ผู้สอนแนะนำตัวเองและกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสอนและระยะเวลาของการทำกิจกรรม</p>	-	<p>ประเมินผล</p> <p>- ประเมินสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความสนใจ ความตั้งใจ เช่น การซักถามข้อสงสัยต่างๆ</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกวัตถุประสงค์ของการสอนได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง	<p>ภาวะความดันโลหิตสูง (ขึ้นสอน 30 นาที)</p> <p>โรคหรือภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดแดงหรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจมีการบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>แบ่งตามระดับค่าความดันโลหิต</p> <p>ระดับความดันโลหิตปกติ ค่าความดันโลหิตไม่ควรเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>ระยะก่อนความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า</p> <p>ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140-159/90-99 มิลลิเมตรปรอท จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ</p> <p>ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ค่าความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ</p>	<p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง เช่น</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าผู้ป่วยด้วยโรคอะไร”</p> <p>“ท่านทราบหรือไม่ว่าภาวะความดันโลหิตสูงเกิดจากสาเหตุอะไร และมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง”</p>	<p>- คู่มือการรับประทานยา</p> <p>ลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอกได้ระยะเวลาของภาวะความดันโลหิตสูงได้</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกอาการภาวะความดันโลหิตสูงได้</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อน</p> <p>ภาวะความดันโลหิตสูงได้</p> <p>- ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบต่อภาวะความดันโลหิตสูงได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
วัตถุประสงค์	<p>แบ่งตามความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย</p> <p>ความรุนแรงระดับที่ 1 ตรวจไม่พบความเสียหายของอวัยวะ</p> <p>ความรุนแรงระดับที่ 2 ตรวจพบความเสียหายของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง จากอาการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจห้องกลางซ้ายโต - หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินาตีบ - มีโปรตีนในปัสสาวะ ครีเอตินีนในเลือดมากกว่า 2 mg/dl <p>ความรุนแรงระดับที่ 3 พบอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ็บแน่นหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว - สมอของขาดเลือดไปเลี้ยง - มีความผิดปกติของจอประสาทตา - ไตวาย ครีเอตินีนในเลือดมากกว่า 2 mg/dl <p>แบ่งตามสาเหตุ</p> <p>ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ความเครียด การรับประทานอาหารเสริม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น</p> <p>ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสาเหตุต่างๆแน่นอนซึ่งมีอยู่หลายชนิด</p>			<p>ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยสามารถบอกการรักษาและจุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>ได้แก่ โรคใดต่างๆ เช่น ไตอักเสบ ไตจากเบาหวาน โรคของต่อมไทรอยด์ จากการใช้ยาบางประเภท หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งถ้ารักษาสาเหตุ เหล่านี้แล้วความดันโลหิตจะกลับสู่ปกติ</p> <p>ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <ol style="list-style-type: none"> พันธุกรรม พ่อ แม่ พี่ น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง เชื้อชาติ พบในคนผิวดำ เพศ : ผู้ชาย อายุ > 45 ปี ผู้หญิง อายุ > 65 ปี <p>ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้</p> <ol style="list-style-type: none"> ความอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ความเครียด <p>อาการของภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>ส่วนใหญ่ในระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงที่เฉพาะเจาะจง ส่วนน้อยจะมีอาการปวดศีรษะ หายใจหอบ รู้สึกตึงๆ บริเวณต้นคอ เวียนศีรษะ ซึ่งมักมีอาการหลังตื่นนอนและอาจทุเลาลงไปได้เองหลังเริ่มมีการปฏิบัติ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>กิจกรรมประจำวัน สำหรับในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะพบอาการที่บ่งถึงความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก ขาหรืออ่อนแรงของแขนขา ตัวมึนหรือตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นชั่วคราว บวมที่เท้าเวลาบ่ายหรือเย็น เป็นต้น</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง</p> <p>ระบบหลอดเลือดสมอง</p> <p>ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะทำให้แรงดันในหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก หรือทำให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แล้วสมองขาดเลือดไปเลี้ยง</p> <p>ระบบตา</p> <p>การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ตาอาจมัวถึงตาบอด</p> <p>เนื่องจากหลอดเลือดในตา ตีบ แคบ</p> <p>ระบบหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบแคบและแข็งตัว ส่งผล</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>ให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ห้องล้างชามอัตโนมัติ การคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้</p> <p>ระบบไต</p> <p>หากควบคุมความดันโลหิตไม่เป็นที่ตามเกณฑ์ ส่งผลให้อัตราการกรองของเสียที่หน่วยไตลดลงและนำไปสู่ภาวะไตวาย จนถึงไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้</p> <p>จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติหรือตามเป้าหมาย 2. ป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย เป็นต้น 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต สุขภาพร่างกายและสุขภาพทางใจที่ดี <p>แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา 2. การรักษาโดยใช้ยา 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโดยการ ใช้ยา</p> <p>1. ยาขับปัสสาวะ (diuretic) ได้แก่ Thiazide</p> <p>ชื่อสามัญ Thiazide</p> <p>การออกฤทธิ์ เพิ่มการดูดแคลเซียมกลับเข้ากระแสเลือดมากขึ้น และลดการดูดกลับของโซเดียม ทำให้เพิ่มกระบวนการ แลกเปลี่ยนและเคลื่อนย้ายระหว่างเกลือโซเดียมและ แคลเซียม ทำให้สามารถขับน้ำออกจากรหลอดเลือด มีการขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อปริมาตรเลือดใน หลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง</p> <p>วิธีใช้ยา ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ ระบุบนฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ และห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์</p> <p>ผลข้างเคียง อาจพบอาการ เวียนศีรษะ ตาพร่า เบื่ออาหาร มีผื่น คัน รู้สึกไม่สบายในช่องท้อง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย อาจพบอาการแพ้แสงแดดในผู้ป่วยบางราย อาจพบ ภาวะโพแทสเซียมในร่างกายมีระดับต่ำ (อาการ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก หัวใจเต้น ผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ)</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>คำแนะนํ้า</p> <p>ยาศับปัสสาวะ ทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องนํ้าบ่อยกว่าปกติ บางรายก็จำเป็นต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ให้รับประทานยาหลังอาหารเช้าและเที่ยง ไม่ควรรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืน และต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน</p> <p>2. ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blocker (CCB)) ได้แก่ Amlodipine</p> <p>ชื่อสามัญ Amlodipine</p> <p>การออกฤทธิ์ ออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจและเส้นเลือดฝอยขยายตัว จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น</p> <p>วิธีใช้ยา ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ระบุบนฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์</p> <p>ผลข้างเคียง ผื่นคัน ผื่นลมพิษ บวมตามอวัยวะต่างๆ ทายใจลำบาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม</p>				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>คำแนะนำ หากมีอาการให้พยายามรับประทานต่อไปก่อน เมื่อร่างกายปรับตัวได้อาการก็จะทุเลาลงโดยไม่ต้องหยุดยา แต่หากเมื่อลองรับประทานต่อแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นอีกทั้งปวดหัวมากจนทนไม่ไหว ก็ให้กลับไปพบแพทย์ แต่ไม่ควรหยุดยาเองที่บ้านเป็นต้น</p> <p>3. ยาประเภทที่ยังไม่มีการสร้างแอนติโอเทนซินู (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) ได้แก่ Enalapril</p> <p>ชื่อสามัญ Enalapril</p> <p>การออกฤทธิ์ ตัวยายังคงการทำงานของมันควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดง จึงลดภาวะการหดตัว/บีบตัวของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง</p> <p>วิธีใช้ยา ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ระบุบนฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุ และห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์</p>			

วัตถุประสงค์	ผลข้างเคียง	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>ผลข้างเคียง</p> <p>คำแนะนำ</p>	<p>ที่พบบ่อยได้แก่ อาการไอแห้งๆ อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ เกิดอาการหน้ามืด อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาจมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย</p> <p>1. การรับประทานยา อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร</p> <p>2. หมั่นสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการไอแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลากลางคืน สามารถบรรเทาอาการได้ด้วยยาแก้ไอหรือรับประทานยาระงับอาการไอได้ แต่ในกรณีมีอาการเป็นมากจนสามารถปรับตัวได้ แต่ในกรณีมีอาการเป็นมากจนรบกวนคุณภาพชีวิต ควรแจ้งแพทย์ให้ทราบอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนยา</p> <p>3. แนะนำให้รับประทานยาในเวลาเดียวกันของทุกวัน และไม่ควรลืมดื่มน้ำ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>4. ยาประเภทที่ยับยั้งแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin receptor blocker) ได้แก่ Losartan</p> <p>ชื่อสามัญ Losartan</p> <p>การออกฤทธิ์ ตัวยาจะยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวจึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลง</p> <p>วิธีใช้ยา ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ระบุบนฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์</p> <p>ผลข้างเคียง อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ ง่วงนอน ใจสั่น ร้อนวูบวาบบริเวณใบหน้า อังเสียวท้องอืด และคลื่นไส้ได้</p> <p>คำแนะนำ 1. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 2. ไขมันสังเกตุอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะ ถ้ามีอาการมากควรแจ้งแพทย์ ผู้รักษาทราบไม่ควรซื้อยาบรรเทาปวดรับประทานเอง การรับประทานนี้อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ดังนั้นไม่ควรขับชื้อยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรและเปลี่ยนท่าทางอย่างซ้าๆ</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>4. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะด้านความจำเป็น การรับประทานยาและด้านความกังวลการรับประทานยาลดความดันโลหิต</p> <p>5. มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาแบบทั่วไป ด้านการใช้ยามากเกินไปและด้านอันตรายจากการรับประทานยา</p>	<p>3. หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานยาพร้อมอาหาร</p> <p>ความเชื่อเกี่ยวกับยา ความเชื่อที่เป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ตามความเข้าใจของตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน</p> <p>ด้านความจำเป็นการรับประทานยา คือ ความเชื่อที่บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา และยามีประสิทธิภาพในการรักษา</p> <p>คำแนะนำ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเอง ถึงแม้รู้สึกสบายดีหรือความดันโลหิตลดลงแล้วก็ตาม (การที่ความดันโลหิตลดลง ส่วนหนึ่งก็เป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่) การลดยาหรือหยุดยาควรให้หมอผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา เนื่องจากหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้</p>	<p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อร่วมสนทนาเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับยา เช่น “ท่านคิดว่าทำไมต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ” “ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างไร”</p>	<p>- คู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกความเชื่อเกี่ยวกับยาที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับประทานยาได้</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>ด้านความกังวลการรับประทานยา คือ ความเชื่อที่บุคคลคำนึงถึงผลข้างเคียงระยะยาวหรือ ผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ความกลัวที่ว่า รับประทานยามากๆ แล้วตับ/ไตจะพัง จึงหยุดยาเอง หรือรับประทาน เป็นบ้าง หยุดรับประทานบ้าง</p> <p>คำแนะนำ ยาที่ใช้ไม่โรคเรื้อรังมีศึกษาวิจัยและผ่านการทดลองใช้มาอย่าง ปลอดภัยเป็นระยะเวลาหลายปี และแพทย์ได้พิจารณาเลือกใช้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดโอกาสเกิดการไม่พึง ประสงค์จากยา หากเกิดการไม่พึงประสงค์จากยา ควรกลับมาพบ แพทย์โดยเร็วก่อนหยุดยา (สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หรือ หากผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ ควรโทรมาสอบถามเภสัชกร ก่อนที่จะหยุดยาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาจริงหรือไม่ สมควรหยุดยาหรือไม่) แต่หากผู้ป่วยขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นได้ มากกว่า</p> <p>ด้านการใช้ยามากเกินไป คือ ความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่ายาโดยทั่วไปนั้นถูกใช้มากเกินไป โดยแพทย์ ซึ่งถ้าแพทย์มีเวลาค่อยกับผู้ป่วยมากกว่านี้ ก็น่าจะทำให้สั่ง ยาให้ผู้ป่วยได้ลดลง</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>คำแนะนำ</p> <p>การใช้ยาที่ปลอดภัยที่สุด คือ ใช้ต่อเมื่อจำเป็นจริงๆ ซึ่งแพทย์ต้องหาสาเหตุการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสาเหตุใดก่อนจะพิจารณารักษาด้วยยา ในผู้ป่วยแต่ละรายการรักษาด้วยยาไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรคและสภาวะร่างกายของแต่ละคน ผู้ป่วยบางรายใช้ยาเพียงชนิดเดียวก็ควบคุมโรคได้ บางรายอาจต้องใช้ยา 2 - 3 ชนิด หรือมากกว่านั้นจึงจะสามารถควบคุมได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาให้ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง ต้องใส่ใจฉลากบ่งวิธีใช้ ต้องอ่านให้ละเอียด การออกฤทธิ์ ขนาด สัดส่วนในการใช้ ข้อปฏิบัติในการใช้ ข้อห้าม รวมถึงข้อควรระวังของยาตัวนั้นๆ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษา</p> <p>ด้านอันตรายจากการรับประทานยา</p> <p>คือ ความเชื่อที่บุคคลเชื่อกันว่าเป็นสารที่มีพิษ หรือสารเสพติดรูปแบบหนึ่ง โดยส่วนใหญ่เมื่อรับประทานแล้วจะทำให้เกิดการติดยาได้ ดังนั้นควรหยุดการรับประทานย้างบเป็นเวลา หลีกเลี่ยง วัน แล้วย่อยกลับมารับประทานต่ออีกครั้ง</p>			

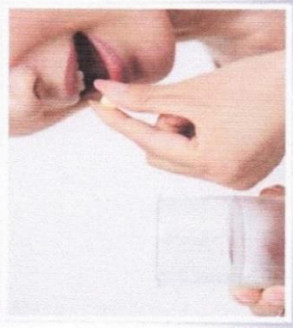
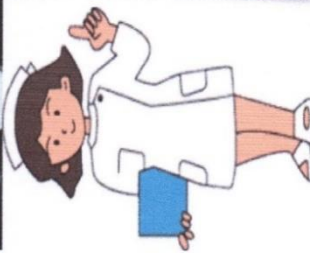
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>คำแนะนำ</p> <p>ระยะเวลาของการรับประทานขึ้นอยู่กับประเภทของกรรักษา ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ยาที่ใช้รักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด แก้คัน ยาในกลุ่มนี้ใช้เฉพาะเวลามีอาการ ถ้าไม่มีอาการก็ไม่ต้องรับประทาน เพราะไม่มีผลดีในระยะยาว ถ้ารับประทานไปนานๆแล้วจะติด ไม่เป็นประโยชน์และเป็นอันตรายอีกด้วย ยาที่ใช้เพื่อรักษาหรือควบคุมโรคในช่วงเวลาหนึ่งหรือให้ครั้งเดียว เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดต่างๆ ยาในกลุ่มนี้ต้องรับประทานให้ครบตามที่แพทย์สั่ง หอไม่มีอาการก็หยุดยา ซึ่งจะทำให้รักษาไม่หายขาด และเกิดเชื้อยาคืนครั้งหน้า ยาที่ให้เพื่อป้องกันโรคหรือลดอัตราการเกิดโรค มีผลดีในระยะยาวแก่ผู้ป่วย เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับไขมันในเลือด ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต การรับประทานอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์มากกว่าไม่รับประทานยา เนื่องจากช่วยควบคุมโรคและป้องกันกาเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>4. หากเกิดอาการข้างเคียงจากยา ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้ง</p> <p>5. ผู้ป่วยควรศึกษาชื่อยา ขนาดความแรงของยาที่ใช้ ลักษณะของยาแต่ละชนิดที่รับประทานอยู่เป็นประจำ และควรตรวจสอบวิธีรับประทานยาทุกครั้งที่ยาชุดใหม่ เพื่อจะได้ทราบว่ามีการปรับเปลี่ยนยาหรือไม่</p> <p>6. เพื่อป้องกันอาการหยาบผิด สัมรับประทานยาหรือรับประทานยาเข้าเกินขนาดจากกรหลงลืม อาจจัดยาใส่กล่องเตรียมยาเป็นมื้อๆในแต่ละวัน เพื่อสามารถตรวจสอบได้ว่ารับประทานยาไปมือนั้นๆ แล้วหรือยัง</p> <p>7. ในกรณีที่มีรับประทานยาตามคำแนะนำแล้วก็ตาม ถ้าลืมกินยาแล้วยังเหลือเวลาอีกนานกว่าจะถึงเวลาของยามื้อต่อไปให้รับประทานยานั้นทันที แต่ถ้าลืมยาในกรณีที่เกิดกับยามื้อต่อไปแล้วงมมื้อที่ลืมและรับประทานมื้อต่อไปได้เลย</p> <p>8. หากมียากำเทือ ควรนำยาคิดตัวไปด้วย เพื่อที่แพทย์และเภสัชกรจะได้ช่วยตรวจสอบยาที่ใช้อยู่กับที่แพทย์สั่งให้ใหม่ เช่น เก็บยาที่แพทย์สั่งเลิกใช้ออกไป หรือเปลี่ยนฉลากยาให้ใหม่ในกรณีแพทย์เปลี่ยนขนาดยา</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p>9. ทักทายทัก หรือทักทาย ทักมาทักทาย ให้มาโรงพยาบาลก่อน วันนั้นได้ หรืออาจนำตัวอย่างไปซื้อจากร้านยาแทนชั่วคราวได้ แต่ต้องมีชื่อยาและขนาดยาที่ชัดเจนไปแสดงด้วย</p> <p>10. ถ้าใช้ยาอื่นๆ ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ มียาหลายชนิดที่อาจส่งผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง</p> <p>11. ไม่ควรใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของผู้อื่น หรือ นำยาของตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทานเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้ เนื่องจากสภาพร่างกายของแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น อาจมีอาการการทำงานของไตบกพร่อง หรือมีภาวะโรคอื่นหรือยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นข้อห้ามใช้ยาได้</p> <p>ขั้นสรุป (5 นาที)</p> <p>เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับยาสำหรับการรักษา และจะต้องมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ความร่วมมือในการรับประทานจึงมีความสำคัญ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานอย่างถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา รับประทานควบคู่กับปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาเพื่อประสิทธิภาพของการรักษา</p>			

คู่มือการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูง

อย่างสม่ำเสมอ



จัดทำโดย.....นางสาวกุลธิดา ศรีปีक्षा
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ผ.ดร.นรลัทธิน เอื้อกิจ

คำนำ

ภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาเป็นระยะเวลานานและพบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของคนไทย เป็น “ภัยเงียบ” ที่เพิ่มโอกาสเป็นอัมพาต หลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไตวาย โดยอาจไม่มีอาการอะไรนมาก่อน ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในกระบวนการรักษาให้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คือ ตัวผู้ป่วยเอง โดยปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมและความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความร่วมมือในการใช้ยา เพื่อลดความดันโลหิต ให้ปกติ ไม่ใช้รักษาอาการไม่สบาย แต่เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

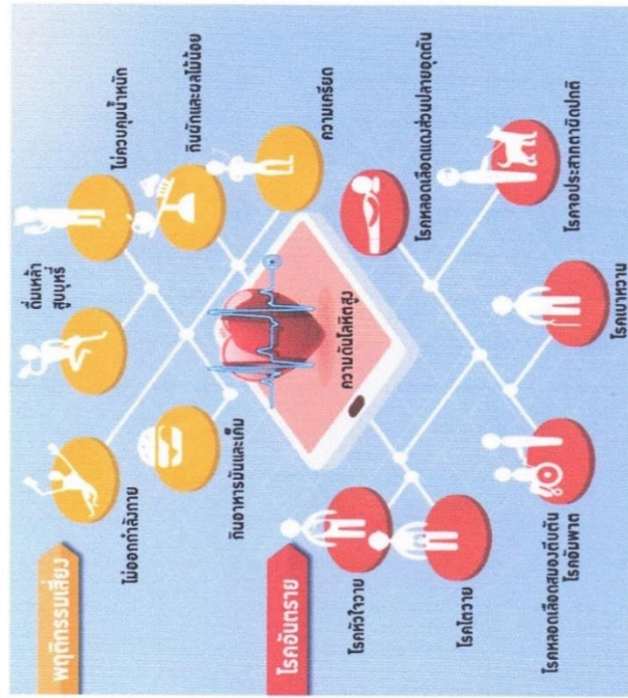
การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกรรับประทานยา จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรับประทานยารักษาภาวะความดันโลหิตสูงได้เป็นอย่างดี

กุลธิดา ศรีปีक्षा

สารบัญ

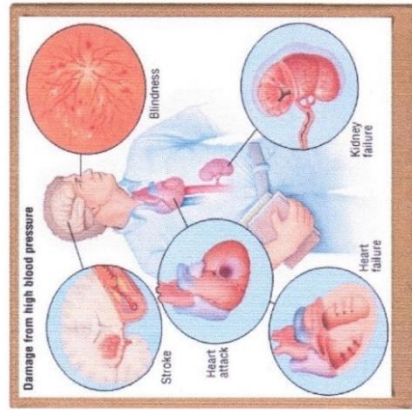
เนื้อหา	หน้า
ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง	3
ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูง	3
ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง	5
อาการของภาวะความดันโลหิตสูง	6
ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง	6
จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	7
แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง	7
ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	12
ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	12
ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยา	15
สรุป	16

ภาวะความดันโลหิตสูง



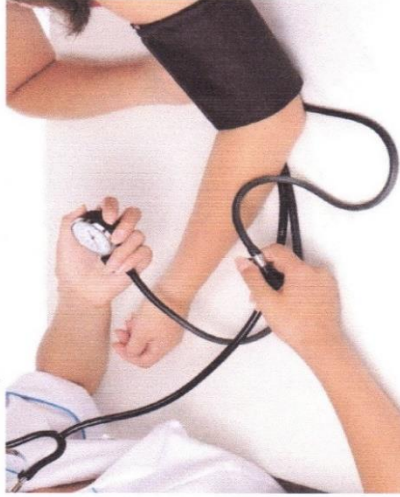
ความดันโลหิตสูง

โรคหรือภาวะที่แรงดันในหลอดเลือดแดงหรือระดับความดันโลหิตขณะ หัวใจมีการบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท



ประเภทของภาวะความดันโลหิตสูง

แบ่งตามระดับค่าความดันโลหิต
แบ่งตามระดับค่าความดันโลหิต
แบ่งตามสาเหตุ



ความดันโลหิตสูงมีกี่ระดับ

ในคนปกติที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ค่าความดันโลหิตไม่ควรเกิน 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า

ผู้ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังเกณฑ์ต่อไปนี้

ระดับความดันโลหิต	ค่าความดันโลหิต	ค่าความดันโลหิต	คำแนะนำ
ปกติ	น้อยกว่า 120 มม.ปรอท	น้อยกว่า 80 มม.ปรอท	มาตรวจทุก 1 ปี
สูงกว่าปกติ	120-139 มม.ปรอท	80-89 มม.ปรอท	มาตรวจทุก 6 เดือน
สูงระดับที่ 1	140-159 มม.ปรอท	90-99 มม.ปรอท	มาตรวจอย่างน้อยทุก 2 เดือน
สูงระดับที่ 2	ตั้งแต่ 160 มม.ปรอท ขึ้นไป	ตั้งแต่ 100 มม.ปรอท ขึ้นไป	มาตรวจตามนัด

ความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกทำลาย

<p>ความรุนแรงระดับที่ 1</p> <p>ตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะ</p>
<p>ความรุนแรงระดับที่ 2</p> <p>ตรวจพบความเสื่อมของอวัยวะอย่างน้อย 1 อย่าง จากอาการต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หัวใจห้องซ้ายโต - หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินาตีบ - มีโปรตีนในปัสสาวะ ครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2 mg/dl
<p>ความรุนแรงระดับที่ 3</p> <p>พบอาการแสดงของอวัยวะที่ถูกทำลาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - เจ็บแน่นหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว - สมองขาดเลือดไปเลี้ยง - มีความผิดปกติของจอประสาทตา - ไตวาย ครีเอตินินในเลือดมากกว่า 2 mg/dl

แบ่งตามสาเหตุ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ

พบได้ประมาณร้อยละ 90-95 มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ ความเครียด การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ

พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 เกิดจากสาเหตุต่างๆแน่นอนซึ่งมีอยู่หลายชนิด ได้แก่ โรคไตต่างๆ เช่น ไตอักเสบ ไตจากเบาหวาน โรคของต่อมไร้ท่อ จากการใช้อายบางประเภท หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งถ้ารักษาสาเหตุเหล่านี้แล้วความดันโลหิตจะกลับเข้าสู่ปกติ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

พันธุกรรม : พ่อ แม่ ที่ น้อยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 เชื้อชาติ : พบในคนผิวดำ
 เพศ : ผู้ชาย อายุ > 45 ปี
 ผู้หญิง อายุ > 65 ปี



ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้

ความอ้วน
 การดื่มแอลกอฮอล์
 ขาดการออกกำลังกาย
 การสูบบุหรี่
 อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง
 ความเครียด

ที่มา: <http://www.eldercairethailand.com>

อาการของความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการ อาการจะแสดงเมื่อโรคเป็นมากและเป็นมานานแล้ว อาการ เช่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในตอนเช้า อาจมีคลื่นไส้ บางรายตามัวได้

ในรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะพบอาการที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของอวัยวะที่ถูกรบกวน เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก ขาหรืออ่อนแรงของแขนขา ตัวบวมหรือขาข้างใดข้างหนึ่งบวมไม่เห็นข้อศอก รวมทั้งใช้เวลาถ่ายหรือเย็น เป็นต้น

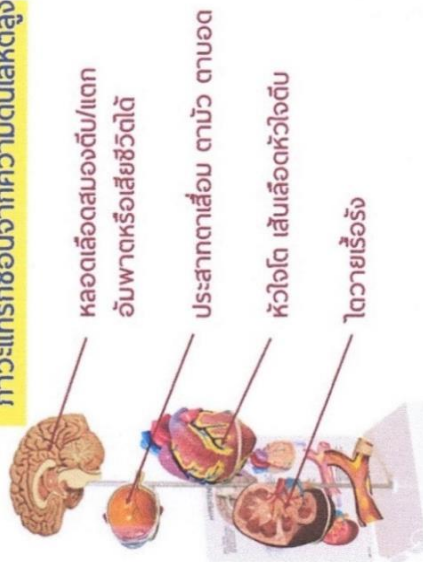


ที่มา: <http://www.morsingherthai.com>

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงต่อร่างกายในระบบต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะ 4 ระบบนี้

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง



ที่มา: <http://med.mahidol.ac.th/medicalrecord/hv/BloodPressure-h2>

1. ระบบหลอดเลือดสมอง

ภาวะความดันโลหิตสูง จะทำให้แรงดันในหลอดเลือดสมองสูงขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองแตก หรือทำให้เกิดการอุดตันภายในหลอดเลือดสมองจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แล้วสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายเป็นก้อนเป็นแบบพินขึ้นที่หนัง

2. ระบบตา

การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานๆ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ตาอาจมัวถึงตาบอด เนื่องจากหลอดเลือดในตา ตีบ แตกหรือตัน

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบแคบและแข็งตัว ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต การคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้

4. ระบบไต

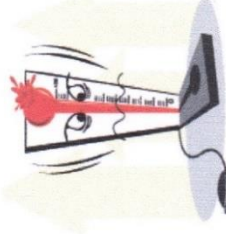
ความดันโลหิตสูงมีบทบาทอย่างมากต่อการทำลายไต หากควบคุมความดันโลหิตไม่เข้าไปตามเกณฑ์ ส่งผลให้อัตราการกรองของเสียที่หน่วยไตลดลงและนำไปสู่ภาวะไตวาย จนถึงไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้

จุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติหรือตามเป้าหมาย
2. ป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาจากภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย เป็นต้น
3. เพิ่มคุณภาพชีวิต สุขภาพที่ทั้งกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณ

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา
2. การรักษาโดยใช้ยา



ที่มา: <http://www.riskcomthai.org/th>

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

วิธีการ	คำแนะนำ	ผลการลดความดันโลหิต
ลดน้ำหนัก	ควบคุมดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม ²	ความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อการลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม  ที่มา: http://www.women-thai.com
การรับประทานอาหารที่เหมาะสม	เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ลดการรับประทานอาหารมันและไขมันอิ่มตัว	ความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท  ที่มา: http://webpatholab.com
จำกัดเกลือ	ลดการรับประทานเกลือโซเดียม น้อยกว่า 6 กรัม/วัน	ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท  ที่มา: http://www.thaihealth.or.th
ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์	ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท  ที่มา: http://younggirlteacher.blogspot.com
งดการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	งดการดื่มแอลกอฮอล์ 2 หน่วย งดการสูบบุหรี่ 1 หน่วย	ความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท  ที่มา: http://www.thaihealth.or.th
ลดความเครียด	ทำกิจกรรมที่ชอบทำ เล่นกีฬา อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ทำสมาธิ หรือควบคุมอารมณ์ไม่ให้ปะทุ	ช่วยลด ในผู้ที่มีความเครียด สูง ที่มา: http://www.thaihealth.or.th

แนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
โดยการใช้ยา

1. ยาขับปัสสาวะ (diuretic) ได้แก่ Thiazide
2. ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blocker [CCB]) ได้แก่ Amlodipine
3. ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้การสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin converting enzyme inhibitor: ACE) ได้แก่ Enalapril
4. ยาประเภทที่ยับยั้งแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin receptor blocker) ได้แก่ Losartan

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretic)



ชื่อสามัญ	Thiazide
การออกฤทธิ์	ยาเพิ่มการดูดแคลเซียมกลับเข้ากระแสเลือดมากขึ้นและลดการดูดกลับของโซเดียมที่ไต ทำให้สามารถขับน้ำออกจากร่างกายได้ มีฤทธิ์ขับปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง
วิธีใช้ยา	ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ได้รับใบสั่งยา ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
ผลข้างเคียง	เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว เบื่ออาหาร มีผื่นคัน รู้สึกไม่สบายในช่องท้อง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย โปแทสเซียมในร่างกายน้อยลง
คำแนะนำ	ยาขับปัสสาวะ ทำให้ผู้ที่รับประทานนั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติ บางรายก็จำเป็นต้องรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ให้รับประทานยาหลังอาหารเช้าและเที่ยง ไม่ควรรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปัสสาวะตอนกลางคืน และต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน

2. ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium channel blocker [CCB])



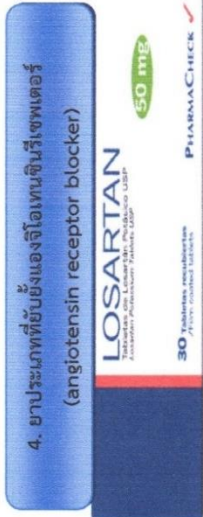
ชื่อสามัญ	Amlodipine
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจและเส้นเลือดฝอยขยายตัว จึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง นอกจากนี้ยังเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น
วิธีใช้ยา	ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ได้รับใบสั่งยา ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
ผลข้างเคียง	ผื่นคัน ผื่นลมพิษ บวมตามอวัยวะต่างๆ หายใจลำบาก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หมดสติ เป็นลม
คำแนะนำ	หากมีอาการให้พยายารับประทานยาต่อไปก่อน เมื่อร่างกายปรับตัวได้อาการก็จะทุเลาลงโดยไม่ต้องหยุดยา แต่หากเมื่อลองรับประทานต่อเนื่องแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นหรือมีอาการอื่นที่ไม่ไหว ก็ให้กลับไปพบแพทย์ แต่ไม่ควรหยุดยาเองอยู่ที่บ้านเป็นต้น

3. ยาประเภทที่ยังยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซินทู (angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI)



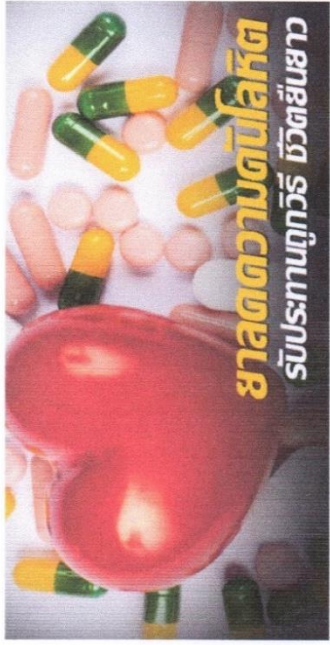
ชื่อสามัญ	Enalapril
การออกฤทธิ์	ตัวยายังยั้งการทำงานสารเคมีที่ควบคุมการบีบตัวของหลอดเลือดแดง จึงลดภาวะการหดตัว/บีบตัวของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง
วิธีใช้ยา	ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่จะบุนบน ฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยา ด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
ผลข้างเคียง	ที่พบบ่อยได้แก่ อาการไอแห้งๆ อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ เกิดอาการหน้ามืด อาจมีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาจมีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย

คำแนะนำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรับประทานยานี้ อาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ดังนั้นไม่ควรขับยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร 2. หมั่นสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการไอแห้งๆ โดยไม่มีเสมหะในเวลากลางคืน สามารถบรรเทาอาการได้ด้วยกรณั้มน้จิบน้ำ หรือรับประทานยอนิมิตที่ช่วยให้ชุ่มคอ ร่างกายจะสามารถปรับตัวได้ แต่ในกรณีมีอาการเป็นมากจน รับประทานยาปรับชีวิต ควรแจ้งแพทย์ให้ทราบอาจจำเป็นต้องเปลี่ยนยา 3. แนะนำให้รับประทานยาในเวลาเดียวกันของทุกวันและไม่ควรลืมดยา
---------	--

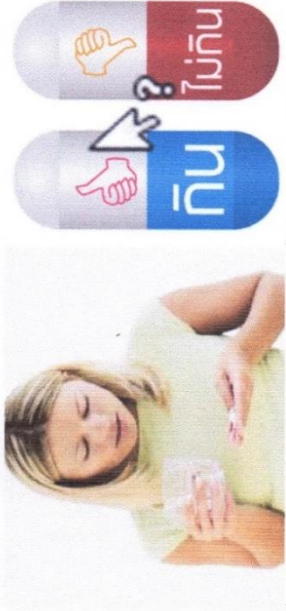


4. ยาประเภทที่ยับยั้งแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ (angiotensin receptor blocker)

ชื่อสามัญ	Losartan
การออกฤทธิ์	ตัวยายับยั้งการหดตัวของหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัวจึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดต่ำลง
วิธีใช้ยา	ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทานตามที่ระบุบนฉลาก ห้ามใช้ยามากกว่าหรือน้อยกว่าที่ระบุและห้ามหยุดใช้ยาด้วยตัวเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
ผลข้างเคียง	อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ หมดสติ ปวดศีรษะ ง่วงนอน ใจสั่น ร้อนวูบวาบบริเวณใบหน้า อ่อนเพลีย ท้องอืด และคลื่นไส้ได้
คำแนะนำ	<ol style="list-style-type: none"> หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมั่นสังเกตอาการจากผลข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะ ถ้ามีอาการมากควรแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบไม่ควรซื้อยาบรรเทาปวดรับประทานเอง การรับประทานยานี้อาจมีอาการวิงเวียนศีรษะ หมดสติ ดังนั้นไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร และเปลี่ยนเส้นทางอย่างช้าๆ หากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานยาพร้อมอาหาร



ที่มา: <http://www.thairath.co.th>



ที่มา: <http://women.thaiza.com>

ที่มา: <http://moodwarrior.blogspot.com>

ความร่วมมือในการรับประทานยา

ความร่วมมือในการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมของ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ในการ รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ โดย ผู้ป่วยไม่ปรับยาคือด้วยตนเอง รับประทานยาตามเวลา และไม่ลืม รับประทานยา ผู้ป่วยมีความเต็มใจรับประทานยาถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

ความเชื่อมักเป็นสิ่งที่มีงแน่นอนในตัวบุคคล เป็นการรับรู้ตาม ความเข้าใจของตนเอง ถ้าบุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดก็จะปฏิบัติ พฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อหรือความเข้าใจของตน

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบเฉพาะ ได้แก่

- ด้านความจำเป็นการรับประทานยา
- ด้านความกังวลการรับประทานยา

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาแบบทั่วไป ได้แก่

- ด้านการใช้ยามากเกินไป
- ด้านอันตรายจากการรับประทานยา

ความจำเป็นต่อการรับประทานยา

ความเชื่อของผู้ป่วย คือ การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษา

คำแนะนำ
การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาต่อเนื่องระยะยาว ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาเอง ถึงแม้ว่ารู้สึกสบายดีหรือความดันโลหิตลดลงแล้วก็ตาม (การที่ความดันโลหิตลดลง ส่วนหนึ่งก็เป็นเพราะผู้ป่วยรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตอยู่) การลดยาหรือหยุดยาควรให้หมอผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา เนื่องจากหากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ป่วยให้ความดันโลหิตสูงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้

ด้านความกังวลจากการรับประทานยา

ความเชื่อของผู้ป่วย คือ การคำนึงถึงผลข้างเคียงระยะยาวหรือผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น ความกลัวที่ว่ารับประทานยามากๆ แล้วตับ/ไตจะพัง จึงหยุดยาเอง หรือทานๆ หยุดๆ

คำแนะนำ
ยาที่ใช้ใช้โรคเรื้อรังมีศึกษาวิจัยและผ่านการทดลองใช้มาอย่างปลอดภัยเป็นระยะเวลาหลายปี และแพทย์ได้พิจารณาเลือกใช้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา หากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ควรกลับมาพบแพทย์โดยเร็วก่อนหยุดยา (สามารถพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หรือหากผู้ป่วยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ ควรโทรมาสอบถามเภสัชกรก่อนที่ จะหยุดยาว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลข้างเคียงจากยาจริงหรือไม่ สมควรหยุดยาหรือไม่) แต่หากผู้ป่วยขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นได้มากกว่า

ด้านการใช้ยามากเกินไป

ความเชื่อของผู้ป่วย คือ เป็นความเชื่อว่ายามีพิษร้ายแรงเกินไปโดยแพทย์ ซึ่งถ้าแพทย์มีเวลาคุยกับผู้ป่วยมากกว่านี้ ก็น่าจะทำได้สั่งยาให้ผู้ป่วยได้ลดลง

คำแนะนำ

การใช้ยาที่ปลอดภัยที่สุด คือ ใช้ต่อเมื่อจำเป็นจริงๆ ในผู้ป่วยแต่ละรายการรักษาด้วยยาไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและสภาวะร่างกายของแต่ละคน ผู้ป่วยบางรายใช้ยาเพียงชนิดเดียวก็ควบคุมโรคได้ แต่บางรายอาจต้องใช้ยา 2 - 3 ชนิด หรือมากกว่านั้นจึงจะสามารถควบคุมได้

ดังนั้นผู้ป่วยควรจะได้รับทราบยาให้ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง ต้องใส่ใจผลข้างเคียงของยา สัดส่วนการใช้ยา ข้อปฏิบัติในการใช้ยา รวมถึงข้อระวังของยาดังนั้นๆ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษา

ด้านอันตรายจากการรับประทานยา

ความเชื่อของผู้ป่วย คือ เป็นความเชื่อว่ายามีพิษและสารเคมีติดรูปแบบหนึ่ง โดยส่วนใหญ่เมื่อรับประทานแล้วจะติดได้ จึงควรหยุดการรับประทานยาบ้างเป็นเวลา ทหลาย ๆ วัน แล้วค่อยกลับมารับประทานต่ออีกครั้ง

คำแนะนำ

ระยะเวลาของการรับประทานขึ้นอยู่กับประเภทของการรักษา ได้แก่

ยาที่ใช้รักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด แก้คัน ยาในกลุ่มนี้ใช้เฉพาะเวลาที่มีอาการ ไม่มีผลดีในระยะยาว นอกจากนี้ไม่เป็นประโยชน์อาจเป็นอันตรายอีกด้วย

ยาที่ใช้รักษาหรือควบคุมโรคในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น ยาปฏิชีวนะต่างๆ ยาในกลุ่มนี้ต้องรับประทานให้ครบตามที่แพทย์สั่งจะทำให้รักษาโรคได้หายขาดและไม่เกิดการดื้อยา

ยาที่ใช้ป้องกันโรคหรือลดอัตราการเกิดโรค ส่วนใหญ่แล้วเป็นยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ยาลดไขมันในเลือด ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

1. การรักษาโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้นผู้ช่วยควรรับประทานยาต่อเนื่องตรงเวลาสม่ำเสมอทุกวัน
2. ควรไปพบแพทย์เป็นประจำตามกำหนดนัด หรืออาจไปก่อนนัดได้หากมีอาการผิดปกติขึ้น
3. ไม่ควรปรับขนาดยาหรือวิธีรับประทานยาเอง เพราะอาจทำให้ระดับความดันโลหิตลดต่ำลงจนเกิดอันตรายได้ และในทางตรงกันข้าม และไม่ควรลดยาด้วยตนเอง อาจส่งผลให้การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เต็มที่ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดอันตรายได้
4. หากเกิดอาการข้างเคียงจากยา ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้ง
5. ควรศึกษาชื่อยา ขนาดความแรงของยาที่ใช้ ลักษณะของยาแต่ละชนิดที่รับประทานอยู่เป็นประจำ และควรตรวจสอบวิธีรับประทานยาทุกครั้งที่ยาชุดใหม่ เพื่อจะได้ทราบว่ามีการปรับเปลี่ยนยาหรือไม่
6. เพื่อป้องกันอาการหิวยามืด สัมรับประทานยาหรือรับประทานยาข้ามกำหนดจากกรหลงลืม อาจจัดยาใส่กล่องเตรียมยาเป็นมื้อๆ ในแต่ละวัน เพื่อสามารถตรวจสอบได้ว่ารับประทานยาในเมื่อนั้นๆ แล้วหรือยัง

ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

7. ในกรณีที่มีรับประทานยาลดความดันโลหิต ถ้าลืมกินยาแล้วยังเหลือเวลาอีกนานกว่าจะถึงเวลาของยามื้อต่อไปให้รับประทานยานั้นทันที แต่ถ้าลืมยาในกรณีที่ไม่ได้กินยามื้อต่อไปแล้ว คมมื้อที่ลืมและรับประทานยามื้อต่อไปได้เลย
8. หากมียามากเหลือ ควรนำยามาคิดตัวไปด้วย เพื่อที่แพทย์และเภสัชกรจะได้ช่วยตรวจสอบยาที่ใช้อยู่กับที่แพทย์สั่งให้ใหม่ เช่น เก็บยาที่แพทย์สั่งเลิกใช้ออกไป หรือเปลี่ยนยาลูกยาใหม่ในกรณีที่แพทย์เปลี่ยนขนาดยาเดิม
9. ห้ามขาดยา หากขาดหรือหาย ให้มาโรงพยาบาลก่อนวันนัดได้ หรืออาจนำตัวอย่างไปแจ้งจากร้านยาแทนชั่วคราวได้ แต่ต้องมีชื่อยาและขนาดยาที่ชัดเจนไปแสดงด้วย
10. ถ้าใช้ยาอื่นๆ ควรแจ้งให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ มียาหลายชนิดที่อาจส่งผลต่อความดันโลหิตสูงของผู้อื่น หรือ น่ายาของตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทานเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้
11. ไม่ควรใช้ยาลดความดันโลหิตสูงของผู้อื่น หรือ น่ายาเนื่องจากสภาพร่างกายของแต่ละคนไม่เหมือนกัน เช่น อาจมีภาวะการทำงานของไตบกพร่อง หรือมีภาวะโรคอื่นหรือยาอื่นที่ใช้ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นข้อห้ามใช้ได้

สรุป

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับยาสำหรับการรักษา และจะต้องมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในระยะยาว ความร่วมมือในการรับประทานยามีความสำคัญ โดยผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างถูกชนิด ถูกขนาด ถูกวิธี ถูกเวลา บนพื้นฐานการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยจากภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับพื้นฐานการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ทั้งด้านความจำเป็นของการรับประทานยา ตามที่แพทย์พิจารณา ความกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และการรับรู้ข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยาเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



ที่มา: <http://pangnurse.blogspot.com>

ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมและรักษาโรค ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทั้งชนิด จำนวน ขนาดและเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

อ้างอิงเนื้อหา

- กำพล ศรีวัฒนกุล. (2545). คู่มือการใช้อุปกรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : สกายนุกส์
- พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน
- พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). ความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีตมา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2 (หน้า 133-145). กรุงเทพฯ: ยูนิดี ฟัลิเคชั่น.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป URL : [online] สืบค้นข้อมูล 20 มีนาคม 2559 at URL: สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/information.html>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D. T., et.al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. JAMA, 311(5), 507-520.
- Kaplan, N. M., & Victor, R. G. (2015). Kaplan's clinical hypertension (11sted.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer.
- http://www.healthymax.co.th/health_article.aspx?cat=1&itemid=11
- http://utaisuk.blogspot.com/2012/07/blog-post_25.html

อ้างอิงรูปภาพ

- <http://www.eldercarethailand.com>
- <http://www.exa.co.th>
- <https://www.med.mahidol.ac.th/medicalrecord/th/BloodPressure-th2>
- <http://www.moodwarrior.blogspot.com>
- <http://www.morsengherbthai.com>
- <http://www.pangnurse.blogspot.com>
- <http://www.proarg9forheart.blogspot.com>
- <http://www.riskcomthai.org/th>
- <http://www.shareherb.com>
- <http://www.syp.ac.th>
- <http://www.taapinnovation.com>
- <http://www.thaihealth.or.th>
- <http://www.thairath.co.th>
- <http://www.vachiraphuket.go.th>
- <http://www.news.voicetv.co.th>
- <http://www.women.thaiza.com>

แผนการโทรศัพท์ติดตาม

บทสนทนา แผนการโทรศัพท์ติดตาม

โทรศัพท์ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูลผู้ป่วย

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน ชื่อนางสาวกุลธิดา ศรีปักษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยค่ะ ขอเรียนสายคุณ(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)..... ค่ะ ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลนะคะ

“ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่ค่ะ ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกหรือไม่ค่ะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทนำต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ.....รบกวนติดต่อกลับหรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับใหม่ค่ะ”

บทนำ

“คุณ.....เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนหน้ามืด ไอ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ หรือเปล่าคะ” วันนี้ดิฉันโทรศัพท์มาติดตามและพูดคุยตามที่นัดกันไว้ค่ะ ก่อนอื่นดิฉันขอทบทวนกำหนดการและวัตถุประสงค์อีกครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้ค่ะ”

การโทรศัพท์ติดตามทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 2, 4, และ 6 ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 5-10 นาทีค่ะ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อติดตามความร่วมมือในการรับประทานยา
2. เพื่อทบทวนความรู้ตามคู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ที่ดิฉันได้มอบให้ก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ภาวะความดันโลหิตสูง ยาลดความดันโลหิตสูง และข้อควรปฏิบัติต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น “คุณรับประทานยาลดความดันโลหิต ทุกวันหรือไม่ค่ะ (ถ้าไม่) เพราะเหตุใดจึงไม่ได้รับประทานยาทุกวันคะ

- ลืมรับประทานยา
- รู้สึกว่ายาไม่ได้ผลในการรักษา
- ยาเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติอื่นๆ ระบุอาการ
- อื่นๆ กรุณาระบุเหตุผล

บทวนการรับรู้ตามคู่มือการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ โดยบทวนการรับรู้เกี่ยวกับ อาการของภาวะความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงมีระยะเวลาของโรคนานเท่าไร ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาหรือการควบคุมอาการของภาวะความดันโลหิตสูง โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยใช้คำถามในการสนทนาในลักษณะปลายเปิด เช่น คุณคิดว่าอาการของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไรคะ และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการผิดปกติจากภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่อย่างไร

บทสรุป

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทั้งชนิด จำนวน ขนาดและเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

นัดหมาย

หลังจบการสนทนา ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามในครั้งต่อไป “ดิฉัน ขออนุญาตโทรหาคุณอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ คือวันที่ เวลา นะคะ ในระหว่างนี้หากคุณต้องการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาหรืออาการที่ผิดปกติจากภาวะของโรค ดิฉันยินดีเป็นอย่างยิ่งค่ะ หรือหากไม่สะดวกต้องการยกเลิกการร่วมโครงการนี้ กรุณาติดต่อมาที่ดิฉัน ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏในขณะนี้ ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาที่มี้ค่าของคุณในวันนี้ สวัสดีค่ะ”

โทรศัพท์ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูลผู้ป่วย

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน ชื่อนางสาวกุลธิดา ศรีปักษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยค่ะ ขอเรียนสายคุณ(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)..... ค่ะ ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลนะคะ

“ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่ค่ะ ไม่ทราบว่าคุณ.....สะดวกหรือไม่คะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทนำต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ.....รบกวนติดต่อกลับหรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อ เพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับใหม่ค่ะ”

บทนำ

“คุณ.....เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนหน้ามืด ไอ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ หรือเปล่าคะ” วันนี้ดิฉันโทรศัพท์มาติดตามและพูดคุยตามที่นัดกันไว้ค่ะ”

เนื้อหา

สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น “คุณรับประทานยาลดความดันโลหิต ทุกวันหรือไม่คะ (ถ้าไม่) เพราะเหตุใดจึงไม่ได้รับประทานยาทุกวันคะ

- ลืมรับประทานยา
- รู้สึกว่ายายาไม่ได้ผลในการรักษา
- ยาเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติอื่นๆ ระบุอาการ
- อื่นๆ กรุณาระบุเหตุผล

บทวนการรับรู้เกี่ยวกับความจำเป็นในการรับประทานยาลดความดันโลหิตและความกังวลการรับประทานยาลดความดันโลหิต โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสนทนา โดยใช้คำถามในการสนทนาในลักษณะปลายเปิด เช่น อาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิตที่คุณรับประทานมีอะไรบ้างคะ และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยาหรือไม่อย่างไร

บทสรุป

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทั้งชนิด จำนวน ขนาดและเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

น้ดหมาย

หลังจบการสนทนา ทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามในครั้งต่อไป “ดีฉัน ขออนุญาตโทรหาคุณอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ คือวันที่ เวลา นะคะ ในระหว่างนี้หากคุณต้องการขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาหรืออาการที่ผิดปกติจากภาวะของโรค ดีฉันยินดีเป็นอย่างยิ่งค่ะ หรือหากไม่สะดวกต้องการยกเลิกการร่วมโครงการนี้ กรุณาติดต่อมาที่ดีฉัน ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ปรากฏในขณะนี้ ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาที่มีค่าของคุณในวันนี้ สวัสดีค่ะ”

โทรศัพท์ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 (ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที)

แนะนำตัว/ยืนยันข้อมูลผู้ป่วย

“สวัสดีค่ะ” ดิฉัน ชื่อนางสาวกุลธิดา ศรีปักษา จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยค่ะ ขอเรียนสายคุณ(ชื่อกลุ่มตัวอย่าง)..... ค่ะ ดิฉันโทรศัพท์มาตามที่ได้นัดหมายกันไว้ที่โรงพยาบาลนะค่ะ

“ดิฉันขอรบกวนเวลาสักครู่นะค่ะ ไม่ทราบว่า คุณ.....สะดวกหรือไม่ค่ะ” (ถ้าสะดวก) เริ่มบทนำต่อไป (ถ้าไม่สะดวก) รบกวนคุณ.....รบกวนติดต่อกลับหรือแจ้งช่วงเวลาที่สะดวกในการติดต่อเพื่อให้ดิฉันติดต่อกลับใหม่ค่ะ”

บทนำ

“คุณ.....เป็นอย่างไรบ้างคะ มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ วิงเวียนหน้ามืด ไอ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ หรือเปล่าคะ” วันนี้ดิฉันโทรศัพท์มาติดตามและพูดคุยตามที่นัดกันไว้ค่ะ”

เนื้อหา

ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การโทรศัพท์ครั้งนี้ จะเป็นการโทรศัพท์ติดตามครั้งสุดท้าย สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา โดยใช้คำถาม เช่น “คุณรับประทานยาลดความดันโลหิต ทุกวันหรือไม่ค่ะ (ถ้าไม่) เพราะเหตุใดจึงไม่ได้รับประทานยาทุกวันคะ

- ลืมรับประทานยา
- รู้สึกว่ายาไม่ได้ผลในการรักษา
- ยาเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติอื่นๆ ระบุอาการ
- อื่นๆ กรุณาระบุเหตุผล

บทวนการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ยามากเกินไปและอันตรายจากการรับประทานยาลดความดันโลหิต เช่น คุณคิดว่าการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องจะส่งเสียต่อร่างกายหรือไม่อย่างไร และในช่วง 5 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีอาการผิดปกติจากการรับประทานยาภาวะความดันโลหิตสูงหรือไม่อย่างไร จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างสรุปการรับรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงและยาที่ได้รับ พร้อมทั้งประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา โดยทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยฉบับย่อและแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

บทสรุป

เน้นย้ำว่าความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ห้ามปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง และต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทั้งชนิด จำนวน ขนาดและเวลา เพื่อประสิทธิภาพของการรักษา

นิตินัย

หลังจบการสนทนา ทำการนิตินัยเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาที่แผนผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี “ดิฉันขอนิตินัยเพื่อประเมินความร่วมมือในการรับประทานยารวมถึงติดตามระดับความดันโลหิต ตามนิตินัยเดิมของแพทย์ คือวันที่เวลา..... นะขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับเวลาที่มี้ค่าของคุณในวันนี้ สวัสดิ์ค่ะ”

สมุดประจำตัวผู้ช่วยที่มีภาวะ

ความดันโลหิตสูง



นางสาวสุธิดา ศรีปักษา
นิติพยาบาลอาสาสมัครทบวงไทย
คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 1
แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรคหัวใจ

ชื่อ- นามสกุลผู้ป่วย

.....

อายุ ปี

เบอร์โทรศัพท์

.....

ยาที่ผู้ป่วยได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

ความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 2

โทษที่พบความภาคภูมิใจ

ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 3

โทษที่พบความจำเป็นและความกังวลเกี่ยวกับ

การรับประทานยา

ปัญหาที่พบ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 4

โทรศัพท์ทบทวนการใช้ยามกเก็บไปและอื่นตรงจากการ
รับประทานยา

ปัญหาที่พบ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ครั้งที่ 5

แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ
การประเมินผล

ความพึงพอใจ มีติติเมตรพอ

ปัญหาที่พบ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

Cronbach's Alpha	N of Items
.774	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ลืมรับประทานยา	2.67	.547	30
เปลี่ยนแปลงขนาดยา	4.63	.809	30
หยุดรับประทานยาชั่วคราว	2.97	.615	30
ตัดสินใจหยุดรับประทานยาบางมื้อ	3.00	.695	30
รับประทานยาคำนวนน้อยกว่าที่สั่ง	4.50	.820	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ลืมรับประทานยา	15.10	5.266	.385	.779
เปลี่ยนแปลงขนาดยา	13.13	3.913	.614	.709
หยุดรับประทานยาชั่วคราว	14.80	4.510	.628	.710
ตัดสินใจหยุดรับประทานยาบางมื้อ	14.77	4.323	.597	.715
รับประทานยาคำนวนน้อยกว่าที่สั่ง	13.27	4.064	.542	.738

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17.77	6.530	2.555	5

ตารางที่ 8 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77 แสดงว่าแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยามีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ

Cronbach's Alpha	N of Items
.770	8



Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	1.43	.504	30
ความดันโลหิตจะคงอยู่นาน	5.27	1.202	30
สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิต	4.47	1.383	30
ยามีส่วนช่วยรักษา	5.00	1.114	30
อาการเนื่องจากภาวะความดันโลหิต	1.03	.669	30
กังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิต	2.70	1.803	30
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิต	4.93	1.202	30
ผลกระทบต่ออารมณ์	.90	1.845	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	24.30	40.631	.023	.789
ความดันโลหิตจะคงอยู่นาน	20.47	31.430	.605	.723
สามารถควบคุมภาวะความดัน โลหิต	21.27	30.340	.576	.725
ยามีสวนช่วยรักษา	20.73	30.133	.789	.696
อาการเนื่องจากภาวะความดัน โลหิต	24.70	38.631	.235	.776
กังวลเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิต	23.03	33.551	.202	.814
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความดัน โลหิต	20.80	28.855	.831	.683
ผลกระทบต่ออารมณ์	24.83	26.006	.618	.718

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
25.73	41.030	6.405	8

ตารางที่ 9 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อ ผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77 แสดงว่าแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยฉบับย่อมีค่าความเที่ยงในระดับดี

ตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.834	18

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
สุขภาพ	2.67	.606	30
ผลข้างเคียง	2.73	.450	30
ภาวะความดันโลหิตสูงคงแรงแลง	3.13	.507	30
เจ็บป่วย	3.17	.531	30
ช่วยป้องกันไม่ให้ฉันมีอาการแรงแลง	2.83	.461	30
กังวลใจ	3.73	.691	30
กังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาว	4.00	.000	30
พึงพายารักษา	3.90	.403	30
สับสนว่าควรรับประทาน	3.90	.403	30
รบกวนการดำเนินชีวิต	3.93	.365	30
ใช้เวลาคุย	2.90	.712	30
ยารักษาจำนวนมาก	3.67	.547	30
ไว้วางใจ	3.73	.450	30
ความสำคัญ	3.73	.450	30
การติดยา	3.27	.785	30
เกิดผลเสีย	3.40	.621	30
ในวันข้างหน้า	2.80	.407	30
ควรหยุดรับประทานยา	3.97	.183	30

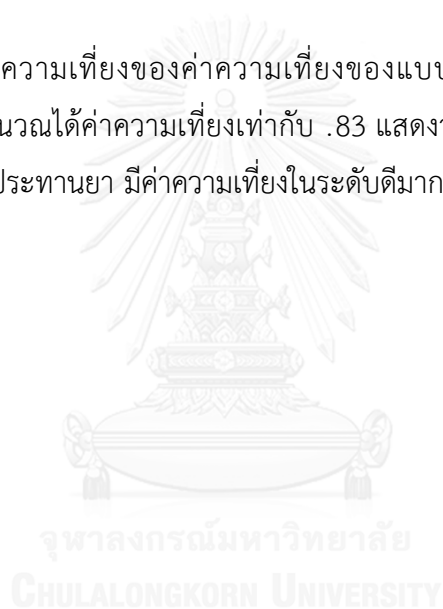
Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สุขภาพ	58.80	20.717	.162	.842
ผลข้างเคียง	58.73	20.409	.337	.830
ภาวะความดันโลหิตสูงคงแยะลง	58.33	19.885	.406	.827
เจ็บป่วย	58.30	19.597	.448	.825
ช่วยป้องกันไม่ให้อันมีอาการแยะ ลง	58.63	20.447	.317	.831
กังวลใจ	57.73	18.892	.434	.827
กังวลใจในผลข้างเคียงระยะยาว	57.47	21.982	.000	.837
พึงพายรักษา	57.57	19.082	.778	.812
สับสนว่าควรรับประทาน	57.57	19.426	.674	.816
รบกวนการดำเนินชีวิต	57.53	19.292	.797	.813
ใช้เวลาคุย	58.57	18.944	.408	.829
ยารักษาจำนวนมาก	57.80	18.786	.611	.815
ไว้วางใจ	57.73	19.995	.443	.825
ความสำคัญ	57.73	19.995	.443	.825
การติดยา	58.20	18.303	.456	.827
เกิดผลเสีย	58.07	18.892	.500	.822
ในวันข้างหน้า	58.67	21.126	.184	.836
ควรหยุดรับประทานยา	57.50	20.603	.811	.823

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
61.47	21.982	4.688	18

ตารางที่ 10 ค่าความเที่ยงของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการ
 รับประทานยาผลการคำนวณได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 แสดงว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม
 ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา มีค่าความเที่ยงในระดับดีมาก



ตารางที่ 11 คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยา					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	15	16	1	18	24	6
2	18	17	-1	19	25	6
3	17	15	-2	19	25	6
4	17	17	0	16	23	7
5	18	15	-3	16	22	6
6	17	16	-1	18	23	5
7	16	17	1	16	22	6
8	17	18	1	16	22	6
9	17	18	1	19	24	5
10	15	16	1	15	22	7
11	17	18	1	18	24	6
12	18	20	2	17	23	6
13	18	19	1	18	24	6
14	16	15	-1	18	24	6
15	19	20	1	20	25	5
16	16	19	3	17	22	5
17	17	19	2	18	24	6
18	16	19	3	17	23	6
19	19	19	0	20	25	5
20	15	15	0	19	25	6
21	16	16	0	17	23	6
22	16	17	1	18	23	5
\bar{x}	16.8	17.3	.5	17.7	23.5	5.8
SD	1.2	1.7	1.5	1.4	1.1	.6

ตารางที่ 12 คะแนนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	51	56	5	50	74	24
2	52	55	3	52	74	22
3	55	55	0	54	74	20
4	59	54	-5	54	73	19
5	57	54	-3	52	73	21
6	57	55	-2	52	72	20
7	57	55	-2	52	73	21
8	57	56	-1	52	74	22
9	57	53	-4	54	74	20
10	58	53	-5	52	73	21
11	60	52	-8	54	74	20
12	52	52	0	54	73	19
13	57	53	-4	54	73	19
14	59	56	-3	52	74	22
15	52	52	0	52	73	21
16	54	55	1	55	72	17
17	53	55	2	50	72	22
18	44	53	9	52	75	23
19	42	59	17	52	74	22
20	55	54	-1	52	72	20
21	53	54	1	49	72	23
22	52	56	4	47	69	32
\bar{x}	54.2	54.4	.2	52.1	73.0	20.9
SD	4.5	1.7	5.3	1.9	1.3	1.6

ตารางที่ 13 คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล ของ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง

คู่ที่	คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ผลต่าง
1	60	62	1	60	75	13
2	60	61	2	60	77	15
3	58	60	-3	60	76	16
4	43	43	4	44	76	14
5	43	43	2	44	76	12
6	45	45	0	44	76	16
7	41	41	7	44	77	13
8	40	40	5	44	78	18
9	41	41	5	44	78	15
10	43	43	3	44	77	14
11	43	43	2	43	75	11
12	44	44	1	44	76	13
13	42	42	11	43	77	15
14	43	43	-4	45	77	14
15	40	40	-1	45	77	14
16	40	40	-9	42	77	13
17	42	42	1	45	72	12
18	41	41	4	45	77	18
19	46	46	-3	46	78	20
20	43	43	-2	42	72	9
21	42	42	-2	43	72	9
22	43	43	1	46	74	11
\bar{x}	44.7	44.9	.2	46.2	75.9	29.7
SD	6.2	6.7	.1	5.7	1.9	5.9

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการรับประทานยารายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความร่วมมือการ รับประทานยา	กลุ่มควบคุม							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
1. ฉันทึ่มรับประทานยา	1.77	.685	1	3	1.86	.774	1	3
2. ฉันทึ่เปลี่ยนแปลงขนาดยา	3.77	.752	2	5	3.82	.795	2	5
3. ฉันทึ่หยุดรับประทานยา ชั่วคราว	3.50	.512	3	4	3.55	.510	3	4
4. ฉันทึ่ตัดสินใจหยุด รับประทานยาบางมึ่	3.55	.596	3	5	3.68	.568	3	5
5. ฉันทึ่รับประทานยาจำนวน น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.23	.685	3	5	4.41	.796	3	5
รวม	16.82	1.181			17.32	1.671		

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความร่วมมือในการรับประทานยารายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความร่วมมือการ รับประทานยา	กลุ่มทดลอง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
1. ฉันทึ่มรับประทานยา	1.91	.868	1	4	4.00	.690	3	5
2. ฉันทึ่เปลี่ยนแปลงขนาดยา	4.14	.774	3	5	5	.00	5	5
3. ฉันทึ่หยุดรับประทานยา ชั่วคราว	3.41	.666	2	4	4.77	.429	4	5
4. ฉันทึ่ตัดสินใจหยุด รับประทานยาบางมึ่	3.50	.673	2	4	4.77	.429	4	5
5. ฉันทึ่รับประทานยาจำนวน น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.73	.550	3	5	4.95	.213	4	5
รวม	17.68	1.359			23.50	1.102		

ตารางที่ 16 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และผลต่างของความดันโลหิตนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	ความดันโลหิตซิสโตลิก (n1=n2=22)					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	132	128	-4	140	135	-5
2	141	130	-11	128	125	-3
3	145	140	-5	130	132	2
4	135	136	1	129	127	-2
5	145	150	5	138	133	-5
6	135	140	5	132	128	-4
7	128	132	4	132	124	-8
8	144	135	-9	150	130	-20
9	130	132	2	135	124	-11
10	142	145	3	142	122	-20
11	135	142	7	132	131	-1
12	120	129	9	128	127	-1
13	159	158	-1	140	131	-9
14	145	143	-2	135	122	-13
15	138	136	-2	145	130	-15
16	137	135	-2	132	126	-6
17	152	149	-3	139	130	-9
18	143	142	-1	137	128	-9
19	131	139	8	135	133	-2
20	140	145	5	124	125	1
21	135	141	6	137	130	-7
22	142	140	-2	138	135	-3
\bar{x}	138.8	139.4	.6	135.4	128.6	-6.8
SD	8.4	7.4	1.1	6.1	3.9	1.3

ตารางที่ 17 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และผลต่างของความดันโลหิตนเป็นรายบุคคล ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (n1=n2=22)					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง
1	76	79	3	72	75	3
2	82	80	-2	76	65	-11
3	92	85	-7	72	67	-5
4	84	80	-4	84	78	-6
5	91	84	-7	72	66	-6
6	78	75	-3	79	65	-14
7	73	76	3	69	57	-12
8	85	82	-3	79	68	-11
9	80	79	-1	78	61	-17
10	81	82	1	82	69	-13
11	74	76	2	76	70	-6
12	74	80	6	68	59	-9
13	95	88	-7	82	71	-11
14	82	77	-5	79	64	-15
15	80	82	2	89	72	-17
16	79	74	-5	75	66	-9
17	84	79	-5	78	67	-11
18	90	85	-5	64	50	-14
19	70	79	9	72	57	-15
20	83	82	-1	79	75	-4
21	80	78	-2	72	68	-4
22	81	75	-6	72	67	-5
\bar{x}	81.6	79.9	-1.7	75.9	66.2	-9.6
SD	6.4	3.7	0.9	5.8	6.5	1.1

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของการรับรู้เกี่ยวกับ
ภาวะการเจ็บป่วยรายข้อ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการ เจ็บป่วย	กลุ่มควบคุม							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
1. กระทบต่อการดำเนินชีวิต ของท่านมากน้อยเพียงใด	8	1.840	2	10	8.27	.456	8	9
2. ภาวะความดันโลหิตสูงคง อยู่นานเท่าไร	1.86	.640	0	3	4.00	1.272	3	7
3. ท่านสามารถควบคุม ภาวะความดันโลหิตสูงได้ มากน้อยเพียงใด	4.05	.486	3	6	4.59	1.182	3	8
4. ยามีส่วนช่วยรักษาภาวะ ความดันโลหิตสูง ได้มาก น้อยเพียงใด	5.18	.853	4	7	4.82	1.296	4	10
5. ท่านมีอาการอัน เนื่องมาจากภาวะความ ดันโลหิตสูงมากน้อย เพียงใด	8.14	.710	6	10	8.18	.501	8	10
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับ ภาวะความดันโลหิตสูง มากน้อยเพียงใด	7.00	1.877	4	10	6.50	1.535	5	10
7. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะความดันโลหิตสูง ชัดเจนเพียงใด	5.45	.671	5	7	5.00	1.345	4	10
8. กระทบต่ออารมณ์ของ ท่านมากน้อยเพียงใด	9.50	.673	8	10	9.05	2.149	0	10
รวม	49.45	3.363			49.81	2.905		

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของการรับรู้เกี่ยวกับ
ภาวะการเจ็บป่วยรายชื่อของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการ เจ็บป่วย	กลุ่มทดลอง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
1. กระทบต่อการดำเนินชีวิต ของท่านมากน้อยเพียงใด	8.27	.631	8	10	9.64	.492	9	10
2. ภาวะความดันโลหิตสูงคง อยู่นานเท่าไร	1.82	3.95	1	2	10	0	10	10
3. ท่านสามารถควบคุมภาวะ ความดันโลหิตสูงได้มากน้อย เพียงใด	6.05	.375	5	7	8.09	.426	7	9
4. ยามีส่วนช่วยรักษาภาวะ ความดันโลหิตสูง ได้มาก น้อยเพียงใด	3.14	.640	2	4	8.55	.510	8	9
5. ท่านมีอาการอัน เนื่องมาจากภาวะความดัน โลหิตสูงมากน้อยเพียงใด	7.36	.790	8	10	9.32	.477	9	10
6. ท่านกังวลเกี่ยวกับภาวะ ความดันโลหิตสูงมากน้อย เพียงใด	8.68	.780	9	10	9.41	.503	9	10
7. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะความดันโลหิตสูง ชัดเจนเพียงใด	3.77	.528	2	4	8.05	.486	7	9
8. กระทบต่ออารมณ์ของ ท่านมากน้อยเพียงใด	8.82	1.01	8	10	10	0	10	10
รวม	47.9 1	2.467			73.05	1.253		

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ศึกษารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	กลุ่มควบคุม							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา								
1. สุขภาพของฉันทุกวันนี้ขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2.14	.351	2	3	2.68	.646	2	4
2. ยาทุกชนิดมักมีผลข้างเคียงหรือ อาการไม่พึงประสงค์อยู่ในตัวมันเอง	3.18	.395	3	4	2.82	.395	2	3
3. ภาวะความดันโลหิตสูงของฉันคง แย่ลง ถ้าไม่รับประทานยาตาม แผนการรักษาของแพทย์	2.05	.123	2	3	3.09	.426	2	4
4. ฉันคงเจ็บป่วยไปมากกว่านี้ ถ้า ไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2.05	.123	2	3	3.23	.528	2	4
5. ยาที่ฉันรับประทานตามที่แพทย์ สั่งช่วยป้องกันไม่ให้ฉันมีอาการของ โรคที่แย่ลง	2.64	.492	2	3	2.82	.501	2	4
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา								
6. ฉันกังวลใจกับการที่ต้อง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2	0	2	2	2.55	.510	2	3
7. บางครั้ง ฉันกังวลใจใน ผลข้างเคียงระยะยาวของยาตามที่ แพทย์สั่ง	2	0	2	2	2	0	2	2
8. บางครั้งฉันกังวลว่า ฉันพึ่งพา ยาตามที่แพทย์สั่งมากเกินไป	2	0	2	2	2.05	.213	2	3
9. ฉันรู้สึกสับสนว่าควรรับประทาน ยาหรือไม่ควรรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง	2	0	2	2	2.05	.213	2	3
10. การรับประทานยาตามที่แพทย์ สั่ง รบกวนการดำเนินชีวิตของฉัน	2.09	.294	2	3	2	0	2	2

ตารางที่ 20 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อ
เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการ รับประทานยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ ต้นโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป								
11. ถ้าแพทย์ใช้เวลาคุยกับผู้ป่วย นานกว่าที่เป็นอยู่น่าจะลดการใช้ ยารักษาผู้ป่วยลงได้	2.64	.492	2	3	2.77	.429	2	3
12. แพทย์สั่งยารักษาจำนวนมาก เกินไป	2.05	.213	2	3	2.32	.477	2	3
13. แพทย์ไ้วางใจต่อการรักษา ด้วยยามากเกินไป	2.05	.213	2	3	2.32	.477	2	3
14. แพทย์ให้ความสำคัญต่อการ รักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป	2	0	2	2	2.32	.477	2	3
ความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา								
15. ยาที่แพทย์สั่งส่วนใหญ่เมื่อ รับประทานแล้วจะเกิดการติดยา ได้	2.82	.395	2	3	2.55	.510	2	3
16. การรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่งจะเกิดผลเสียต่อร่างกาย มากกว่าผลดี	2.14	.351	2	3	2.55	.510	2	3
17. สุขภาพของฉันทันวันข้างหน้า ขึ้นอยู่กับรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง	3.59	.503	3	4	3.14	.351	3	5
18. ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ควรหยุด รับประทานยาเองได้บ้างเป็นครั้ง คราว	2.91	.868	2	4	2.82	.795	2	4
รวม	42.3	1.55			61.2	2.36		
	2	5			3	9		

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
ความเชื่อเฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการรับประทานยา								
1. สุขภาพของฉันทู่วันนี้ขึ้นอยู่กับ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2.18	.395	2	3	4	0	4	4
2. ยาทุกชนิดมักมีผลข้างเคียงหรือ อาการไม่พึงประสงค์อยู่ในตัวมัน เอง	3.18	.395	3	4	4.59	.503	4	5
3. ภาวะความดันโลหิตสูงของฉันท คงแย่ลง ถ้าไม่รับประทานยาตาม แผนการรักษาของแพทย์	2	0	2	2	4.32	.477	4	5
4. ฉันทคงเจ็บป่วยไปมากกว่านี้ ถ้า ไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2	0	2	2	4.18	.395	4	5
5. ยาที่ฉันทรับประทานตามที่แพทย์ สั่งช่วยป้องกันไม่ให้ฉันทมีอาการ ของโรคที่แย่ลง	3.45	.510	3	4	4.36	.492	4	5
ความเชื่อเฉพาะด้านความกังวลจากการรับประทานยา								
6. ฉันทกังวลใจกับการที่ต้อง รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2	0	2	2	4.64	.492	4	5
7. บางครั้ง ฉันทกังวลใจใน ผลข้างเคียงระยะยาวของยาตามที่ แพทย์สั่ง	2	0	2	2	4	0	4	4
8. บางครั้งฉันทกังวลว่า ฉันทพึ่งพา ยาตามที่แพทย์สั่งมากเกินไป	2	0	2	2	4.05	.213	4	5
9. ฉันทรู้สึกสับสนว่าควร รับประทานยาหรือไม่ควร รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	2	0	2	2	4.77	.429	4	5
10. การรับประทานยาตามที่ แพทย์สั่ง ครอบคลุมการดำเนินชีวิต ของฉันท	3	0	3	3	4	0	4	4

ตารางที่ 21 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ของความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยารายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

คะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการ รับประทานยารายชื่อ โลหิตสูง	กลุ่มทดลอง							
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	Min	Max	\bar{x}	SD	Min	Max
ความเชื่อทั่วไปด้านการใช้ยามากเกินไป								
11. ถ้าแพทย์ใช้เวลาคุยกับผู้ป่วยนานกว่าที่เป็นอยู่ น่าจะลดการใช้ยารักษาผู้ป่วยลงได้	2.14	.351	2	3	4.14	.351	4	5
12. แพทย์สั่งยารักษาจำนวนมากเกินไป	3	0	3	3	4.45	.510	4	5
13. แพทย์ไว้วางใจต่อการรักษาด้วยยามากเกินไป	2	0	2	2	4	0	4	4
14. แพทย์ให้ความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยด้วยยามากเกินไป	2.05	.213	2	3	4	0	4	4
ความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการรับประทานยา								
15. ยาที่แพทย์สั่งส่วนใหญ่เมื่อรับประทานแล้วจะเกิดการติดยาได้	2.45	.510	2	3	4.36	.492	4	5
16. การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจะเกิดผลเสียต่อร่างกายมากกว่าผลดี	2.05	.213	2	3	4	0	4	4
17. สุขภาพของฉันทันวันข้างหน้าขึ้นอยู่กับรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง	3.73	.456	3	4	4.05	.213	4	5
18. ผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา ควรหยุดรับประทานยาเองได้บ้างเป็นครั้งคราว	3	.816	2	4	4	0	4	4
รวม	44.1	1.09			75.9	1.87		
	8	7			1	5		

ตารางที่ 22 คะแนนและการแปลผลคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	ความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มควบคุม (n = 22)				ความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง (n = 22)			
	ก่อนทดลอง	แปลผล	หลังทดลอง	แปลผล	ก่อนทดลอง	แปลผล	หลังทดลอง	แปลผล
1	15	ต่ำ	16	ต่ำ	18	ต่ำ	24	สูง
2	18	ต่ำ	17	ต่ำ	19	ต่ำ	25	สูง
3	17	ต่ำ	15	ต่ำ	19	ต่ำ	25	สูง
4	17	ต่ำ	17	ต่ำ	16	ต่ำ	23	สูง
5	18	ต่ำ	15	ต่ำ	16	ต่ำ	22	สูง
6	17	ต่ำ	16	ต่ำ	18	ต่ำ	23	สูง
7	16	ต่ำ	17	ต่ำ	16	ต่ำ	22	สูง
8	17	ต่ำ	18	ต่ำ	16	ต่ำ	22	สูง
9	17	ต่ำ	18	ต่ำ	19	ต่ำ	24	สูง
10	15	ต่ำ	16	ต่ำ	15	ต่ำ	22	สูง
11	17	ต่ำ	18	ต่ำ	18	ต่ำ	24	สูง
12	18	ต่ำ	20	ต่ำ	17	ต่ำ	23	สูง
13	18	ต่ำ	19	ต่ำ	18	ต่ำ	24	สูง
14	16	ต่ำ	15	ต่ำ	18	ต่ำ	24	สูง
15	19	ต่ำ	20	ต่ำ	20	ต่ำ	25	สูง
16	16	ต่ำ	19	ต่ำ	17	ต่ำ	22	สูง
17	17	ต่ำ	19	ต่ำ	18	ต่ำ	24	สูง
18	16	ต่ำ	19	ต่ำ	17	ต่ำ	23	สูง
19	19	ต่ำ	19	ต่ำ	20	ต่ำ	25	สูง
20	15	ต่ำ	15	ต่ำ	19	ต่ำ	25	สูง
21	16	ต่ำ	16	ต่ำ	17	ต่ำ	23	สูง
22	16	ต่ำ	17	ต่ำ	18	ต่ำ	23	สูง

ตารางที่ 23 คะแนนและการแปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของ กลุ่มควบคุม (n = 22)				การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยของ กลุ่มทดลอง (n = 22)			
	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลัง ทดลอง	แปลผล	ก่อน ทดลอง	แปลผล	หลัง ทดลอง	แปล ผล
1	51	สูง	56	สูง	50	สูง	74	สูง
2	52	สูง	55	สูง	52	สูง	74	สูง
3	55	สูง	55	สูง	54	สูง	74	สูง
4	59	สูง	54	สูง	54	สูง	73	สูง
5	57	สูง	54	สูง	52	สูง	73	สูง
6	57	สูง	55	สูง	52	สูง	72	สูง
7	57	สูง	55	สูง	52	สูง	73	สูง
8	57	สูง	56	สูง	52	สูง	74	สูง
9	57	สูง	53	สูง	54	สูง	74	สูง
10	58	สูง	53	สูง	52	สูง	73	สูง
11	60	สูง	52	สูง	54	สูง	74	สูง
12	52	สูง	52	สูง	54	สูง	73	สูง
13	57	สูง	53	สูง	54	สูง	73	สูง
14	59	สูง	56	สูง	52	สูง	74	สูง
15	52	สูง	52	สูง	52	สูง	73	สูง
16	54	สูง	55	สูง	55	สูง	72	สูง
17	53	สูง	55	สูง	50	สูง	72	สูง
18	44	สูง	53	สูง	52	สูง	75	สูง
19	42	สูง	59	สูง	52	สูง	74	สูง
20	55	สูง	54	สูง	52	สูง	72	สูง
21	53	สูง	54	สูง	49	สูง	72	สูง
22	52	สูง	56	สูง	47	สูง	69	สูง

ตารางที่ 24 คะแนนและการแปลผลคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาของ กลุ่มควบคุม (n = 22)				ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา ของกลุ่มทดลอง (n = 22)			
	ก่อน ทดลอง	แปล ผล	หลัง ทดลอง	แปล ผล	ก่อน ทดลอง	แปล ผล	หลัง ทดลอง	แปล ผล
1	60	ต่ำ	62	ต่ำ	60	ต่ำ	75	สูง
2	60	ต่ำ	61	ต่ำ	60	ต่ำ	77	สูง
3	58	ต่ำ	60	ต่ำ	60	ต่ำ	76	สูง
4	43	ต่ำ	43	ต่ำ	44	ต่ำ	76	สูง
5	43	ต่ำ	43	ต่ำ	44	ต่ำ	76	สูง
6	45	ต่ำ	45	ต่ำ	44	ต่ำ	76	สูง
7	41	ต่ำ	41	ต่ำ	44	ต่ำ	77	สูง
8	40	ต่ำ	40	ต่ำ	44	ต่ำ	78	สูง
9	41	ต่ำ	41	ต่ำ	44	ต่ำ	78	สูง
10	43	ต่ำ	43	ต่ำ	44	ต่ำ	77	สูง
11	43	ต่ำ	43	ต่ำ	43	ต่ำ	75	สูง
12	44	ต่ำ	44	ต่ำ	44	ต่ำ	76	สูง
13	42	ต่ำ	42	ต่ำ	43	ต่ำ	77	สูง
14	43	ต่ำ	43	ต่ำ	45	ต่ำ	77	สูง
15	40	ต่ำ	40	ต่ำ	45	ต่ำ	77	สูง
16	40	ต่ำ	40	ต่ำ	42	ต่ำ	77	สูง
17	42	ต่ำ	42	ต่ำ	45	ต่ำ	72	สูง
18	41	ต่ำ	41	ต่ำ	45	ต่ำ	77	สูง
19	46	ต่ำ	46	ต่ำ	46	ต่ำ	78	สูง
20	43	ต่ำ	43	ต่ำ	42	ต่ำ	72	สูง
21	42	ต่ำ	42	ต่ำ	43	ต่ำ	72	สูง
22	43	ต่ำ	43	ต่ำ	46	ต่ำ	74	สูง

ตารางที่ 25 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลการความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
med_pre_c	.166	22	.117	.924	22	.094

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 25 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลการความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .094 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 26 การทดสอบค่าการกระจายของข้อมูลการความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
med_pre_x	.183	22	.052	.944	22	.237

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 26 พบว่าค่าการกระจายของข้อมูลการความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .778 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	med_post_c	17.32	22	1.673	.357
	med_pre_c	16.82	22	1.181	.252
Pair 2	med_post_x	23.50	22	1.102	.235
	med_pre_x	17.68	22	1.359	.290

Paired Samples Test

		Paired Differences							
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	med_post_c - med_pre_c	.500	1.472	.314	-.153	1.153	1.593	21	.126
	med_post_x - med_pre_x	5.818	.588	.125	5.557	6.079	46.372	21	.000

ตารางที่ 29 การทดสอบค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SBP_pre_c	.140	22	.200	.975	22	.828

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

จากตารางที่ 29 พบว่า ค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .828 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 30 การทดสอบค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DBP_pre_c	.123	22	.200	.965	22	.606

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

จากตารางที่ 30 พบว่า ค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .606 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 31 การทดสอบค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SBP_pre_x	.119	22	.200	.979	22	.899

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

จากตารางที่ 31 พบว่า ค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .899 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 32 การทดสอบค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DBP_pre_x	.157	22	.168	.973	22	.778

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 32 พบว่า ค่ากระจายของข้อมูลระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า Sig = .778 แปลว่ามีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SBP_pos_c	139.41	22	7.372	1.572
	SBP_pre_c	138.82	22	8.410	1.793
Pair 2	DBP_pos_c	79.86	22	3.655	.779
	DBP_pre_c	81.55	22	6.382	1.361
Pair 3	SBP_pos_x	128.55	22	3.900	.832
	SBP_pre_x	135.36	22	6.091	1.299
Pair 4	DBP_pos_x	66.23	22	6.546	1.396
	DBP_pre_x	75.86	22	5.784	1.233

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
					95% Confidence Interval of the Difference				
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower				Upper
Pair 1	SBP_pos_c - SBP_pre_c	.591	5.333	1.137	-1.774	2.956	.520	21	.609
	DBP_pos_c - DBP_pre_c	-1.682	4.412	.941	-3.638	.274	-1.788	21	.088
Pair 3	SBP_pos_x - SBP_pre_x	-6.818	6.107	1.302	-9.526	-4.110	-5.236	21	.000
	DBP_pos_x - DBP_pre_x	-9.636	5.048	1.076	-11.874	-7.398	-8.954	21	.000

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

Group Statistics

Group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
D_score SBP experiment	22	-6.82	6.107	1.302
control	22	.59	5.333	1.137
D_score DBP experiment	22	-9.64	5.048	1.076
control	22	-1.68	4.412	.941

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Dscore SBP	Equal variances assumed	.160	.691	-4.286	42	.000	-7.409	1.729	-10.898	-3.920
	Equal variances not assumed			-4.286	41.252	.000	-7.409	1.729	-10.900	-3.919
Dscore DBP	Equal variances assumed	.508	.480	-5.565	42	.000	-7.955	1.429	-10.839	-5.070
	Equal variances not assumed			-5.565	41.261	.000	-7.955	1.429	-10.841	-5.069

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกุลธิดา ศรีปักษา เกิดวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2528 ที่จังหวัดนครปฐม สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2550 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (Intensive Care Unit Medicine) และย้ายมาทำงานที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ.2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

