

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Design) ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลตราด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 248 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 2) แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีลักษณะเป็น “ A Visual Analogue Scale ” และแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และอาการและภาวะแทรกซ้อน ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบสอบถามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา และอาการและภาวะแทรกซ้อน ที่พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2004) 3) แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พัฒนาโดย อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ (2542) 4) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2004) และ 5) แบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประยุกต์มาจากแบบวัดพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการของ ปณิตดา ลักขมีเศรษฐ (2546)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไปตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่าเท่ากับ .35, .89 และ .53 ตามลำดับ หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมทางภาษา และเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ แล้วจึงนำแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา และแบบสอบถามการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1.0 และ .95 ตามลำดับ หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมทางภาษา และเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์อีกครั้งหนึ่ง และนำไปให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 3 ราย ช่วยอ่านแบบสอบถามเพื่อดูความเข้าใจของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม

ก่อนนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพที่ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีลักษณะตามที่กำหนดจำนวน 30 ราย แล้วนำคะแนนของแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค หากความเชื่อมั่น (Reliability) ตามรายด้าน และโดยรวม ได้ดังนี้ แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา โดยการ ใช้ยา .80 ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต .81 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โดยรวม .63 และแบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ โดยรวม .89

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for Social Science) สถิติที่ใช้ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.3 พบมากที่สุดในช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.9 โดยมีอายุน้อยที่สุด คือ 35 ปี และอายุมากที่สุด 88 ปี ($\bar{x} = 62.84$, $SD = 11.73$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.0 โดยระดับการศึกษาที่น้อยที่สุด คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็น

ร้อยละ 69.4 โดยรายได้ที่น้อยที่สุด คือ ไม่มีรายได้เลย และรายได้ที่มากที่สุด คือ 50,000 บาท ($\bar{x} = 4,778.74, SD = 8,215.11$)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.4 ($\bar{x} = 139.50, SD = 19.90$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 60.5 ($\bar{x} = 81.34, SD = 10.67$) ค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 23.0 กิโลกรัม / เมตร² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.9 ($\bar{x} = 25.16, SD = 4.35$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี และ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.2 และ 37.9 ตามลำดับ ($\bar{x} = 6.99, SD = 6.50$) รับประทานยาวันละ 0.50-4.50 และ 4.51-8.50 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 47.2 และ 35.9 ตามลำดับ ($\bar{x} = 5.38, SD = 3.80$) รับประทานยาน้อยที่สุดวันละ 0.5 เม็ด และมากที่สุดวันละ 20 เม็ด และส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.4 ($\bar{x} = 2.0, SD = 0.79$) ส่วนการเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ส่วนใหญ่เกิดอาการข้างเคียง 1-2 อาการ และไม่เกิดอาการข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 30.2 ตามลำดับ ($\bar{x} = 1.46, SD = 1.78$) และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 24.55) ง่วงนอน (ร้อยละ 12.28) และหน้ามืด (ร้อยละ 10.94)

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ได้รับบริการในระยะเวลา 10-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.2 ($\bar{x} = 10.37, SD = 8.59$) และส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการนาน 10-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.6 ($\bar{x} = 27.50, SD = 23.04$) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางนานที่สุดคือ 180 นาที

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงโดยรวมระดับสูง ค่าเฉลี่ยร้อยละ 83.18 ($\bar{x} = 37.43, SD = 5.25$) ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงระดับสูง เฉลี่ยร้อยละ 90.33 ($\bar{x} = 21.68, SD = 2.93$) และความรู้เฉพาะเกี่ยวกับยาและการใช้ยาระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 72.83 ($\bar{x} = 13.11, SD = 0.20$)

ส่วนที่ 5 การบริการของบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ ได้รับบริการของบุคลากรทางสุขภาพโดยรวมระดับมาก ($\bar{x} = 4.03, SD = .64$) และเมื่อพิจารณารายด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับบริการในคลินิก ระดับมาก สัมพันธ์ภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยระดับมาก

ส่วนที่ 6 ความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมาก ค่าเฉลี่ยร้อยละ 93.92 ($\bar{x} = 93.92,$

$SD = 11.12$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมระดับมาก ค่าเฉลี่ยร้อยละ 82.86 ($\bar{x} = 174.00, SD = 25.70$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยร้อยละ 87.05 ($\bar{x} = 34.82, SD = 6.78$), 89.87 ($\bar{x} = 26.96, SD = 6.70$) และ 83.60 ($\bar{x} = 33.44, SD = 9.70$) ตามลำดับ ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยร้อยละ 79.75 ($\bar{x} = 47.85, SD = 10.28$) และ 77.35 ($\bar{x} = 30.94, SD = 10.90$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า เพศ อายุ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนมือยาที่รับประทานในแต่ละวัน และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้จ่าย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .185, p = .001$) ส่วนระยะเวลาที่ได้รับบริการและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.172, p = .007$ และ $r_s = -.127, p = .046$ ตามลำดับ)

เพศ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่ได้รับบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวัน จำนวนมือยาที่รับประทานในแต่ละวัน และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรักษาการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อายุและความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .258, p = .001$ และ $r_s = .203, p = .001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามปัญหาและสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 1 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้น้ำยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเฉลี่ยร้อยละ 93.92 และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 82.86 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แนวบูต (Naewbood, 2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้น้ำยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้น้ำยาเฉลี่ยร้อยละ 89.9 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem, 1985) อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อนทำให้เรียนรู้และเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาทางด้านจะเห็นว่าความร่วมมือด้านการรับประทาน อาหารและการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปซึ่งในการวิจัยนี้มีถึงร้อยละ 58.9 ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0 กิโลกรัม /เมตร² ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.9 ($\bar{x} = 25.16$, $SD = 4.35$) ซึ่งถ้าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ก็จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกได้ในระดับน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทเพียง ร้อยละ 49.6 และควบคุมความดันไดแอสโตลิกได้ในระดับต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 85.9 ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ทั้งด้านการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม กับสภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ รูปแบบการรักษาและอาการข้างเคียงของยา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา และระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการในคลินิกสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ

ในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยหรือไม่

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนจำนวนมื้อยาของการรับประทานในแต่ละวันและอาการข้างเคียงของยาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้จ่ายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการ ในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา

การอภิปรายผล ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จากการศึกษาพบว่า อายุและความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต อายุและความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้จ่าย และจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวันและระยะเวลาการรักษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้จ่าย ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ อธิบายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .258, p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ของ รุ่งทิพย์ ไชยฉัตรเชาวกุล (2538) ซึ่งพบว่า อายุของผู้ป่วยที่แตกต่างกันทำให้ความร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการให้ความร่วมมือในการรักษา (ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538; Girerd et al., 2001; Ross et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Fodor et al., 2005; Hadi & Rostami-Gooran, 2004; Rurik et al., 2004) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) โดยอายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวทางด้านสุขภาพ (Kasal & Cobb, 1996) ทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้มีความแตกต่างกันในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหาในชีวิต ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.8 ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างนานจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และมีประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นหัวใจของการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .185, p = .001$ และ $r_s = .203, p = .001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ระดับความรู้เรื่องความดันโลหิตและระดับความรู้เรื่องการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีสุตา วัชรอาภาไพบูลย์, 2538; สกาวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541; Gascon et al., 2004; Vermeire et al., 2003; Werlemann et al., 2004) และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของ แนวบุตร (Naewbood, 2005) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการใช้ยาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .422, p < .01$) และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทาน

ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 17.8 ($F = 40.156, p = .000$) เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม การรับรู้และเข้าใจจากสิ่งต่าง ๆ รวมถึงข่าวสารอันเป็นข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รวบรวมสะสมไว้ ซึ่งแตกต่างกันตามความเข้าใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้สูงเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง การรักษา การใช้จ่ายและการปฏิบัติตนที่จะเป็นอีกทั้งมีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 54.8 ทำให้มีโอกาสเรียนรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้และทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ถ้าบุคคลมีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (Pender, 2002) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

จำนวนเม็ดยาที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกว่าความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.127, p = .046$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการควบคุมความดันโลหิตของระดับความร่วมมือในการรักษาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในผู้ป่วยกรีก ของ เยียนนา โคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) พบว่า ผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละ 1 เม็ดมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละหลายเม็ด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตไม่เกิน 2 เม็ดต่อวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า จำนวนเม็ดยาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุนีย์ วณิชชานุกร, 2536; สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ, 2544) ส่วนเจอร์ราร์ดและคณะ (Girerd et al., 2001) พบว่า จำนวนเม็ดของยาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาเพียงวันละ 1-2 เม็ดจะมีความสะดวกในการรับประทานและไม่ต้องพกพาออกนอกบ้านหลังจากรับประทานยาแล้ว จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ต้องรับประทานยาหลาย ๆ เม็ดในแต่ละวัน โดยในวิจัยนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 0.50-4.50 และ 4.51-8.50 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 47.2 และ 35.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษา และการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ โดยอาจจะเป็นสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจากการคิดว่าจะเกิด เช่น การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก เสียเวลา จะเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้บุคคลนั้นไม่อยากปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) โดยผู้ป่วยที่รับประทานยาจำนวนน้อยมีความร่วมมือมากกว่าผู้ที่รับประทานยาจำนวนมาก

ระยะเวลาที่ได้รับบริการมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษา โดยการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.172, p = .007$) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการนับช่วงเวลาในการพบแพทย์เท่านั้น จึงไม่ได้สะท้อนภาพรวมของระบบบริการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538; สกาวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการดูแลอย่างดี ประกอบกับการให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมั่นใจในศักยภาพของสถานบริการจึงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการศึกษาพบว่า เพศ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนมือในการรับประทานยา และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอภิปรายได้ดังนี้

เพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยรวม ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ สุภาพ ใบแก้ว (2528) ที่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ของ แนวบูด (Naewbood, 2005) ที่พบว่า เพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศชาย ($r = -.163, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องมาจาก การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งถึงแม้จากการศึกษาจะพบว่าเพศจะเป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและบทบาทในสังคม (Pender, 2002) แต่การระบคิดชอบหรือบทบาททางสังคมต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย จึงทำให้ทั้งสองเพศมีกิจวัตรประจำวันที่เหมือนกันคือ เปลี่ยนบทบาทจากวัยทำงาน

มาเป็นการทำงานบ้านเพียงเล็ก ๆ น้อย ๆ และการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยมีระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ ที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในลักษณะใกล้เคียงกัน

อาการข้างเคียงของยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงมีอาการข้างเคียงของยาหลายประการ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 24.55) ง่วงนอน (ร้อยละ 12.28) และหน้ามืด (ร้อยละ 10.94) อาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคของการรับประทานยาตามแผนการรักษา นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา จะมีแนวโน้มในการหยุดการรักษา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการข้างเคียงของยาเป็นเหตุผลสำคัญที่ไม่ร่วมมือในการรักษา (Andread et al., 2002; Bumier et al., 2003; Buabeng, Matowe, & Plange-Rhule., 2004; Werlemann et al., 2004; Naewbood, 2005) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่เกิดอาการข้างเคียงของยา หรือเกิดอาการข้างเคียงของยาเพียงเล็กน้อย และในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาและการใช้ยาระดับต่ำ เฉลี่ยร้อยละ 72.83 ($\bar{x} = 13.11$, $SD = 0.20$) ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถรับรู้ได้ว่าอาการใดเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา แต่อย่างไรก็ตามการเกิดอาการข้างเคียงของยาจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเมื่อต้องรับประทานยาแต่ละครั้ง ซึ่งทำให้รู้สึกไม่อยากรับประทานยาคงนั้นอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ นั่นคือการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจเป็นอุปสรรคขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 2002) ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาและการรับประทานยา รวมถึงอาการข้างเคียงของยาและวิธีการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ น่าจะเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้านการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นอีกประการหนึ่ง

ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อยกว่า 30 นาที ซึ่งพบว่าระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ ไม่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ของ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่พบว่าระยะทางระหว่างที่พักอาศัยกับสถานบริการและวิธีการเดินทางมารักษา มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลน่าน ของ สุมาลัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2544) ที่พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อ

ความร่วมมือในการใช้ยา คือ การรับรู้เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาล มีความเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งในสังคมไทยเป็นสังคม ที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้มีพระคุณ ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีผู้ดูแลทั้งด้านการดูแลสุขภาพ หรือการเดินทางไปตรวจรักษา และประกอบกับในปัจจุบันการเดินทางมีความสะดวกจึง ไม่เกิดการเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง ทำให้ระยะเวลาในการเดินทางไม่มีผลต่อการรับรู้และความคิด ของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) ซึ่งควรได้รับการศึกษาให้กว้างขวางขึ้นในการศึกษาต่อไป

จำนวนมือในการรับประทานยา จากการศึกษาพบว่า จำนวนมือในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยรวม ความร่วมมือในการรักษาโดยการ ใช้ยา และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อีสกีเดียน และคณะ (Iskediian et al., 2002) พบว่า อัตราการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ที่รับประทานยาวันละครั้งสูงกว่า ผู้ที่รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง และวันละหลายครั้งอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ รับประทานยาเพียงวันละ 1-2 ครั้งจะมีความสะดวกในการรับประทานและไม่ต้องพกพายา ออกนอกบ้านหลังจากรับประทานยาแล้ว น่าจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ มี ความถี่ของการรับประทานยาหลาย ๆ มือในแต่ละวัน ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ รับประทานยาเฉลี่ยวันละ 2 มือ ดังนั้นจึงไม่เห็นความแตกต่างของความร่วมมือในการรักษา โดยการ ใช้ยา

การบริการของบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การบริการของ บุคลากรทางสุขภาพ ทั้งด้านการให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากร ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจะอยู่ในระดับมาก แต่จากการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การบริการของบุคลากรทางสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หวัง และคณะ (Wang et al., 2002) ที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแผนการรักษากับความพึงพอใจ ในการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาที่พบว่า สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับ บุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการให้ความร่วมมือในการรักษา (ศิริมาศ บุญประसार, 2544 ; Gonzalez 1993; Vermeire et al., 2003) ทั้งด้านการมีประสบการณ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ ความเชื่อถือในวิธีการส่งเสริมของบุคลากรทางสุขภาพ (Benson & Britten, 2002; Dowell & Hudson, 1997; Svensson et al., 2000) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการ ได้รับการดูแลอย่างดีประกอบกับ

การให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมั่นใจในศักยภาพของสถานบริการ นั่นคือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีหรือผลบวกกับตน ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) นอกจากนี้การให้บริการในคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้เกิดความพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจอีกส่วนหนึ่ง และทำให้เกิดความมั่นใจและวางใจในการรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น ซึ่งเกิดจากอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นความคิด ความเชื่อ ทศนคติของบุคคลอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) แต่ในปัจจุบันมีการควบคุมมาตรฐานการดูแลหรือการประกันคุณภาพโรงพยาบาลทำให้การดูแลได้มาตรฐาน และมุ่งส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงได้รับบริการในคลินิก รวมถึงสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ที่ได้มาตรฐานและเกิดความพึงพอใจ ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านบริการ

บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ควรเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือโดยเน้นที่ปัจจัยด้าน อายุ ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำนวนมีดยาที่รับประทานในแต่ละวัน ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และอาการและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังต้องปรับรูปแบบการรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารให้เหมาะสมสำหรับสภาพร่างกายและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง

2. ด้านการศึกษา

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หรือเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้การพยาบาล และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป นอกจากนี้ยังสามารถนำไปจัดการอบรมเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาแก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุและมีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถนำไปอ้างอิงได้เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่น ๆ

2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในคลินิก จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีแนวโน้มของการให้ความร่วมมือในการรักษาดี จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตภาคตะวันออกเฉียงได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกระบบการดูแล เช่น ศึกษาในประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลของภาครัฐได้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษามากที่สุด

3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross-Sectional Study) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการร่วมมือในการรักษา ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมได้ ดังนั้นถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวน่าจะทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

4. การศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษา ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า เป็นการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาที่พบแพทย์ ทำให้ค่าความสัมพันธ์ที่ได้มีความสัมพันธ์เป็นลบ อีกทั้งไม่เป็นการสะท้อนถึงระบบบริการทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยยื่นบัตรจนถึงรับยา และกลับบ้าน ทั้งนี้จะทำให้มองเห็นภาพรวมของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการรักษาและความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

1. เมื่อทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาจะทำให้สามารถนำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการศึกษาครั้งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถเข้าระบบการดูแลรักษาดังกล่าวได้ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย รวมทั้งทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะ ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพล

ด้านสถานการณ์ รวมถึง อิทธิพลระหว่างบุคคล

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษากับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยประเมินเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านกายภาพต่าง ๆ เช่น ระดับความดันโลหิต คั่งนึ่มวลกาย และระดับไขมันชนิดต่าง ๆ ในเลือด

4. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแบบประเมินที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีความแตกต่าง และยังไม่ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ที่สำคัญในการประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และควรมีการประเมินเป็นระยะ ๆ และเปรียบเทียบแนวโน้มของความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ในระยะยาวต่อไป

5. พัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการศึกษาครั้งต่อไป

6. การศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนใหญ่อาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ต้องมีผู้ดูแล ดังนั้นการให้ความร่วมมือในการรักษาที่ประเมินได้อาจเป็นผลมาจากการจัดเตรียมจากผู้ดูแลซึ่งจะทำให้ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับสูงไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ หรือไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงได้ จึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลจะทำให้เข้าใจถึงความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น