

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นภาวะที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ในปัจจุบันพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายทั่วโลก (Burt et al., 1995) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) 218,218 คน (สถิติสาธารณสุข, 2546) และเพิ่มขึ้นเป็น 265,636 คนในปี พ.ศ. 2547 (สถิติสาธารณสุข, 2547) และยังมีอัตราผู้เสียชีวิตด้วยภาวะนี้ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2543 ถึง 2546 คิดเป็น 18.9, 24.6, 26.6 และ 26.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าในปี พ.ศ. 2546 ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ (สถิติสาธารณสุข, 2546) จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยตลอด ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว รวมทั้งยังเป็นการป้องกันการเกิดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อบุคคลมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด คือ หลอดเลือดมีการแข็งตัวและความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญและพบบ่อย ได้แก่ โรคของหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (WHO, 2002; Chobanian et al., 2003) จากการศึกษาของ วงเดือน ปันดี (2539) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62 และโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 49 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะไตวายและการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในเรตินา ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดสายตามัวและตาบอดได้ในที่สุด (Castelli, 1982) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงยังมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อจิตใจ จากการศึกษาที่ควรเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สูญเสียบทบาทในสังคมและบทบาทในการทำงาน และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากรู้สึกเป็นภาระของบุคคลอื่นและครอบครัว (White, Richlor, & Fry, 1992) รวมทั้งยังทำให้เสียเวลาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงถึง 4 เท่า (Medical Expenditure Panel Survey cited in National Academy on an Aging Society, 2000) ดังนั้นการควบคุมและรักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ดังนั้นการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยที่เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ นั่นคือ การควบคุมความดันซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (WHO, 2002) ผู้ป่วยก็จะมีชีวิตที่ยืนยาวสามารถใช้ชีวิตเหมือนกับคนปกติได้ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสถานการณ์การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง แบบนิเกส และคณะ (Banegas et al., 2004) พบว่า ผู้ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระดับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทได้ มีเพียงร้อยละ 42 และผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระดับ 130/ 80 มิลลิเมตรปรอทได้ มีเพียงร้อยละ 12 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เด็ก โกลย์และคณะ (Degli et al., 2004) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึงร้อยละ 60 ส่วนการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูงของ เสาวนีย์ ศรีศิริกุลและคณะ (2542) พบว่า กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ (มากกว่า/ เท่ากับ 160/ 90 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 82.20 ดังนั้นการควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การรักษาและควบคุมความดันโลหิตแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยกลุ่มยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งการรักษาทั้ง 2 แนวทางควรจะดำเนินไปพร้อมกัน จึงจะช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ตามต้องการ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ดังเช่น การศึกษาของ เยียนนา โคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) และพาเทลและเทย์เลอร์ (Patel & Taylor, 2002) พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 15.0 และร้อยละ 67.7 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 60.4 เท่านั้นที่รับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (Hadi & Rostami-Gooran, 2004)

นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการรับประทานยาตามแผนการรักษาของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 35.9 และ 35.8 ตามลำดับ (Chapman et al., 2005) ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของแกรนดิ และคณะ (Gradi et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องน้อย โดย ร้อยละ 44 ยังเดิมเกลื่อระหว่างการทำอาหาร และรับประทานเนยแข็งหรือแฮมมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีเพียงร้อยละ 43 ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ แวน ฮอร์น และคณะ (Van Horn et al., 1997 cited in Martin et al., 2000) พบว่า ผู้ชายที่รับประทานอาหารนอกบ้านให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหารเช้าที่ถูกต้องน้อยกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเช้าที่บ้าน ส่วน มาร์ติน-เรย์ส และโรดริเกซ-โมแรน (Martin-Reyes & Rodriguez-Moran, 2001) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือด้านการรับประทานยามากที่สุด รองลงไปที่คือ ด้านการรับประทานอาหารเช้า และให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายน้อยที่สุด ดังนั้นเป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา ทั้งด้านการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ความร่วมมือในการรักษา (Adherence) ตามความหมายของ บาร์รอฟสกี (Barofsky, 1978 cited in Berg, 2002) คือ การปฏิบัติที่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกันระหว่างแนวทางของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ การที่ผู้ป่วยยึดมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมในบริบทการเจ็บป่วยของตนเอง และประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางสุขภาพในการรักษาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิต ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานยาตามความดันโลหิตอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจำกัดและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ การลดและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ การผ่อนคลายความเครียด และการมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (WHO, 2002) พฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อการควบคุมการดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น อย่างไรก็ตามมักพบเสมอว่า ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวายในระยะเวลาต่อมา (WHO, 2002; Chobanian et al., 2003) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการควบคุมความดันโลหิตสูง (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) ดังนั้น

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาโดยยึดมั่นในการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากการศึกษาความร่วมมือในการรักษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) พบว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดต่อพฤติกรรมเฉพาะ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ปัจจัยเหล่านี้จะต้องผ่านขั้นตอนของการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ และผู้ป่วยควรให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย ซึ่งเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้วก็จะบรรลุถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังผลการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .421, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.440, p < .001$) (ปราณี ทองพิลา, 2542) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($p < .001$) (วาสนา ครุฑเมือง, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงบางปัจจัย ได้แก่ การศึกษา เพศ และรายได้ ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน จากผลการวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมล้วนเป็นปัจจัยที่ได้รับการศึกษาอย่างชัดเจนแล้วว่ามีผลสัมพันธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ก็ คือความร่วมมือในการรักษานั้นเอง แต่ในส่วนของ เพศ อายุ อิทธิพลด้านสถานการณ์ และอิทธิพลระหว่างบุคคลยังคงไม่ชัดเจน ดังนั้นจึงนำมาศึกษาซ้ำในการศึกษาครั้งนี้

นอกจากนี้ พบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ รูปแบบการได้รับยา ในแต่ละวันและอาการข้างเคียงของยา และ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การบริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากการศึกษาของนักวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ เพศ และอายุ โดยเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ (Fodor et al., 2005; Naewbood, 2005) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ละมัย ภูริบัญชา (2536) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา

สำหรับปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุเป็นปัจจัยทำนายการให้ความร่วมมือหรือปัจจัยทำนายความล้มเหลวของการรักษาที่สำคัญ (Girerd et al., 2001; Nelson et al., 2005; Ross, Walker & MacLeod, 2004) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ละมัย ภูริบัญชา (2536) และ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่พบว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการมารับการรักษา นอกจากนี้จากการศึกษาของ ศิริมาส บุญประสาร (2544) และ โอจีเด็กบี และคณะ (Ogedegbe et al., 2004) ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน ที่พบว่า ความร่วมมือและความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (Martin-Reyes & Rodriguez-Moran, 2001; Wang et al., 2002)

ปัจจัยด้านการรักษา จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบของการรักษามีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยรูปแบบดังกล่าวเป็นลักษณะของการได้รับยาในแต่ละวัน เช่น จำนวนเม็ดยา ความถี่ในการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (สกาเวิร์ตน์ ชัยสุนทร, 2541; Girerd et al., 2001; Andread et al., 2002; Wang et al., 2004; Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Schroeder et al., 2004; Naewbood, 2005) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีเป็นผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตไม่เกิน 2 เม็ดต่อวัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ เวอร์ลีแมน และคณะ (Werlemann et al., 2004) และ โฟเดอร์ และคณะ (Fodor et al., 2005) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาร่วมกันหลายชนิดมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ได้รับยารักษาเพียงชนิดเดียว

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการเข้าถึงบริการดังกล่าวประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาล (ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538; สกาเวิร์ตน์ ชัยสุนทร, 2541; สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ, 2544; Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Wang et al., 2004) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ละมัย ภูริบัญชา (2536) พบว่า ระยะทางหรือเวลาที่ใช้ในการเดินทางไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับ

การรักษา ($p < .05$) จากความแตกต่างของผลการวิจัยดังกล่าว จึงควรได้มีการศึกษาซ้ำในความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาในการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งปัจจัยด้านนี้ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิกของบุคลากร สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย (สกวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541; Ogedegbe et al., 2004; Johnell et al., 2005; Miller et al., 2005; Naewbood, 2005) จากการศึกษาของ สิริมาส บุญประสาร (2544) พบว่า ปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติตามแผนการรักษา คือ สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา นอกจากนี้ เพลทเซอร์ (Peltzer, 2004) พบว่า พฤติกรรมของการไม่ร่วมมือสัมพันธ์กับปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพเป็นได้ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งควรต้องศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าควรได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ กับการร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งอุดมไปด้วยผลไม้ นานาชนิด รวมทั้งอาหารทะเลที่เพิ่มเกลือให้กับร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่บริโภคอาหารต่าง ๆ เป็นเวลานาน จากการศึกษาของ วันดี โภคะกุล และคณะ (2547) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดกรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 40.4, 38.3 และ 32.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ออกกำลังกายถึงร้อยละ 46.1 (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2547) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ และการขาดการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงของประชากรเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เฉลี่ย 392.08 ต่อประชากรแสนคน โดย 3 อันดับแรกของจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด คือ จังหวัดตราด จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีอัตราป่วยตามลำดับดังนี้ 626.23, 567.30 และ 526.34 (สถิติสาธารณสุข, 2546) จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อัตราการเจ็บป่วยที่สูง ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญจึงต้องให้ความสนใจและดำเนินการแก้ไขต่อไป นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลนำเสนอไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุว่ามีปัจจัยใดบ้างและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยในการควบคุมความดันโลหิต รวมทั้งป้องกันและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ปัญหาการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย รูปแบบของการได้รับยา ในแต่ละวันและอาการข้างเคียงของยา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

2. ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย รูปแบบของการได้รับยาในแต่ละวันและการข้างเคียงของยา มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

4. ปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีระดับความดันโลหิตก่อนได้รับการรักษามากกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ปัจจัยด้านผู้ป่วย หมายถึง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ เพศ และอายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ความจำหรือเข้าใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยการปรับเปลี่ยน

แบบแผนการดำเนินชีวิต ความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต และอาการข้างเคียงของยา ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของ แนวบูด (Naewbood, 2005)

จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน หมายถึง จำนวนเม็ดยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานในแต่ละวันตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต

จำนวนมือของการรับประทานยา หมายถึง จำนวนมือของการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานในแต่ละวัน

อาการข้างเคียงของยา หมายถึง อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยรายงานว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตใน 1 เดือนที่ผ่านมา

การบริการของบุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการให้บริการของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูงต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับผู้ป่วย ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก แบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพบริการของ ปันดคา ลักษณะมีเศรษฐ (2546)

การให้บริการในคลินิก หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการให้บริการของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูงต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย หมายถึง ลักษณะของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการให้บริการของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูงต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น ความเป็นกันเอง ความเป็นมิตร ความสะอาดรวดเร็ว ฯลฯ

การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูงต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาที่ให้บริการ และระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ยึดมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วยความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกคนและถูกวิธี ประเมินโดยการใช้ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาที่พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2004 cited in Naewbood, 2005)

ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง

พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการมาตรฐานน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พัฒนาโดย อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ (2542 อ้างถึงใน ตำราญุ คุชรินทร์, 2544)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และการมาตรฐานน้ำหนัก ให้มีความถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษา
2. ด้านการศึกษา สามารถใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน บรรจุไว้ในหลักสูตรหรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการให้การพยาบาล และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการศึกษาครั้งต่อไป

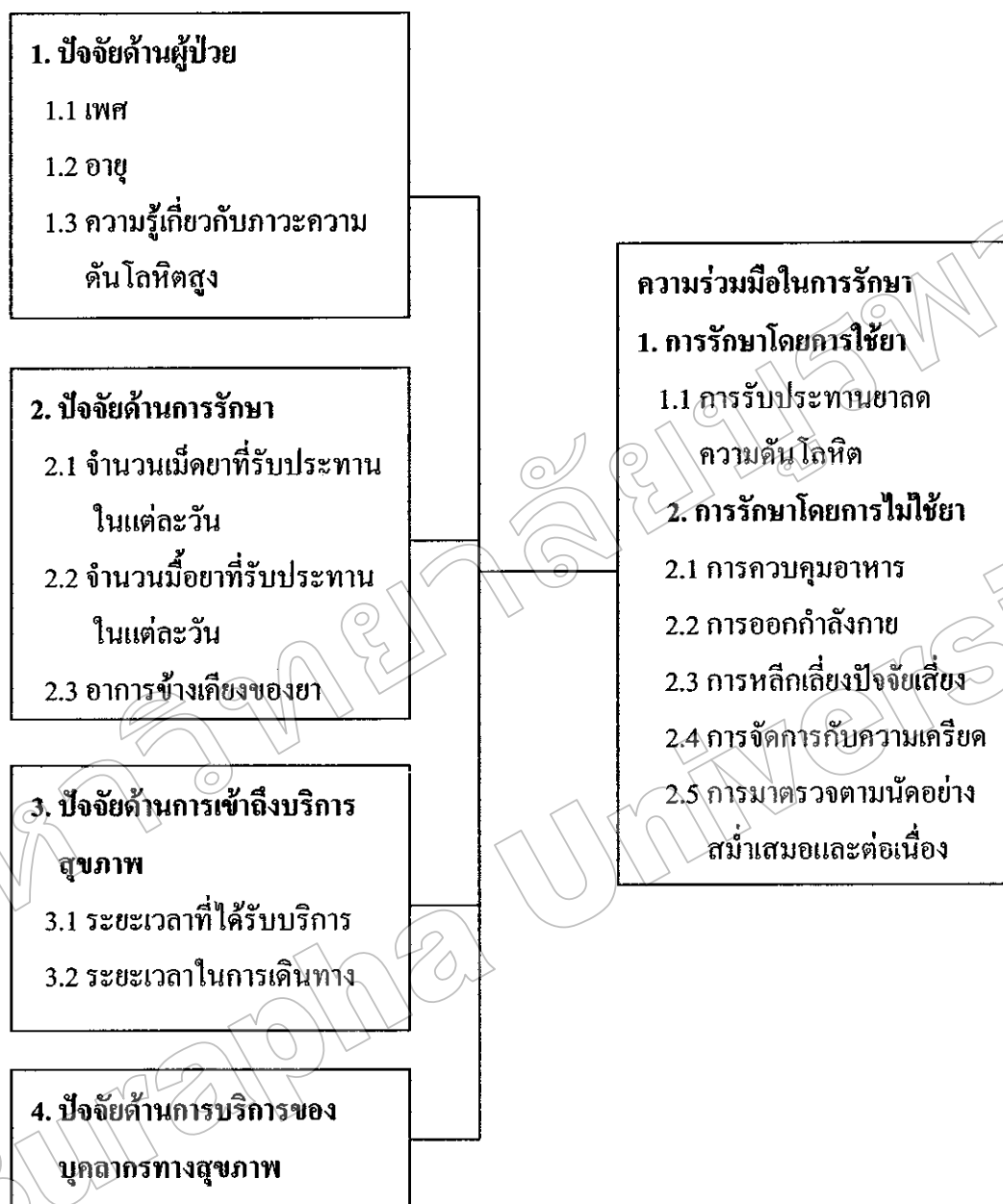
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 2002) ซึ่งกล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวโน้มที่จะมุ่งไปสู่ความสำเร็จในชีวิตของมนุษย์โดยการพยายามคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก ส่วนพฤติกรรมป้องกันการโรคเป็นแนวโน้มของการคงสภาพของมนุษย์โดยมุ่งที่จะลดหรือหลีกเลี่ยง โอกาสที่จะเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามผู้ที่ป่วยแต่ละรายจะปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้นั้น จะต้องมีการเรียนรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเสียก่อน ซึ่งเมื่อเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องแล้วการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีและต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกดีต่อพฤติกรรมเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะต้องผ่านขั้นตอนของการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำสำหรับในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ถ้าให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้วก็จะบรรลุถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจาก สาเหตุหลายประการ แต่ประการที่สำคัญคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (ชุดินา อัดถาการ โกวิท, 2534, เสาวนีย์ ศรีศิริกุล และคณะ, 2542) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจวายในอัตราที่สูงขึ้นทุกปี (Chobanian et al., 2003) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ ให้ความร่วมมือในการรักษาจึงมีความสำคัญยิ่งตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การศึกษาและรายได้ ปัจจัยด้านการรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง และให้ผลที่ชัดเจนแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในระดับสูง ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ได้ โดยเลือกศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาที่มีผลการศึกษายังไม่ชัดเจน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ รูปแบบของการได้รับยาในแต่ละวันและอาการข้างเคียงของยา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาในการเดินทาง และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากร

ทางสุขภาพกับผู้ป่วย จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความแตกต่างและไม่ชัดเจนในผลการวิจัย ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษาโดยการใส่ใจ และการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) จะพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ปัจจัยด้าน ผู้ป่วย อิทธิพลด้านสถานการณ์ คือ ปัจจัยด้านการรักษา และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย