

สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

รัชณี สรรเสริญ Ph.D.* สมสมัย รัตนกริธากุล Dr.PH.**
วรรณรัตน์ ลาวัณ พย.ม.** อโนชา ทักษานนชัย พย.ม.**
ชรัญญากร วิริยะ พย.ม.*** ทรรศนีย์ โสรัจธรรมกุล วท.ม.****
พรเพ็ญ ภัทรากกร พย.ม.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่คัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบคือ แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติผู้ดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แบบวัดพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล แบบประเมินภาระการดูแล แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย แบบวัดสัมพันธภาพ ในครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ดูแล และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ 2552 - พฤษภาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมาก การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และค่อนข้างไม่ดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี แต่ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับญาติผู้ดูแล โดยภาพรวมการดูแลผู้ป่วยเป็นการะเพียงเล็กน้อยหรือไม่เป็นการเลย ร้อยละ 53.1 และ 38.3 รับรู้ตนเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และค่อนข้างไม่ดี และต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

ขอเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลควรให้ความสนใจกับกลุ่มญาติผู้ดูแลให้มากขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนและพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการการดูแล ญาติผู้ดูแล พลังอำนาจ โรคความดันโลหิตสูง คุณภาพชีวิต

* ** *** รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านบึง

Evidence, Problems, and Health Care Needs for Hypertension Patients at Baan-bung District, Chon-Buri Province

Sunsern R. Ph.D.* Somsamai Rattanagreethakul Dr.PH.**
Lawang L. M.N.Sc.** Anocha Tassanatanachai M.N.Sc.***
Charunyakorn Viriya M.N.Sc.*** Tussanee Sorujthamakul M.S.****
Pornpen Patarakorn M.N.Sc.****

Abstract

The purposes of this study were to 1) explore evidences, problems and health care needs for hypertensive patients at Baan-bung District, Chon-buri Province, and 2) to examine factors predicting hypertensive patients' quality of life. A simple random sampling method was used to recruit 350 samples in Baan-bung District. The seven research instruments were Demographic form, Social support, Family Relationship, Self-esteem, a Care Giving Burden questionnaire, Barthel Activity Daily Living Index (BADL), and WHOQOL-BREF-THAI. Data were collected from February to May, 2009. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were employed to analyze the data. The results of the study were as follows:

Almost all hypertensive patients had a high level of social support, high level of family relationship but showed a moderate level of relationship between patients and caregiver. Almost all caregivers reported their health status as fairly good and at poor level (53.1 %, 38.3 %). Over a half of them need some helps at moderate levels and others need some help at higher levels. The result of stepwise multiple regression analyzed revealed that empowerment of caregivers together with care giving burden, duration of care and social support could explained the variation of quality of life of hypertensive patients by 20.7 ($R^2_{adj} = .207$, $F = 16.94$, $p < .001$).

The results suggested that family, community leaders and health care providers should pay more attention to family caregiver as well as hypertensive patients as target groups of care. Caregiver burden, empowerment, duration of care, and relative factors should be assessed in order to make a plan or establish strategies for empowering and improving caregivers and family and patients abilities. Furthermore, nurses, health care providers, community leaders, and local governments should develop an appropriate health care system to improve both family caregivers and hypertensive patients' quality of life.

Keywords : Health care needs, Caregivers, Empowerment, Hypertension, Quality of life

* * * * Associate Professor, Assistant Professor and Instructor, Faculty of Nursing , Burapha University

**** Professional Nurse, Baan-bung Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยในปี 2546-2547 พบว่าอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ในปี 2539 เป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคนในปี 2547¹ และพบอัตราการตายในปี 2548 เท่ากับ 3.94 ต่อประชากรแสนคน² ซึ่งอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังเป็นจำนวนมาก และพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 68.98 ของผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด และเป็นโรคเรื้อรังที่ประชาชนเจ็บป่วย 1 ใน 5 อันดับแรกของการเจ็บป่วยที่สำคัญของโรงพยาบาลบ้านบึง³

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาระที่ยาวนาน ที่ผู้ดูแลและครอบครัว ต้องรับผิดชอบ บางครั้งอาจเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง ต้องปรับตัวตอบสนองความต้องการของตนเอง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้นหรือเลวลง การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากใน ครอบครัวและชุมชนจะส่งผลให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผ่านวิกฤตนี้ไปได้ แต่หากไม่สามารถจัดการให้ผ่านพ้นไปได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทำให้เกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตไม่ดีขึ้น ดังนั้นการศึกษาศาสนาการณ ปัญหาและ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และผู้ให้บริการในชุมชน ในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญเพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล และระบบบริการสุขภาพในเขตอำเภอบ้านบึงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศาสนาการณ ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions หรือ ICC) ขององค์การอนามัยโลก⁴ และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁴ ดังนี้

1. แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังเป็นกรอบแนวคิดที่องค์การอนามัยโลกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยระบุว่า การดูแลภาวะเรื้อรังเป็นการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในโครงสร้าง ซึ่งมีจุดศูนย์กลางของการดูแลร่วมกันคือ ผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรดูแลสุขภาพ เป็นการยกระดับบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัว และให้ตระหนักว่าเขาสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการภาวะเรื้อรัง

ด้วยการสนับสนุนของทีมผู้ดูแลสุขภาพและ
 หน่วยงานในชุมชนซึ่งระบบการเชื่อมโยงและการมี
 ปฏิสัมพันธ์สามารถพิจารณาได้ 3 ระบบ ได้แก่
 ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso sys-
 tem) และระบบใหญ่ (Macro system) ซึ่งแต่ละ
 ระบบจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไป ซึ่ง
 สมาชิกที่เป็นองค์ประกอบในระบบเล็กจะต้อง

ได้รับ การเตรียมพร้อมในด้านข้อมูลข่าวสาร
 เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง การสร้างแรงจูงใจ และการ
 เตรียมทักษะต่าง ๆ เพื่อการดูแลเกี่ยวกับภาวะ
 เรื้อรัง และผลจากการทำงานร่วมกันทั้ง 3 ระบบ
 อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
 โดยมีรายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions : ICCC) ขององค์การอนามัยโลก

2. คุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมาย
 ไว้มากหลาย เช่น เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล
 เกี่ยวกับสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของ
 วัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคม
 ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย
 ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ
 ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้าง ครอบคลุม
 ในแง่ของสุขภาพร่างกายจิตใจ ระดับของความ

เป็นอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อและ
 ความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม⁶ หรือ
 มีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก ความ
 พึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการ
 มีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ
 ในความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ เป็นการรับรู้
 ของบุคคล แต่ละบุคคลเกี่ยวกับสถานะในชีวิต
 ของตน ในบริบทของวัฒนธรรมและความหมาย

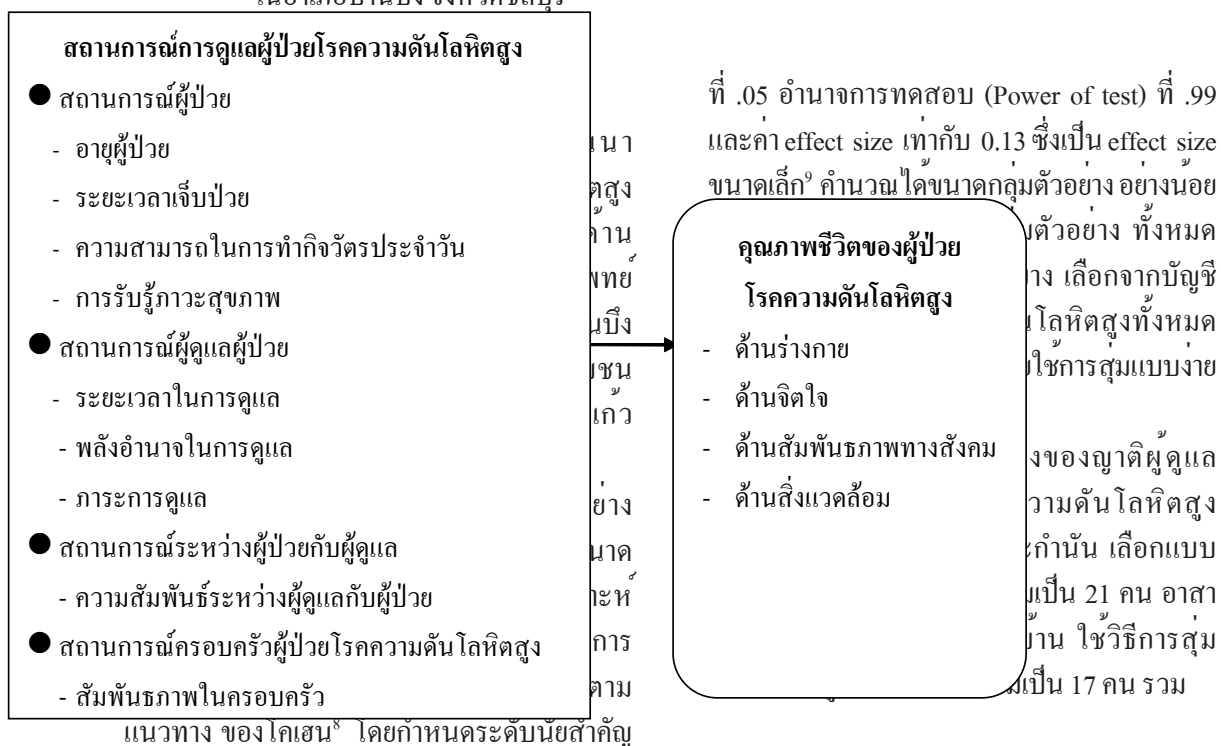
ของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังมาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งในเรื่องของภาวะสุขภาพร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ สัมพันธภาพหรือความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม

จากความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าว ได้มีผู้พยายามคิดค้นหาวิธีในการประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตโดยการสร้างเครื่องมือแบบต่าง ๆ ซึ่งแตกต่างกันออกไปตามแนวคิด วัตถุประสงค์ และวิธีการ เช่น ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพขึ้นมาใหม่ เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐาน ในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก⁶ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ⁷ ได้พัฒนาเครื่องมือดังกล่าวเพื่อประเมินการรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิต โดยใช้ชื่อว่า เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.84 และต่อมาได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือการรับรู้เรื่องราวความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมได้ด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมคือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าวจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะการดูแลในระบบเล็กจากองค์ประกอบ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวอาสาสมัคร และบุคลากรสุขภาพ สามารถสรุปได้ ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาศถานการณ์ปัญหา ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี



ทั้งสิ้น 38 คน ส่วนบุคลากรจากหน่วยบริการสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ เลือกแบบเจาะจง แห่งละ 3 คน รวมเป็น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจสถานการณ์ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 11 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและสังคม

ชุดที่ 2 แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ลักษณะทางประชากร และสังคม

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีของบาร์เทล (Barthel Activity Daily Living Index: BADL) ของคอลลินและคณะ¹¹ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมความสามารถ ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในเรื่อง 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน และโกนหนวด 3) การอาบน้ำ 4) การสวมเสื้อผ้า 5) การลุกนั่ง 6) การเคลื่อนย้ายตนเองในบ้าน 7) การขึ้นลงบันได 8) การใช้ห้องสุขา 9) การกลืนอาหารและ 10) การกลืนปัสสาวะ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92

ชุดที่ 4 แบบวัดพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของกิบบสัน¹² ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ และสังคม ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด) เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 100

ชุดที่ 5 แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของโรเซนเบอร์เกอร์¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .61 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด) เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนของแบบวัดนี้อยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบประเมินภาระการดูแลของซาริต¹⁴ มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ครอบคลุมความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเกี่ยวกับตนเองและบทบาทผู้ดูแล ในด้านการดูแลส่งผลให้ชีวิตมีความไม่แน่นอน รู้สึกถึงเครียดในการดูแลขัดแย้งในตนเอง และรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดูแล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย นานๆครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ)

ชุดที่ 7 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย คัดแปลงมาจากแบบสำรวจสถานะสุขภาพชนิดผู้ตอบประเมินตนเองที่สุชาดาทวีสินธุ์และคณะ¹⁵พัฒนามาจาก Health State Description (WHO) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมการมองสุขภาพกายและจิตในภาพรวมและความยากลำบากในการทำกิจกรรม 8 มิติ ได้แก่ เคลื่อนไหว ดูแลตนเอง ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย มีสมาธิ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มองเห็น นอนหลับ/ความมีชีวิตชีวา และอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (แย่มาก/ปัญหา มากที่สุด แย่/ปัญหามาก ปานกลาง ดี/ปัญหาเล็กน้อยดีมาก/ไม่มีปัญหา)

ชุดที่ 8 แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย พัฒนามาจากแนวคิดสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคลของซิลิแวน¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 มีลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา)

ชุดที่ 9 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวแบบปฏิสัมพันธ์ของริชาร์ด ซี แครนเดล มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้านคือ การแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึกมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95 ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ)

ชุดที่ 10 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁷ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของและเงินทอง ยอมรับและเห็นคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ชุดที่ 11 แบบสอบถามความต้องการของญาติผู้ดูแล สร้างขึ้นจากแนวคิดของอนิตา⁸ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการการจัดการภายในบ้าน ความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย ความต้องการการปรับระดับประคองจิตใจ ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ความต้องการเงินและวัสดุสิ่งของ ความต้องการดูแลผู้ป่วยระยะสั้น มีจำนวน 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด)

ชุดที่ 12 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ สำหรับข้อ 1 และข้อ 25 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบ 4 ด้านนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

2. แบบประเมินสถานการณ์การดูแลสถานะเรื้อรัง หรือเรียกว่า ICC) แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน ได้แก่ สถานที่ บุคลากร จำนวน 2 ข้อ

ชุดที่ 2 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น

1) ภาพรวมของการดูแลสถานะเรื้อรังในแต่ละระบบ เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะของการจัดบริการสุขภาพ ทีมในการดูแลสุขภาพ ระบบการรวบรวมและบันทึกข้อมูลกลุ่มที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ นโยบายการดูแลสุขภาพ ระบบการเงิน แหล่งทรัพยากร และกฎหมาย

2) หลักการดูแลสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ขอบเขตที่ผู้รับบริการจะได้รับ การตัดสินใจในการดูแลโดยให้หลักฐานเชิงประจักษ์ การดูแลในกลุ่มประชากร การเตรียมการป้องกัน ด้านคุณภาพ การบูรณาการบริการ การจัดการดูแล

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจารย์พยาบาล ทางด้านการพยาบาลชุมชน และการพยาบาลอายุร-

ศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับบริบทไทยซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันและผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับผู้มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรประสิทธิภาพของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นตามที่กล่าวไว้ในเครื่องมือ แต่ละชนิดทางตน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจัยในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดอบรมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อประสานงานเรื่องกลุ่มตัวอย่าง
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล แก่นนำชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ ซึ่งจะรักษาข้อมูลเป็นความลับและแสดงเป็นค่าสถิติในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ และร้อยละ

1.2 การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแล ภาวะสุขภาพ ความต้องการญาติผู้ดูแล และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.3 คำนวณค่าอำนาจการทำนายของปัจจัยต่างๆ ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา โดยการสรุปประเด็นสำคัญและขอคนพบ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 69.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ร้อยละ 77 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.4 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว ส่วนโรครวมอื่นที่พบได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยได้รับการรักษาร้อยละ 97.1 ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.7 และมีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษามากที่สุดร้อยละ 73.1 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากหรือต้องการการพึ่งพาน้อย ($\bar{X} = 18.0, SD = 4.4$) ส่วนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า โดยภาพรวมผู้ป่วยรับรู้ตัวเอง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้-ค่อนข้างไม่ดี ($\bar{X} = 40.1, SD = 14.69$)

2. สถานการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 58 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 11-79 ปี มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือ เป็นคู่สมรส ร้อยละ 33.7 เหตุผลในการทำหน้าที่ผู้ดูแลคือ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการตอบแทนบุญคุณ และมีเวลาสะดวก และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 89.7 ด้านการดูแลผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 44 มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพมากที่สุด ด้านพลังอำนาจในการดูแล พบว่า โดยภาพรวม ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ค่อนข้างไม่ดี ($\bar{X} = 40.1, SD = 14.69$) ส่วนด้านการดูแลพบว่า โดยภาพรวมรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการเหนื่อยถึงไม่เป็นการเลย ($\bar{X} = 17.37, SD = 15.72$)

3. สถานการณ์ครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยภาพรวมพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 67.53, SD = 12.96$) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีค่อนข้างไปทางปานกลาง ($\bar{X} = 59.94, SD = 12.50$) และการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 109.12, SD = 13.07$)

4. ความต้องการการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงของญาติผู้ดูแล พบว่าร้อยละ 66.4 ของญาติผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง โดยต้องการข้อมูลและบริการ การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยและด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ พลังอำนาจในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ($r = .333, .295, .270, .207$ และ .158 ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล พลังอำนาจในการดูแล การดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=350)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. อายุของผู้ป่วย	1.00										
2. ระยะเวลาเจ็บป่วย	.039	1.00									
3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.250**	-.097	1.00								
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	.245**	.197**	-.553**	1.00							
5. ระยะเวลาในการดูแล	-.020	.513**	-.040	.083	1.00						
6. พลังอำนาจในการดูแล	-.015	.057	.016	-.050	-.060	1.00					
7. การดูแล	.099	.190**	-.268**	.640**	.073	-.078	1.00				
8. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	-.021	-.050	.148**	-.185**	-.029	.429**	-.195**	1.00			
9. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.008	-.054	.033	-.170**	.027	.420**	-.297**	.684**	1.00		
10. การสนับสนุนทางสังคม	.008	-.040	.122*	-.141**	-.003	.396**	-.215**	.410**	.449**	1.00	
11. คุณภาพชีวิต	-.091	-.089	.158**	-.271**	-.204**	.333**	-.300**	.207**	.270**	.295**	1.00

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคือการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ภาระการดูแลระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถรวมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20.7 ($R^2_{adj} = .207$, $F = 16.94$, $p < .001$)

โดยตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมากที่สุดคือการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล ($R^2_{adj} = .092$) รองลงมาคือ ภาระการดูแล ($R^2_{adj} = .157$) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ($R^2_{adj} = .194$) และการสนับสนุนทางสังคม ($R^2_{adj} = .207$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง}} = .229 Z_{\text{การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล}} + .213 Z_{\text{ภาระการดูแลของผู้ดูแล}} + .200 Z_{\text{ระยะเวลาการดูแล}} + .141 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

ตารางที่ 2 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์การถดถอย			R	R^2	R^2_{adj}	R^2 Change	t	p- valued
	b	SE	Beta						
การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล	.186	.051	.229	.309	.092	.092	.092	3.625	.000
ภาระการดูแลของผู้ดูแล	-.122	.031	-.213	.405	.164	.157	.065	-3.640	.000
ระยะเวลาการดูแล	-.022	.006	-.200	.415	.204	.194	.037	-3.483	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.111	.050	.141	.469	.220	.207	.013	2.202	.029

Constant = 45.051 $F = 16.944$, $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นวัยสูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย คือโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความชุกสูงและมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของคนไทยเปลี่ยนแปลง อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เพราะโรคเรื้อรังเป็นภาวะที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลในระยะยาว

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยรับรู้และประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี และมีส่วนหนึ่งที่ประเมินว่าตนเองยังต้องการการพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนในบางส่วนหรือต้องการการพึ่งพาทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าด้อยกว่าผู้ที่ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตไม่แข็งแรงถึงร้อยละ 52.7¹⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอาจจะ

ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียการมีสุขภาพดี หรืออาจจะประเมินตัดสินว่าชีวิตของตนถูกคุกคาม มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเกิด พิการเป็นอัมพาต ทำให้สูญเสียความสามารถ ทางร่างกายไป

ด้านญาติผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 11-79 ปี มีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงวัยกลางคน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอิทธิพลทางวัฒนธรรมไทย ที่มองว่าหน้าที่ของบุตรหรือเพศหญิงให้มีบทบาท การดูแลสมาชิกในครอบครัวมากกว่า เพราะ หน้าที่ของบุตรที่ต้องกตัญญูและตอบแทนบุญ คุณต่อบิดามารดา และเพศหญิงเป็นผู้ที่มีความ อ่อนโยนนุ่มนวล ก็จะได้รับการอบรมให้เป็น บุคคลที่ต้อง ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแล ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งหาก ละเลย หน้าที่ก็จะได้รับการตำหนิจากสังคม ภายนอกได้²⁰

ด้านการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากลักษณะบริบท ครอบครัวไทยที่ บิดา มารดา และเครือญาติ จะมีความรักใคร่ผูกพันห่วงใยซึ่งกันและกัน ทำให้ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติและเพื่อนบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁷ ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน และสอดคล้องกับการศึกษาใน ประเทศไทย ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในสังคมไทย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ใน ระดับมาก

ด้านการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย พบมากที่สุดคือ เรื่องการออกกำลังกายและ พักผ่อน รongลงมาได้แก่ การดูแลทำกิจวัตร ประจำวัน ให้กำลังใจ ปลอบใจ ดูแลให้ได้รับยา ตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษา²¹ ที่พบว่า กิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่ ของญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ การช่วยเหลือ ในการรับประทานอาหาร การให้กำลังใจ การ ดูแลเรื่องยา สำหรับการเป็นภาระของผู้ดูแล ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนมากรู้สึก การดูแลผู้ป่วยเป็นการเหนื่อยถึงไม่เป็นภาระเลย

ด้านความต้องการของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ต้องการความช่วยเหลือ ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยต้องการ ข้อมูลและบริการการดูแลผู้ป่วย การปรึกษา ประครองทางจิตใจและจิตวิญญาณ การจัดการ ภายในบ้าน และการสนับสนุนทางการเงิน และสิ่งของ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บ ป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่าง หลีกเลียงไม่ได้ จึงเป็นที่มาของความต้องการ ด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะ ความต้องการด้านข้อมูลการบริการและการดูแล แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลและบริการ การดูแลให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การปรึกษาประครองจิตใจ ตลอดจนต้องการ ให้ญาติหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวแบ่งเบ ภาระในการดูแลผู้ป่วย หรือการจัดการภายใน บ้าน²²

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเอง ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของ

ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านพลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากความหมายของคุณภาพชีวิตโดยองค์การอนามัยโลก¹ ที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับบริบทของวัฒนธรรม และความหมายของระบบในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ซึ่งในทฤษฎีของบุคคาการสุขภาพที่มองว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล เป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละคนพึงพอใจนั้นมีมากน้อย แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในของบุคคลเช่น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยตรง คุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญความทุกข์ทรมานและความเครียดที่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และจากการรักษา ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี ซึ่งมีผลกระทบจากโรคโดยตรง จึงมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติ มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องการความช่วยเหลือ

จากญาติผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล รวมทั้งรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดังนั้น พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่ภาระการดูแล และระยะเวลาการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน พยาบาลควรให้ความสนใจกับกลุ่มญาติผู้ดูแลมากขึ้นและควรถือว่าเป็นกลุ่มเป้าหมาย ที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้การดูแล เพราะปัจจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลบางปัจจัยเป็นปัจจัยที่สำคัญ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลควรหากลวิธีในการเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจและการ สนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล แลลดการรับรู้ถึงการดูแลในรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพของญาติ ผู้ดูแล รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อหากลวิธี สร้างและพัฒนาโปรแกรมในการสร้างเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านโดยใช้ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลมาสนับสนุน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแล ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัย ที่มีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล จำแนกตามปัจจัยด้านประชากรต่างๆ เช่น เพศ และศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ม.ป.ป.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. วันที่เขาค้นข้อมูล 27 มิถุนายน 2551, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdinfo.com/>, 2550
3. ทะเบียนอำเภอบ้านบึง. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, 2551.
4. Boyle D et al. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. **Cancer Nursing**, 23: 193-203, 2000.
5. Lim, J. & Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. **Health and Quality of Life Outcomes**, 2:50, 2004
6. The WHO Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization, **SOC. Sci-Med.**, 41(10): 1403-1409.
7. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/>, 2540.
8. Cohen, J. **Statistical power analysis for behavior sciences.** (2nd ed..) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
9. Cohen, J., & Cohen, P. **Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences.** Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1987.
10. Polit, D.F. Data analysis & statistics for nursing research. New York: Appieton & Lange, 1996.
11. Collin.R.C.et.al. **Neurology.** Philadelphia: W.B.Saunders, 1994
12. Gibson, G.H. The process of empower in Mother of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**, 21(6): 1201-1210, 1995
13. Rosenberg, M. **Rosenberg Self-esteem scale (RSES).** Florenec Slade: Princeton University Press, 1979.
14. Zarit,S.H. **The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview.** Copyright, 1990.
15. สุชาดา ทวีสินธุ์และจินตนา วัชรสินธุ์. การทดสอบแบบสำรวจสถานะสุขภาพชนิดผู้ตอบประเมินตนเองในประเทศไทย.ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.

16. Sullivan, GC. Towards clarification of conergent concepts : Sense of coherence will to meaning locus of control, learned helplessness and hardiness. **Advanced in Nursing Science**, 18, 1772-1778, 1993.
17. House, J.S. **The nature of social support**. In M.A. Reading (Ed.), Work stress and social support (pp.13-23). Philadelphia: Addison-Wesley, 1981.
18. Lawrence W.F. Health status and hypertension: A Population-based study. **I CLIN EPIDEMOL**, 49 (11) :1239-1245, 1996.
19. มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต.อุบัว ราชบุรี. เข้าถึงได้จาก <http://gotoknow.org/blog/bcnc-research/276692>, 2551.
20. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: วิเจพรีนติ้ง, 2541.
21. ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ. สถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจของญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน. เข้าถึงได้จาก http://homecare.buu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=33, 2547.
22. วรณรัตน์ ลาวัจ. สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2547.