

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ตั้งไว้จำนวน 100 ราย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 ซึ่งผลการศึกษานำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพกับคะแนนการดูแลตนเอง และตัวแปรต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็นโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และภาวะควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน (จำนวน 100 คน)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		ร้อยละ
เพศ	ชาย	33
	หญิง	67
อายุ	ต่ำกว่า 40 ปี	10
	40 - 60 ปี	46
	สูงกว่า 60 ปี	44
สถานภาพสมรส	โสด	2
	คู่	67
	หม้าย หย่า แยกกันอยู่	31
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	29
	ประถมศึกษา	61
	มัธยมศึกษา	7
	อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	3
อาชีพ	ทำงานบ้าน	39
	ค้าขาย	13
	รับราชการ	4
	เกษตรกร	37
	รับจ้าง	3
	อื่น ๆ (ข้าราชการบำนาญ)	4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	
ต่ำกว่า 1,000 บาท	17
1,000-2,999 บาท	42
3,000-5,000 บาท	20
สูงกว่า 5,000 บาท	21

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67 และมีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 ส่วนสถานภาพสมรสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61 ในเรื่องอาชีพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานบ้านเล็กน้อย โดยไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39 สำหรับรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 1,000 - 2,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และภาวะควบคุมโรค

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
ผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา	
ผู้ป่วยหรือครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายเอง	12
เบิกจากส่วนราชการต้นสังกัดหรือบริษัท	38
สังคมสงเคราะห์	50
ระยะเวลาที่เป็นโรค	
6 เดือนขึ้นไปแต่ไม่ถึง 1 ปี	17
1 - 5 ปี	62
มากกว่า 5 ปี	21
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	
มีภาวะแทรกซ้อน	31
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	69
ภาวะควบคุมโรค	
ควบคุมโรคได้	70
ควบคุมโรคไม่ได้	30

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือในด้านค่ารักษาจาก
แผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างมีระยะเวลาของการเป็นโรคตั้งแต่ 1-5 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62 กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมโรคได้ โดยคิดเป็นร้อยละ
69 และ 70 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

2.1 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	คะแนนเต็มของแบบวัด	\bar{X}	S.D
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	42	39.24	3.50
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	30	24.14	5.12
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	36	32.77	3.29
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	36	32.67	2.89
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	42	34.60	3.16
ปัจจัยร่วม	24	22.77	1.61
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	210	186.19	11.65

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพด้านปัจจัยร่วมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 22.77 จากคะแนนเต็ม 24 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.61 รองลงมาคือความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ย 39.24 จากคะแนนเต็ม 42 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.50 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือมีค่าเฉลี่ย 24.14 จากคะแนนเต็ม 30 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.12

2.2 คะแนนการดูแลตนเอง

สำหรับคะแนนการดูแลตนเอง พบว่ามีค่าเฉลี่ย 26.59 จากคะแนนเต็ม 34 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.55

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพกับคะแนนการดูแลตนเอง และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ตลอดจนผลการถดถอยพหุคูณของความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 4 ถึงตารางที่ 8

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป	.0227 ^{NS}
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.3032 ^{**}
การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	.2151 [*]
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา	.1709 [*]
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน	.2008 [*]
ปัจจัยร่วม	.2398 ^{**}
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม	.3309 ^{***}

*** = $P < .001$, ** = $P < .01$, * = $P < .05$, NS = ไม่มีนัยสำคัญ

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียงความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปเพียงด้านเดียวเท่านั้นที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	การดูแลตนเอง
อายุ (X ₁)														
เพศ (X ₂)														
ระดับการศึกษา (X ₃)														
รายได้ (X ₄)														
ระยะเวลาที่เป็นโรค (X ₅)														
การเกิดภาวะแทรกซ้อน (X ₆)														
ภาวะความเครียด (X ₇)														
ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ														
แรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยทั่วไป (X ₈)														
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (X ₉)														
การรับรู้ถึงความรู้ทางสุขภาพของโรค (X ₁₀)														
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (X ₁₁)														
การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน (X ₁₂)														
ปัจจัยรวม (X ₁₃)														

*** = P < .001 ** = P < .01 * = P < .05

จากตารางที่ 5 แสดงว่าการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในด้าน การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านปัจจัยร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของ การรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มี ความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิต สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ภายในพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เป็นโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับเพศและ รายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเพศมีความสัมพันธ์กับรายได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรคและ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ภายในระหว่างปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกันเอง พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความ สัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมี ความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา และอุปสรรคในการ ปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อหาตัวทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วย จาก ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแสดงค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณทั้งใน รูปของคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การ ถดถอย (t) ค่าคงที่ของสมการการทำนายในรูปคะแนนดิบ (a) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ในการทำนาย (SE_{est}) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และสถิติ ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (F) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายการดูแลตนเอง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนายที่เข้าสมการตามลำดับ	b	β	t
การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.20832	.30080	3.296**
การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	-1.78389	-.23390	-2.581*
ปัจจัยร่วม	.46552	.21186	2.326*
ระดับการศึกษา	1.02214	.19534	2.156*
ค่าคงที่ (a)	10.65577	SE _{est} = ± 4.65821	
R = .47298, R ² = .22371, F = 6.84409***			

*** = P < .001, ** = P < .01, * = P < .05

จากตารางที่ 6 จะเห็นว่า มีตัวทำนายที่เข้าสมการเพียง 4 ตัวแปร คือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยร่วม และระดับการศึกษา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .47298 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .001 สามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 22.37 และเมื่อพิจารณาว่าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีค่าน้ำหนักคะแนนที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยด้านการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยร่วม และระดับการศึกษา มีค่าน้ำหนักคะแนนที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเบื้องต้นสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพล	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	รายได้	ระยะเวลาที่เป็นโรค	การมีภาวะแทรกซ้อน	ภาวะความคุมโรค	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	ค่าความเบื้องต้นสุขภาพโดยส่วนรวม
อายุ	.1073	-.2197*	.1161	.2004*	-.0079	.0670	-.1364	-.1153	-.1330	.0208	.1409	.0669	-.0766			
เพศ		.4821***	.2786**	-.0111	.0814	-.0510	-.0301	-.0569	.1856	.0361	.0149	.2041	.0032			
ระดับการศึกษา			.4168**	-.0569	.0308	-.0259	.0377	-.0546	.0875	.1274	.0311	.0211	.0538			
รายได้				.0518	.1088	-.0143	.0693	-.2255	-.0354	.0514	-.0032	-.0289	-.0804**			
ระยะเวลาที่เป็นโรค					.0970	.2909*	.1077	.1897	.1534	.2843*	.0496	-.0109	.2416*			
การมีภาวะแทรกซ้อน						.0613	-.0276	.0495	.0734	.0092	-.0110	.0422	.0394			
ภาวะความคุมโรค						-.1493	.0865	.0007	.0993	-.0625	.1373	.0201				

19

- X₁ = แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป
- X₂ = การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- X₃ = การรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค
- X₄ = การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา
- X₅ = การรับรู้ถึงข้อดีของโรคในทางปฏิบัติ
- X₆ = ปัจจัยร่วม

จากตารางที่ 7 แสดงว่าความเบื้องต้นสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นปัจจัยเดียวเท่านั้น โดยมีระดับความมั่นใจสู่ทิศทางสถิติที่ .01 ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเบื้องต้นสุขภาพ โดยส่วนรวม

สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อหาตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนายที่เข้าสมการ	b	β	t
ระยะเวลาที่เป็นโรค	4.55180	.24161	2.465*
ค่าคงที่ (a)	181.45613	$SE_{est} = \pm 2.23128$	
$R = .24162, R^2 = .05838, F = 6.07590^*$			

* = $p < .05$

จากตารางที่ 8 เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งคาดว่าจะเป็นตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีตัวทำนายที่เข้าสมการเพียงตัวแปรเดียวคือ ระยะเวลาที่เป็นโรค โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .24161 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 สามารถทำนายความเชื่อด้านสุขภาพได้ร้อยละ 5.83 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เป็นโรคนี้น่าหนักจะแนะที่สามารถทำนายความเชื่อด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลของประชากรที่ทำการศึกษารวม 100 คน ผู้วิจัยได้นำมา อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากตารางที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่มีอายุยืนยาวและมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย (Cockerham, 1982, p.70) และตามปกติโรคความดันโลหิตสูงจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Marcinek, 1980, p.928) ส่วนอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปีและสูงกว่า 60 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยสูงอายุและมีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ มีอาชีพเกษตรกรหรือไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มีรายได้ค่อนข้างต่ำ (1,000-2,999 บาท) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร สำหรับผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลในรูปของบัตรสังคมสงเคราะห์ ช่วยให้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนาน (1-5 ปี) ทำให้แพทย์ผู้รักษามีระยะเวลาในการศึกษาพยาธิสภาพของผู้ป่วย และปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และปรับตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถควบคุมโรคได้รวมทั้งไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่ทำการศึกษารวมสามารถควบคุมโรคได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้สูงถึงสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจะมีกิจกรรมการดูแลตนเองดี ซึ่งผลที่ได้นี้เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ เคิร์ชและ โรเซ็นสโตค (Kirscht & Rosenstock, 1977, p.118) ที่ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ซึ่งโรเซ็นสโตคได้กล่าวว่า บุคคลจะมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคถ้าบุคคลนั้นเข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Rosenstock cited in Becker & Maiman, 1975,

p.12) ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย (Becker & Maiman, 1975, p.13) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เมื่อเข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับการสอนหรือแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้มีการรับรู้ถึงสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนทุกราย ผู้ป่วยจึงพยายามปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและหลีกเลี่ยงจากสาเหตุส่งเสริมการเกิดโรค รวมทั้งการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีความจำเป็นในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาทั้งสิ้น ประกอบกับผู้ป่วยบางรายเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการละเลยในเรื่องการดูแลตนเองตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากยังมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่เพียงพอ จนในที่สุดอาการได้ทวีความรุนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานและเกิดการเรียนรู้ว่าการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสรัตน์ (2530, หน้า 81) และสมใจ ยัมวิไล (2531, หน้า 96) ซึ่งพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหอบหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเอง

3. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จากผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงและอันตรายมาก จะมีกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรง ซึ่งผลที่ได้นี้เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับแนวคิดของ คอนเนลลี (Connelly, 1987, p.626) ที่ว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และยั้ง (Young อ้างใน นิรมวัลย์ ปริตาสวัสดิ์, 2530, หน้า 81) ได้กล่าวสนับสนุนว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งที่จะรักษา ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสันและคณะ (Nelson, et al, 1978, p.903) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่รับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่ไม่คิดว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรง ทั้งนี้อาจจะเป็น

เพราะว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงซึ่งอาจ เป็นการรับรู้จากการอธิบายของแพทย์และพยาบาล หรือ เป็นการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและไม่อยากให้เกิดขึ้น จึงพยายามที่จะชวนชวายเป็นเข้ารับการรักษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เมื่อได้รับการรักษา และ ชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจึงส่งเสริมให้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ เฮลเลนแบรด์ (Hellenbrand, 1983, p.220) ที่ว่าการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว และมีผลในการกระตุ้นพฤติกรรมอนามัยให้ เป็นไป ในทางที่ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นอย่างเหมาะสม แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแต่ไม่สามารถหรือไม่ทราบวิธีการที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เกิดกลไกการป้องกันทางจิตขึ้น เช่น การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะมีความร่วมมือทางด้านสุขภาพอนามัย ซึ่ง เบคเคอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975, p.15) ได้สรุปว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ในสถานการณที่ผู้ป่วยมีความกลัวหรือวิตกกังวลเกินไป

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งที่มีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองดี ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการวิจัยของเนลสันและคณะ (Nelson, et al. 1978, p.898) ที่ว่า การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนิตยา ภาสุนันท์(2530, หน้า 81) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาไประยะหนึ่งจนสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้นและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคหรือลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮน์เซลแมน, เอลลิง และกาเบอร์สัน ซึ่งอ้างในผลงานวิจัยของเบคเคอร์และไมแมน

(Heinzelmann, Elling & Gabrielson cited in Becker & Maiman, 1975, p.16) ที่ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาและประสิทธิภาพของการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ฮาล์ลอล (Hallel, 1982, p.137) ยังพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการป้องกันความรุนแรงของมะเร็งเต้านม จากผลการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีชีวิตที่ปกติสุขยิ่งขึ้น

5. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือผู้ที่ได้คะแนนความเชื่อในด้านนี้สูง แสดงว่า ไม่มีอุปสรรคหรือมีอุปสรรคน้อยในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีการดูแลตนเองดี ผลที่ได้นี้เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของเฮร์เชย์, มอร์ตัน, เดวิส และริชกอทท์ (Hershey, Morton, Davis & Reichgott, 1980, p.1081) และเทอร์เรลกับฮาร์ท (Tirrel & Hart, 1980, p.490) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้คาลด์เวลล์ (Caldwell, 1970, p.579) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น การไม่มาตรวจตามนัด การไม่มารับการรักษาและไม่มารับยา โดยให้เหตุผลว่าอาการหายเป็นปกติแล้วหรือต้องเสียเวลาในการรอคอยแพทย์เพื่อตรวจรักษานานเกินไปทำให้เสียเวลาในการทำงาน เป็นต้น สำหรับการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าตนไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ตลอดจนการเสียเวลาในการรอคอยแพทย์เพื่อตรวจรักษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายบอกว่าไม่คิดว่าเป็นการเสียเวลาแต่อย่างใด แต่ตรงกันข้ามวันมาตรวจตามนัดกลับเป็นวันที่รอคอย อยากรักษาและอยากทราบว่าอาการของตนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง ดังนั้นจึงมีความยินดีและเต็มใจที่จะรอคอยแพทย์ผู้ตรวจรักษา ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษา กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ได้รับความช่วยเหลือจากแผนกสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล และร้อยละ 38 เบิกได้จากส่วนราชการต้นสังกัดหรือบริษัท จึงไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ หรือผู้ที่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ก็สามารถเลิกดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ได้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงนิสัยหรือความเคยชินในเรื่องนี้มากนัก สิ่งต่างๆ

เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นความเชื่อในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงสนับสนุนการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529, หน้า 82) และ สมใจ ยี่มิโล (2531, หน้า 97) ที่ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

6. แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง กล่าวคือไม่ว่าผู้ป่วยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผลที่ได้ไม่เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528, หน้า 115) นิตยา ภาสุนันท์ (2530, หน้า 81) รวมทั้ง ฮีฟเนอร์กับเคิร์ช (Haefner & Kirscht, 1970, p.483) และฟอสเตอร์กับเคอส์ช (Foster & Kousch, 1981, p.331) ซึ่งพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา สาเหตุที่ผลการศึกษาดังนี้ไม่เป็นไปตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนย่อยในด้านต่าง ๆ อาจเนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.42 แต่คะแนนการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 78.20 ทำให้ความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ประกอบกับผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้เป็นโรคเรื้อรัง และมีระยะเวลาที่เป็นโรคนาน (1-5 ปี) ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ และปรับตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล และยอมรับในการดูแลตนเองตามแผนการรักษามากขึ้น โดยไม่ต้องอาศัยแรงจูงใจมากนัก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองดีอาจเป็นเพราะมีปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการดูแลตนเองตามแผนการรักษาอยู่แล้ว เช่นการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วย ความเชื่อถือแพทย์ผู้รักษา การได้รับความช่วยเหลือในด้านค่ารักษา รวมทั้งการได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการการดูแลตนเองดีโดยไม่จำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจเป็นสิ่งชักนำ ส่วนผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองไม่ดีอาจเป็นเพราะมีปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่ออาการตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และบางรายมีภาวะแทรกซ้อนเกินขั้นแล้ว

ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้และการศึกษาในระดับต่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982, p.162) ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้องและเหมาะสม ถึงแม้จะมีแรงจูงใจมากเพียงใดก็ตาม ดังนั้นความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

7. ปัจจัยร่วม ผลการวิเคราะห์พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยร่วมดังกล่าวได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา ความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษาและแผนการรักษา ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นจะมีการดูแลตนเองดี ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความเชื่อถือและศรัทธาแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาและแผนการรักษา ตลอดจนความพึงพอใจที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์คนที่เคยรักษาตนมาก่อน และรู้สึกว่าแพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำด้วยความเป็นกันเองในการมาตรวจแต่ละครั้ง อีกทั้งการได้รับความห่วงใยหรือความเอาใจใส่จากคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมหรือชักนำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในเรื่องการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ดียิ่งขึ้น หรือให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ผลที่ได้นี้เป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2530, หน้า 83) และสมใจ ยิ้มวิไล (2531, หน้า 97) ที่ว่า ปัจจัยร่วมต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคหอบหืดตามลำดับ

8. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวม เป็นผลรวมของความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วม จากผลการวิเคราะห์พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่าผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมสูงจะมีการดูแลตนเองดี ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้นั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการด้วยกัน ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือความเชื่อ

(Joseph, 1980, p.135) ซึ่งจัสมีกับทริกสแตด(Jasmin & Trygstad, 1979, p.8) และโรคิช (Rokeach, 1970, p.112) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ หรือเป็นสิ่งที่กำหนดแนวโน้มในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นผู้ป่วยที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนอย่างไรก็แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าวทั้ง ๆ ที่ความเชื่อนั้นอาจจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม (สุนน สุตะชะ, 2530, หน้า 4) และสอดคล้องกับความคิดเห็นของฟิปส์ และคณะ (Phipps, et al.1983, p.127) ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมามีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตนหรือการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้และเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสนับสนุนสมมุติฐานของการวิจัยที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

จากการศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง พบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ และสามารถทำนายความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอะไรบ้าง และปัจจัยเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร จึงได้ทำการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ภายใน (internal correlation analysis) และอภิปรายผลได้ดังนี้

เมื่อทำการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(stepwise multiple regression) เกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวทำนายการดูแลตนเองพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยร่วม และระดับการศึกษา สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขั้นที่ตา ไต สมอ และหัวใจ ซึ่งแพทย์และพยาบาลที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงจะอธิบายถึงสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ให้ผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและตระหนักถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับตนเอง และมีผลกระทบกระเทือนต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนการเสียเวลาและค่าใช้จ่าย

จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เมื่อผู้ป่วยยอมรับสิ่งสำคัญเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเองตามแผนการรักษาด้วยความเต็มใจยิ่งขึ้น การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจึงสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ส่วนตัวทำนายการดูแลตนเองอีกอย่างหนึ่งคือภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสียหายที่ และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเพราะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ ภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายการดูแลตนเองได้เช่นกัน สำหรับตัวทำนายการดูแลตนเองลำดับต่อไปได้แก่ปัจจัยร่วม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา ความเชื่อถือในแพทย์ผู้รักษา ตลอดจนความเอาใจใส่ช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์และพยาบาลและมีความพอใจที่ได้รับการตรวจจากแพทย์คนที่เคยรักษาตนมาก่อน ตลอดจนความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ผู้รักษา นอกจากนี้ยังได้รับความเอาใจใส่หรือความห่วงใยจากคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ปัจจัยร่วมจึงเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้ ส่วนตัวแปรสุดท้ายที่สามารถทำนายการดูแลตนเองที่พบในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ระดับการศึกษา นั่นคือผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาตลอดจนการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความสัมพันธ์กับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจด้วย กล่าวคือผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมสามารถหารายได้และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ รายได้ที่สูงจะช่วยเอื้ออำนวยหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมใจ ยิมวิไล (2531, หน้า 102, 104) และคาสล์กับคอบบี้ (Casl & Cobb, 1966, p. 250) ที่ว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพอนามัยได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ด้วย

เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพบคุณแบบขั้นตอนเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นตัวทำนายความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า มีเพียงระยะเวลาที่เป็นโรคเพียงปัจจัยเดียวเท่านั้นที่สามารถทำนายความ

เชื่อด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 8) แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานจะมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคสั้นกว่า ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานจะมีประสบการณ์ตรงกับตนเองเกี่ยวกับความไม่สบายจากพยาธิสภาพของโรคและก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือความเชื่อเดิมให้ถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520, หน้า 84) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้นระยะเวลาที่เป็นโรคจึงสามารถทำนายความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อาจเนื่องจากตัวแปรอิสระที่ทำการศึกษาครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันอยู่ในระดับหนึ่งซึ่งอาจส่งผลถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้ทำการศึกษาครั้งนี้ที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ภายในระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและภาวะควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 7) แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานจะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามากกว่าและสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคสั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการมีระยะเวลาที่เป็นโรคนานทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ว่าการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหรือดูแลตนเองตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง จึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่หากผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายและมีผลเสียหายตามมาอีกมากมาย เมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและโทษของการขาดความร่วมมือในการรักษาก็จะเกิดการเปรียบเทียบแล้วตัดสินใจที่จะพยายามปรับตัวให้มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคดีขึ้น เหตุผลอีกประการหนึ่งคือการมีระยะเวลาที่เป็นโรคนานทำให้แพทย์มีโอกาสนในการปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมโรคประสบความสำเร็จมากขึ้น ดังนั้นระยะเวลาที่เป็นโรคจึงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง