

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ \*  
Factors related to Adherence to Treatment among  
Essential Hypertensive Patients

ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ\*\*พย.ม.  
Saknarin Limcharoen, M.N.S.  
เขมารดี มาสิงบุญ\*\*\*D.S.N.  
Khemaradee Masingboon, D.S.N.  
วัลภา คุณทรงเกียรติ\*\*\*\*พย.ด.  
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลตราด ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และตามเกณฑ์การคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน

พฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมากเฉลี่ยร้อยละ 93.92 ( $\bar{X}=93.92$ ,  $SD=11.12$ ) และให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมระดับมากเฉลี่ยร้อยละ 82.86 ( $\bar{X}=174.00$ ,  $SD=25.70$ )
2. อายุและความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .258$ ,  $p=.001$  และ  $r_s = .203$ ,  $p=.001$  ตามลำดับ)
3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับความร่วมมือใน

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ กิ่งอำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี

\*\*\* อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การรักษาโดยใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .185, p = .001$ ) ส่วนระยะเวลาที่ได้รับบริการ และจำนวนเม็ดขามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.172, p = .007$  และ  $r_s = -.127, p = .046$  ตามลำดับ)

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการปรับปรุงระบบบริการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุร่วมมือในการ รักษามากขึ้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรักษา/ ความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

#### Abstract

The purpose of this descriptive correlational research was to examine correlation between relation factors and adherence to treatment among essential hypertensive patients in eastern region of Thailand. Two hundreds forty eight essential hypertensive patients were recruited randomly from out patient clinics of Prapokklao Hospital, Rayong Hospital, Chachengthao Hospital and Trat Hospital. Self-reported questionnaires including the demographic data questionnaire, the knowledge of hypertension questionnaire, the adherence to treatment questionnaire and the service of health care provider questionnaire were used to collect data. Data was analyzed by using descriptive statistics.

The results revealed that

1. Most of hypertensive patients had good medication adherence with a mean percentage of 93.92 ( $\bar{X} = 93.92, SD = 11.12$ ), and good adherence to lifestyle modification with a mean percentage of 82.86 ( $\bar{X} = 174.00, SD = 25.70$ ).

2. There were low positively significant relationship between age, knowledge of hypertension and adherence to lifestyle modification at the level of .05 ( $r_s = .258, p = .001$ ;  $r_s = .203, p = .001$ ).

3. There was low positively significant relationship between knowledge of hypertension and medication adherence at the level of .05. ( $r_s = .185, p = .001$ ) However the duration of service and the number of pills had low negatively significant relationship with medication adherence at the level of .05 ( $r_s = -.172, p = .007$ ;  $r_s = -.127, p = .046$ ).

This study can used as data base to improve health service for essential hypertensive patients for more adherence to treatment that can improve blood pressure control.

**Key words :** Adherence, essential hypertension

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เรื้อรังรักษาไม่หายขาด มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ในปัจจุบันพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายทั่วโลก (Burt et al., 1995) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า

ในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) 218,218 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) และเพิ่มขึ้นเป็น 265,636 คน ในปี พ.ศ. 2547 (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) และยังมีอัตราผู้เสียชีวิตด้วยภาวะนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2543 ถึง 2546 คิดเป็น 18.9, 24.6, 26.6 และ 26.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ การรักษาและควบคุมความดันโลหิตแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การรักษาด้วยกลุ่มยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งการรักษาทั้ง 2 แนวทางควรจะดำเนินไปพร้อมกัน จึงจะช่วยควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ตามต้องการ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ดังเช่น การศึกษาของเยียนนาโคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) และพาเทลและเทย์เลอร์ (Patel & Taylor, 2002) พบว่า ผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 15.0 และร้อยละ 67.7 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 60.4 เท่านั้นที่รับประทานยาสดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ (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 จากการศึกษาของ แกรนดิ และคณะ (Gradi et al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานอาหาร และมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องน้อย โดย

ร้อยละ 44 ยังเดิมเกลื่อระหว่างการทำอาหาร และรับประทานเนื้อแข็งหรือแฉิมมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีเพียงร้อยละ 43 ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงของประชากรเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 392.08 ต่อประชากรแสนคน โดย 3 อันดับแรก คือ จังหวัดตราด จังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดจันทบุรี มีอัตราป่วยตามลำดับดังนี้ 626.23, 567.30 และ 526.34 (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จะเห็นได้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเจ็บป่วยที่สูง นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลนำเสนอไว้ และพบว่ามีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ รูปแบบการได้รับยาในแต่ละวันและอาการข้างเคียงของยา และ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ การบริการในคลินิกสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่เป็นทั้งอุปสรรคหรือปัจจัยที่สนับสนุนความร่วมมือในการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการจัดบริการ เพื่อให้เกิด

ความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

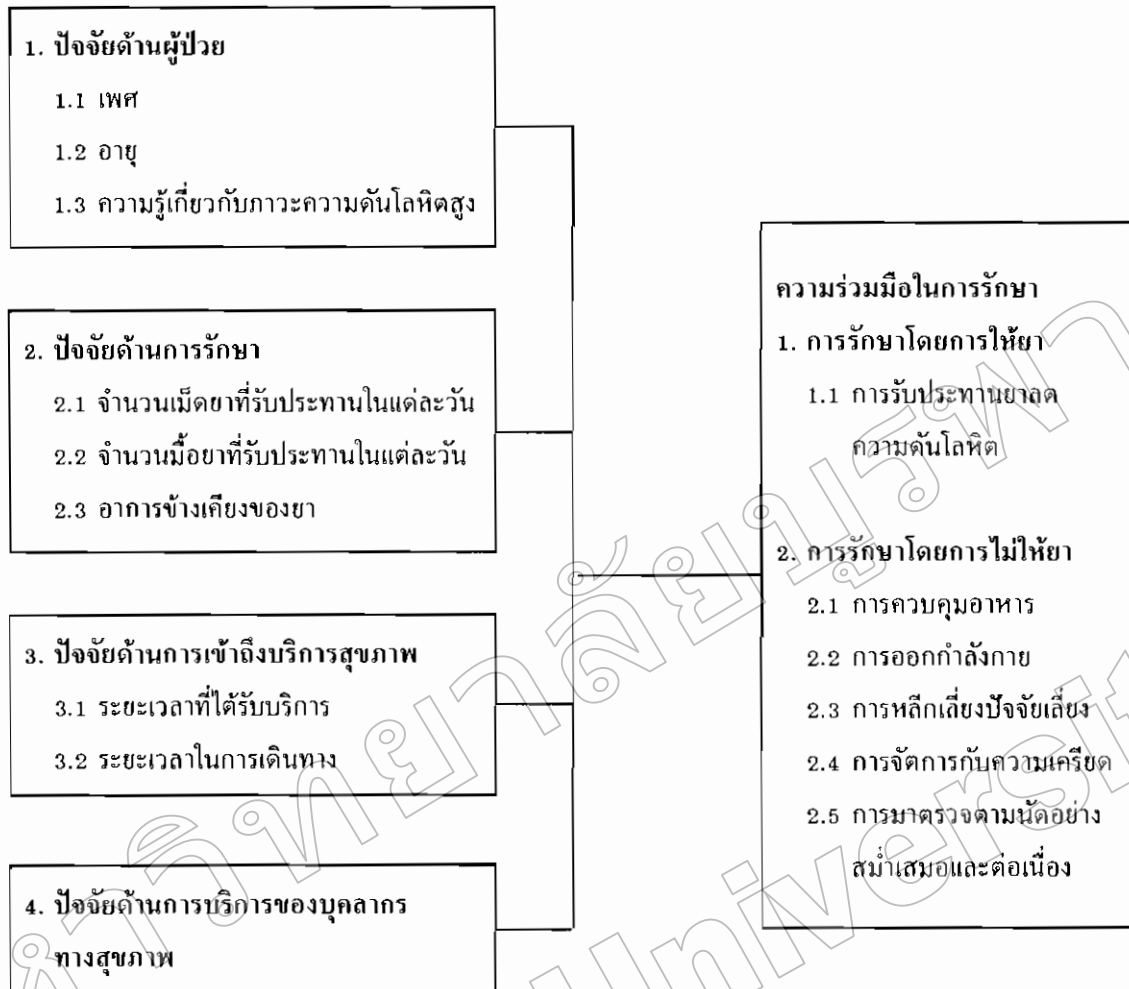
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษาถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อให้อาสาสมัครควบคุมความดันโลหิตให้ได้ โดยผู้วิจัยมีความเชื่อว่าปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผลการศึกษายังไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนความร่วมมือในการรักษา ส่วนปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา สำหรับความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วย ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้จ่าย และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผน

การดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการแต่ประการที่สำคัญคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจวายในอัตราที่สูงขึ้นทุกปี ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับปัจจัยแวดล้อม การพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศและอายุ จะช่วยให้จัดกิจกรรมได้เหมาะสม ซึ่งส่งเสริมให้มีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น ส่วนปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ปัจจัยด้านการรักษาที่สำคัญคือจำนวนเม็ดยาและจำนวนมียา ซึ่งถ้ามีจำนวนมียาและเม็ดยาที่จะต้องรับประทานในแต่ละวันน้อยๆ จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่วนอาการข้างเคียงของยาถ้ามีอาการข้างเคียงมากจะทำให้สมรรถภาพทางกายไม่เอื้ออำนวยต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ถ้าสามารถเข้าถึงบริการง่ายจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ส่วนปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ความประทับใจในบริการและสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือมากยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ** หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีระดับความดันโลหิตก่อนได้รับการรักษามากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

**ปัจจัยด้านผู้ป่วย** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่

เพศ อายุ และความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

**ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความจำหรือเข้าใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การเกิดอาการและภาวะแทรกซ้อน การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ความรู้เรื่องยาลดความดันโลหิต และอาการข้างเคียงของยา ซึ่งวัดโดยแบบ

สอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของ แนวบูด (Naewbood, 2005)

**จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน** หมายถึง จำนวนเม็ดยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานในแต่ละวันตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต

**จำนวนมือของการรับประทานยา** หมายถึง จำนวนมือของการรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุรับประทานในแต่ละวัน

**อาการข้างเคียงของยา** หมายถึง อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยรายงานว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาลดความดันโลหิตใน 1 เดือนที่ผ่านมา

**การบริการของบุคลากรทางสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติในการให้บริการของแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกความดันโลหิตสูงต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ การให้บริการในคลินิก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างแพทย์หรือพยาบาลกับผู้ป่วย ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในคุณภาพบริการของ ปันดดา ลักษณะีเศรษฐ (2546)

**การเข้าถึงบริการสุขภาพ** หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับบริการ และระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

**ความร่วมมือในการรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ

สาเหตุที่ขีดยมั่นในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วยความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการรักษา โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่สอดคล้องกับแผนการรักษา

**ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถูกต้องตามหลักการบริหารยา ได้แก่ ถูกเวลา ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกคน และถูกวิธี ประเมินโดยการใช้ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาที่พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547 อ้างถึงใน Naewbood, 2005)

**ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต** หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พัฒนาโดย อรสา พันธุ์กักดี และคณะ (2542 อ้างถึงใน สำราญ ฤทธิรินทร์, 2543)

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยจำนวน 7 โรงพยาบาล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของ โคเฮน (Cohen, 1987 cited in Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดค่า power analysis เท่ากับ .80 และ effect size เท่ากับ .20 โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 ราย และการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งมีแนวโน้มจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณร้อยละ 45-98 (Polit & Hungler, 1995) ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 คือ 248 ชุด และได้รับคืนครบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน
3. ได้รับการรักษาทั้งวิธีใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้

วิจัยได้ ซึ่งคัดกรองโดยการสนทนาเพื่อประเมินการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล

5. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
6. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจากแต่ละโรงพยาบาล โดยการคำนวณตามสัดส่วน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547 อ้างถึงใน Naewbood, 2005) ซึ่ง แนวบุตร (Naewbood, 2005) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีค่าความเที่ยง (reliability) จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ .74 สำหรับในงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาร์ค เท่ากับ .84

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการบริการของบุคลากรทางสุขภาพที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบ

สอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพึงพอใจในคุณภาพบริการของ ปณิตดา ลักขมิมิเศรษฐ (2546) ซึ่งนำไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่จังหวัดชลบุรี พบว่า มีค่าความเที่ยง จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ .93 สำหรับในงานวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ .89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษา ซึ่งประกอบด้วยความร่วมมือในการรักษา โดยการใช้ยาและความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

4.1 การประเมินการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ประเมินโดยการใช้ แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา พัฒนาโดย วันทนามณีศรีวงศ์กุล และคณะ (2547 อ้างถึงใน Naewbood, 2005) ลักษณะเป็น "A Visual Analogue Scale" มีทั้งสิ้น 2 คำถาม ในแต่ละข้อคำถามจะมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยให้ผู้ป่วยประมาณค่าความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาเป็นร้อยละ ซึ่ง แนวบุตร (Naewbood, 2005) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีความสะดวกในการใช้และง่ายแก่การเข้าใจ สำหรับในการวิจัยนี้มีค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .75

4.2 การประเมินการให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่พัฒนาโดย อรสา พันธุ์ภักดี และคณะ (อรสา พันธุ์ภักดี และ

คณะ, 2542 อ้างถึงใน สำราญ คชรินทร์, 2544) มีค่าความเที่ยง (reliability) จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์คเท่ากับ .85 สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้ดัดข้อคำถามในส่วนของยาและอาการข้างเคียงของยาออก เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เน้นความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา โดยมีข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน รวม 21 ข้อ โดยมีค่าความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ .74

ในการศึกษานี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง แบบสอบถามการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ และแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ เท่ากับ .89, .95 และ 1.0 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเหมาะสมเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของ การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ตามความสมัครใจ และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้และการเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และจะ



ใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ขั้นตอนและวิธีการศึกษาในครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างโดยจะไม่รบกวนเวลาของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าเวลาอันสมควร

#### การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติให้ดูจนสามารถทำได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนดในคู่มือและตรงกับผู้วิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เช่นเดียวกับยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามวิธีการที่ได้วางแผนไว้ต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงคะแนนการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ และคะแนนการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยการหาช่วงคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ค่าแนวคิดเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลตามระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านรูปแบบการรักษา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ กับการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยทดสอบเงื่อนไขของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่ามีการแจกแจงไม่ปกติ ถึงแม้จะได้มีการแปลงข้อมูล (Transform Data) แล้วก็ตาม จึงทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.3 พบมากที่สุดในช่วงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.9 ( $\bar{X} = 62.84$ ,  $SD = 11.73$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.0 และมีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.4 ( $\bar{X} = 4,778.74$ ,  $SD = 8,215.11$ )

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.4 ( $\bar{X} = 139.50$ ,  $SD = 19.90$ ) และระดับความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 60.5 ( $\bar{X} = 81.34$ ,  $SD = 10.67$ ) ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 23.0 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.9 ( $\bar{X} = 25.16$ ,  $SD = 4.35$ ) ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 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 ( $\bar{X} = 5.38$ ,  $SD = 3.80$ ) และส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.4 ( $\bar{X} = 2.0$ ,  $SD = 0.79$ ) ส่วนการเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาส่วนใหญ่เกิดอาการข้างเคียง 1-2 อาการ และไม่เกิดอาการข้างเคียง คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 30.2 ตามลำดับ ( $\bar{X} = 1.46$ ,  $SD = 1.78$ ) และอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ ปัสสาวะบ่อย (ร้อยละ 24.55) ง่วงนอน (ร้อยละ 12.28) และหน้ามืด (ร้อยละ 10.94)

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ได้รับการบริการในระยะเวลา 10-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 51.2 ( $\bar{X} = 10.37$ ,  $SD = 8.59$ ) และส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ 10-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.6 ( $\bar{X} = 27.50$ ,  $SD = 23.04$ )

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงโดยรวมระดับสูง ค่าเฉลี่ยร้อยละ 83.18 ( $\bar{X} = 37.43$ ,  $SD = 5.25$ ) ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

ระดับสูง 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 ได้รับการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ โดยรวมระดับมาก ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = .64$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับการบริการในคลินิกระดับมาก สัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยระดับมาก

ส่วนที่ 6 ความร่วมมือในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่ ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาระดับมาก ( $\bar{X} = 93.92$ ,  $SD = 11.12$ ) โดยผู้ที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 100 และน้อยที่สุดเท่ากับ 45 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยรวมระดับมาก ( $\bar{X} = 174.00$ ,  $SD = 25.70$ ) โดยผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตมากที่สุดเท่ากับ 210 และ น้อยที่สุดเท่ากับ 81 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 34.82$ ,  $SD = 6.78$ ,  $\bar{X} = 26.96$ ,  $SD = 6.70$ ) และ  $\bar{X} = 33.44$ ,  $SD = 9.70$  ตามลำดับ ส่วนด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 47.85$ ,  $SD = 10.28$  และ  $\bar{X} = 30.94$ ,  $SD = 10.90$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยร้อยละ และระดับคะแนน ของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามความร่วมมือในการรับประทานยา และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ( $n = 248$ )

	พิสัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความร่วมมือในการรับประทานยาเฉลี่ย	45-100	93.92	11.12	มาก
ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม	81-210	174.00	25.70	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร	13-60	47.85	10.28	น้อย
ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	0-40	30.94	10.90	น้อย
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	1-40	34.82	6.78	มาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	0-30	26.96	6.70	มาก
ด้านการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	4-40	33.44	9.70	มาก

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า เพศ อายุ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวัน และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .19, p = .001$ )

ส่วนระยะเวลาที่ได้รับบริการและจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษาโดยการใช้ยาอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.17, p = .007$  และ  $r_s = -.13, p = .046$  ตามลำดับ)

อายุและความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = .26, p = .001$  และ  $r_s = .20, p = .001$  ตามลำดับ)

เพศ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่ได้รับบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวัน จำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละวัน และการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความร่วมมือในการรักษาการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษาปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านการบริการของบุคลากรทางสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (n = 248)

	อายุ	ความรู้	จำนวน เม็ดยา	ระยะ เวลา	การใช้ยา	การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
อายุ	1.000	-.054	.107	.081	.094	.258**
ความรู้เกี่ยวกับภาวะ ความดันโลหิตสูง	-.054	1.000	.055	.131*	.185**	.203**
จำนวนเม็ดยาที่ รับประทานในแต่ละวัน	.107	.055	1.000	.070	-.127	.029
ระยะเวลาในการบริการ	.081	-.131*	.070	1.000	-.172**	.068
ความร่วมมือในการใช้ยา	.094	.185**	-.127*	-.172	1.000	.207**
ความร่วมมือในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	.258**	.203**	.029	.068	.207**	1.000

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

#### การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามปัญหาและสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 1 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเฉลี่ยร้อยละ 93.92 และความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมเฉลี่ยร้อยละ 82.86 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแนวบุตร (2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยาเฉลี่ยร้อยละ 89.9 ทั้งนี้

อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในภาคตะวันออกเฉียงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้น ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ตัดสินใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem, 1985) อีกทั้งส่วนใหญ่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อนทำให้เรียนรู้และเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาทางด้านจะเห็นว่าความร่วมมือด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย

ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งในการวิจัยนี้มีถึงร้อยละ 58.9 ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ก็จะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกได้ในระดับน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เพียงร้อยละ 49.6 และควบคุมความดันไดแอสโตลิกได้ในระดับต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 85.9

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยหรือไม่

จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .29, p = .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (รุ่งทิพย์ ไชยฉัตรเชาวกุล, 2538 ; Fodor et al., 2005 ; Hadi & Rostami-Gooran, 2004 ; Rurik et al., 2004) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) โดยอายุมีอิทธิพลต่อการรับรู้เรื่องราวทางด้านสุขภาพ (Kasal & Cobb, 1996) ทำให้ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมต่างกันขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต โดยบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจในการเลือก

แนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปร้อยละ 54.8 ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างนานทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และมีประสบการณ์ต่างๆ ในการดูแลตนเองได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นหัวใจของการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษา โดยการให้ยา และความร่วมมือในการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .19, p = .001$  และ  $r = .20, p = .001$  ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรีสุตาวัชรอากาศไพบุลย์, 2538 ; สกาวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541 ; Gascon et al., 2004 ; Vermeire et al., 2001 ; Werlemann et al., 2004) และจากการศึกษาของ แนวบุตร (Naewbood, 2005) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการให้ยาเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 17.8 ( $F = 40.16, p = .000$ ) เนื่องจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงก่อให้เกิดความรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรม ได้มาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม การรับรู้และเข้าใจจากสิ่งต่างๆ ซึ่งแตกต่างกันตามความเข้าใจและการรับรู้ของแต่ละบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วย นานจึงมีโอกาสเรียนรู้ และมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้และทักษะในการให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ดีจะทำให้เจตคติต่อสิ่งนั้นดีตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดี (Pender, 2002)

จำนวนเม็ดยามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.18, p = .046$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ เยียนนาโคโปโล และคณะ (Ch Yiannakopoulou et al., 2005) พบว่า ผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละ 1 เม็ดมีความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิตวันละหลายเม็ด ส่วนเจอร์ราร์ดและคณะ (Girerd et al., 2001) พบว่า จำนวนเม็ดของยาเป็นปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่รับประทานยาเพียงวันละ 1-2 เม็ดจะมีความสะดวกในการรับประทานและไม่ต้องพกพายาออกนอกบ้านหลังจากรับประทานยาแล้ว จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่ต้องรับประทานยาหลายๆ เม็ดในแต่ละวัน โดยในวิจัยนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 0.50-4.50 และ 4.51-8.50 เม็ด คิดเป็นร้อยละ 47.2 และ 35.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรักษา และการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ จะเป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้นักกลนั้นไม่อยากปฏิบัติ หรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002)

ระยะเวลาที่ให้บริการมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับความร่วมมือในการรักษาโดยการให้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_s = -.17, p =$

.007) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการนับช่วงเวลาในการพบแพทย์เท่านั้น จึงไม่ได้สะท้อนภาพรวมของระบบบริการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปราวณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538 ; สกาวรัตน์ ชัยสุนทร, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการดูแลอย่างดี ประกอบกับการให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และมั่นใจในศักยภาพของสถานบริการจึงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาในครั้งนี้

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ เพนเดอร์ นั่นคือ อายุและ ความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สนับสนุนความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในการคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคมามากขึ้นในที่นี้คือร่วมมือในการรักษามากขึ้น เช่นเดียวกับผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงมากจะให้ความร่วมมือในการรักษามาก ส่วนจำนวนเม็ดยาเป็นปัจจัยด้านการรักษาที่เป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรักษา นั่นคือผู้ที่รับประทานยามากจะทำให้เมื่อไม่ยอมรับประทานยาและไม่สะดวกในการพกพาติดตัวขณะไปทำกิจวัตรต่างๆ นอกบ้าน รวมถึงอาจมีอาการข้างเคียงของยามากขึ้นด้วย ส่วนด้านอื่นๆ ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความ

ร่วมมือโดยเน้นที่การปรับรูปแบบการรับประทานยา การออกกำลังกายและการควบคุมอาหารให้เหมาะสม สำหรับสภาพร่างกายและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง

#### ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว (Cross-sectional Study) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับความร่วมมือในการรักษา ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงช่วงเวลาสั้นๆ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมได้ ดังนั้นถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวน่าจะทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มของความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

#### กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมถึงเพื่อน พี่น้อง และครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546*. Retrieved March 8, 2005, from <http://www.moph.go.th>

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *สถิติสาธารณสุข*

พ.ศ. 2547. Retrieved January 13, 2006, from <http://www.moph.go.th>

จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). ความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4* (หน้า 224-232). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์. (2546). *ขาดความดันโลหิต*. ใน *เพ็ญภา ภาวฤทธิ์ และคณะ (บรรณาธิการ), เกษัชวิทยานุกรม 3* (หน้า 403-419). กรุงเทพฯ : ประทุมช่าง.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต.

ปนัดดา ลักขมีเศรษฐ. (2546). *ความพึงพอใจในคุณภาพบริการของผู้รับบริการที่มีคือศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปราณี มหศักดิ์พันธ์. (2538). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ : คลังนานาวิทยา.

รุ่งทิพย์ ไชยฉัตรเชาวกุล. (2538). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีสุดา วัชรอากาศไพบูลย์. (2538). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จังหวัด สิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สกาวัฒน์ ชัยสุนทร. (2541). พฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีผลต่อการมารับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 19 (4), 181-185.

สุนีย์ วณิชชานุกร. (2536). ปัจจัยทางจิตวิทยาและเงื่อนไขเอื้ออำนวยที่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำราญ คชรินทร์. (2543). ประสิทธิภาพของโครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ความผาสุกและภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Burt, V. L., Whelton, P., Rocella, E. J. et al. (1995). Prevalence of hypertension in the US adult population : Results from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1991. *Hypertension*, 25, 305-313.

Ch Yiannakopoulou, E., Papadopoulos, L. S., Cokkinos, D. V., & Mountokalakis, T. D. (2005). Adherence to antihypertensive treatment

: A critical factor for blood pressure control. *European Journal Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(3), 243-249.

Chapman, R. H., Benner, J. S., Petrilla, A. A., Tierce, J. C., Collins, S. R., Battleman, D. S., & Schwartz, J. S. (2005). Predictors of adherence with antihypertensive and lipid lowering therapy. *Archives International Medicine*, 165(10), 1147-1152.

Fodor, G. J., Kotrec, M., Bacskai, K., Dorner, T., Lietava, J., Sonkodi, S., Rieder, A., & Turton, P. (2005). Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *Journal of Human Hypertension*, 23(6), 1261-1266.

Gascon, J. J., Sanchez-Ortuno, M., Llor, B., Skidmore, D., & Santurmo, P. J. (2004). Why hypertensive patients do not comply with the treatment: Results from a qualitative study. *Family Practice*, 21(2), 125-130.

Girerd, X., Radauceanu, A., Achard, J. M., Fourcade, J., Tournier, B., Brillet, G., Silhol, F., & Hanon, O. (2001). Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists. *Archives Des Maladies Du Coeur Et Vaisseaux*, 94(8), 839-842.

Gradi, A. M., Maresca, A. M., Sessa, A., Stella, R., Ponti, D., Barlocco, Banfi, F., & Venco, A. (2006). Longitudinal study on hypertension control in primary care : The Insubria study. *American Journal Heart*, 19, 140-145.

Groer, M. W. (2001). *Advanced*



*pathophysiology : Application to clinical practice.* Philadelphia : Lippincott.

Hadi, N., & Rostami-Gooran, N. (2004). Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. *Archives Iranian Medicine*, 7(4), 292-296.

Harkness, G. A., & Dincher, J. R. (1999). *Medical-surgical nursing : Total patient care.* Philadelphia : Mosby.

Henshaw, C.M. (2000). Alterations in Blood Pressure. In L.C. Copstead, & J. L. Banasik, (Ed.). *Pathophysiology : Biological and behavioral perspectives.* Philadelphia : W.B. Saunders.

Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (1997). The sixth report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2413-2446.

Joint National Committee 7-Complete Version (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, (December), 2106-2152.

Kasl, S., & Cobb, S. (1996). Health behavior, illness behavior, sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-261.

Naewbood, S. (2005). *Factors related to medication adherence among persons with hypertension.* Thesis in Health Education,

Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Orem, D. E. (1985). *Nursing : Concept of practice.* New York : McGraw-Hill.

Patel, R. P., & Taylor, S. D. (2002). Factor affecting medication adherence in hypertensive patient. *Ann Pharmacotherapy*, 36(1), 40-45.

Pender, N. J. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). New Jersey : Pearson Education.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods.* Philadelphia : Lippincott.

Porth, C. M. (1998). *Pathophysiology : Concepts of altered health status* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rurik, I., Nagy, K. & Antal, M. (2004). Correlation of anthropometric parameters and blood pressure in elderly people. *Orv Hetil*, 145(37), 1897-901.

Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen, P. V., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

Werlemann, B. C., Offers, E. & Kolloch, R. (2004). Compliance problems in therapy resistant hypertension. *Journal of Cardiovascular Pharmacology and Therapeutics*. 29(3), 271-275.

Woods, A. D. (2002). Improving the odds against hypertension. *Nursing Management*, 33(4), 27-34.