

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ที่เป็นโรคนี้ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ปัจจุบันพบว่ามีคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี รวมทั้งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (นิตยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญญา. 2554) องค์การอนามัยโลกและสมาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างประเทศ (WHO/ISH. 1999) คาดการณ์ว่าในอีก 16 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง 1,500 ล้านคน อีกทั้งยังระบุว่าร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ทำให้อาจไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้ปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมและส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมามากมาย จากสถิติข้อมูล National Health and Nutritional Examination Survey (NHANES. 1996) ปี ค.ศ. 2005–2008 พบว่าชาวอเมริกา ร้อยละ 79.6 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 52.2 ที่ทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่าประเทศแคนาดา ปี ค.ศ. 2009 มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 12 ปี โดยมีอัตราส่วนของหญิงและชายใกล้เคียงกัน หญิงร้อยละ 17.3 และชายร้อยละ 16.4

สำหรับข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548-2549 พบว่ามีมากถึง 544.08 และ 659.57 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. 2550) สอดคล้องกับสถิติที่สำรวจในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกของโรคเท่ากับร้อยละ 21.4 หรือกล่าวได้ว่ามีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคน ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3 เมื่อแยกตามอายุ พบว่าความชุกของโรคต่ำสุดร้อยละ 2.9 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ชายร้อยละ 4.6 และหญิงร้อยละ 0.9 จากนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.9 ถ้าแยกตามเขตการปกครองพบว่าความชุกในชายและหญิงที่อาศัยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 26.8 และร้อยละ 19 ตามลำดับ และพบว่ากรุงเทพมหานครมีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 29.8 ทั้งชาย ร้อยละ 32.7 และหญิง ร้อยละ 26.9 (วิชัย เอกพลากร. 2553) ในปี ค.ศ. 2011 มีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 76.4 ล้านคน และเริ่มพบในอายุ 20 ปี และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะมีการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก (สมาพันธ์หัวใจโลก. 2555)

การที่อัตราตายและอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้การประกอบอาชีพ วิธี

การดำเนินชีวิต พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีอาการ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคมารพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ซึ่งทำให้มีผลต่อการรักษา การควบคุมความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำได้ค่อนข้างยากในภายหลัง (ธวัชชัย ภาสุรกุล. 2552) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และความรุนแรงตามมามากมาย กล่าวคือ ทำให้มีโอกาสดเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเป็นอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เฟลมมิงแฮม (Framingham. 2006) ที่ติดตามประชากร จำนวน 958,074 ราย ใน 61 การศึกษาเป็นเวลา 12 ปี พบว่าทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) หรือ 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมากขึ้น ในคนที่มีระดับความดันโลหิต 120-129/80-84 มิลลิเมตรปรอท หรือสูงกว่าปกติ (130-139/85-89 มิลลิเมตรปรอท) และโรคนี้ยังทำให้เกิดความพิการ รวมทั้งเสียชีวิตจากการควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้

โรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นเพศฆาตเงียบ เนื่องจากการดำเนินโรคค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลานาน และในช่วงแรกจะไม่แสดงอาการใด ๆ กว่าจจะรู้ว่าเป็นโรคบางรายก็เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว และไม่มียารักษาให้หายขาดทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน (Carlson, Riegel and Moster. 2001) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550) รายงานว่าประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการจัดการโรคนี้ถึงปีละ 15,000 ล้านบาท เมื่อจำแนกเป็นรายงานค่าใช้จ่ายสำหรับการนอนในโรงพยาบาลต่อครั้ง พบว่าโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1,670 บาทต่อราย และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาทต่อราย ต่อครั้ง (วิมลนิจ สิงหะ. 2548) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคนี้ส่งผลให้ผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสุขภาพต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

โรคความดันโลหิตสูงที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยสิ่งแวดล้อมพบว่ามีหลายปัจจัย เช่น การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือด (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. 2545) และการสูบบุหรี่จะเร่งการปล่อยฮอร์โมนเวโซเพรสซิน ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (ชนิดา กาญจนลาภ. 2549) น้ำหนักและส่วนสูงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มระดับความดันโลหิต (Levine. 2004) โดยน้ำหนักที่มากขึ้นจะทำให้หัวใจต้องทำงานสูบน้ำเลือดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น การรับประทานเกลือมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีโซเดียมในเซลล์สูงกว่าปกติเซลล์เกิดการเก็บกักน้ำไว้มากขึ้นและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้

(สุพรชัย กองพัฒนากุล. 2542) ความเครียดทางอารมณ์พบว่ามีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก โดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ส่งสารนอร์อิพิเนพรินจากปลายประสาท และส่งทั้งอิพิเนพริน และนอร์อิพิเนพรินจากต่อมหมวกไตขึ้นในทำให้ไตเก็บโซเดียมไว้และความดันโลหิตสูงได้ และถ้าร่างกายตอบสนองต่อความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างถาวร (จันทนา รณฤทธิวิชัย. 2548) การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ๆ จะสัมพันธ์กับการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วยเช่นกัน เนื่องจากแอลกอฮอล์จะกระตุ้นการหลั่งของแคทีโคลามีนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือดส่งผลให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น เลือดที่ออกจากหัวใจมีแรงดันสูง ระดับความดันโลหิตจึงสูงขึ้นตามมา (Kaplan. 1998) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมถือว่ามีสำคัญมากเพราะหากยังคงมีปัจจัยเหล่านี้อยู่อย่างต่อเนื่องจะยิ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรักษาและเกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น

ประสิทธิผลของการรักษาโรคนี้นี้จึงขึ้นอยู่กับการลดปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคก่อนที่จะมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย โดยการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายด้วยการรักษาทางยา รวมถึงการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและมีระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายที่วางไว้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะควบคุมโรคได้ถึงร้อยละ 90 (American Family Physician. 1998) อีกทั้งยังสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์. 2551) และจากการศึกษาของรอสตามี-กูราน (Rostami-Gooran. 2004) พบว่าผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีการรับประทานยานานกว่า 5 ปี เนื่องจากมีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการรักษา และมีการติดตามการรักษาทุก 3 เดือนครบทุกครั้ง

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่าจากการศึกษาของรัดและคณะ (Rudd and other. 2004) พบว่าผู้ป่วยขาดความตระหนักต่อความสำคัญของการรักษาถึงร้อยละ 70 และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมีมากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ คือ ประมาณร้อยละ 60 และเมื่อรักษาไปแล้ว 1 ปี จำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าครึ่งหนึ่งจะมาตรวจตามนัดไม่ถึงร้อยละ 25 และมีเพียง 1/2-2/3 ของผู้ที่รับประทานยาตามแผนการรักษาที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การรักษาโรคล้มเหลว หลายงานวิจัยยืนยันตรงกันว่าสาเหตุที่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องมาจากเข้าใจว่าระดับความดันโลหิตของตนเองปกติแล้ว จึงหยุดรับประทานยาเอง (จรัญ บุญฤทธิการ. 2551) บางรายไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือซื้อยามารับประทานเอง (สุภัททา อินทรศักดิ์. 2551) ดังนั้น ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ

ความดันโลหิตสูงวิกฤต ภาวะไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดที่จอประสาทตามีจุดเลือดออกทำให้ตาบอด เลือดออกในสมอง ซึ่งสามารถทำให้เป็นอัมพาตและเสียชีวิตได้ (อรุณี หลูปรีชาเศรษฐ. 2549)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาและทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัย ที่พบว่าขึ้นอยู่กับผู้ที่เป็นโรคเองไม่ว่าจะเป็นระดับการศึกษา เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การรักษาสุขภาพ (สุมาลี วังธนากร, ชุตติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. 2550) อีกทั้งการรับรู้ประโยชน์ของยาและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีผลต่อการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปิยะนุช เสาวภาคย์. 2549) สำหรับปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการใช้ยาพบว่าเป็นปัจจัยแวดล้อม ซึ่งได้แก่ บุคคลที่ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา คำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้ยา แม้จะมีการทดลองใช้โปรแกรม การสอน การให้คำแนะนำ ซึ่งเชื่อว่าความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เพิ่มขึ้น แต่ความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เพิ่มขึ้น (Guibert and Franco.1996)

ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงมักมีหลายขนาน แต่ละมือนีมีปริมาณมาก ซึ่งผู้เป็นโรคนีจะมองไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อตนเองจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันผู้ที่เป็นโรคนีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากหรืออยู่ในวัยทำงาน จึงยิ่งส่งเสริมให้เกิดปัญหาการรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง ไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลา รับประทานยาซ้ำซ้อน (เยาวลักษณ์ สิทธิเดช. 2550) (วนิดา ตรงค์ฤทธิชัย และคณะ. 2551) ใช้ยาน้อยเกินไป ใช้ยาขนาดยาสูงเกินไป ความถี่ในการรับประทานยาไม่เหมาะสม (น้องเล็ก บุญจุง, วรางคณา ควรจรีดี และอาภรณ์ จตุรภัทรวงศ์. 2550) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการรักษาเกิดจากไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การลืมรับประทานยา การได้รับผลข้างเคียงจากยาระยะห่างในการรับประทานยาสั้น การรับประทานยาหลายเม็ด และจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงระยะ 1 ปี มีถึงร้อยละ 95 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิต เนื่องจากข้อเท็จจริงและสิ้นหวัง และจากการศึกษาของ โอพาริล และคาลฮอน (Oparil and Calhoun. 1998) ยังพบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากค่ายามีราคาแพง ได้รับผลข้างเคียง จากยาทำให้ไม่เชื่อฟังแผนการรักษาของแพทย์

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของกระทรวงกลาโหม ที่ให้บริการแก่ทหาร ครอบครัว และประชาชนทั่วไป จากรายงานสถิติเวชระเบียนของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2550 – 2554) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการมากเป็นอันดับแรก มีจำนวน 17,406 23,023 26,415 28,544 และ 30,471 คน พบทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 3,716 4,819 5,617 6,143 และ 6,763 คน และพบว่ามึทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการ

คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่ใช้ชื้อยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นจำนวนเงิน 8,769,717 บาท 17,628,530.25 บาท 17,686,285.50 บาท 18,789,260.50บาท และ 19,206,327 บาท ตามลำดับ ซึ่งทหารได้รับสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้ ทำให้สถานบริการของรัฐบาลต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก จึงเห็นได้ว่าทหารเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากการสัมภาษณ์ทหารชายที่หน่วย ร.1.รอ. (กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็ก รักษาพระองค์) ที่เป็นโรคนี้อันและมารับบริการตรวจรักษาประจำที่หน่วยตรวจโรคที่ 7 จำนวน 20 ราย พบว่าอายุระหว่าง 35-60 ปี รับประทานยาลดระดับความดันโลหิต 5 ชนิด กลุ่มยาส่วนใหญ่ที่รับประทานประจำ คือ กลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ (β blocker) ทหารทุกคนให้ข้อมูลว่าไม่ทราบว่าตัวเองมีภาวะความดันโลหิตสูงมานานเท่าไร ประกอบกับไม่มีอาการเตือนถึงความผิดปกติใด ๆ ทำให้ไม่ไปรับการคัดกรอง ในขณะที่บางส่วนแม้จะมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มึนศีรษะ ปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล รู้สึกตื้อ ๆ ในศีรษะ เหมือนหน้ามืด จะเป็นลม แต่ไม่ทราบว่า เป็นอาการของความดันโลหิตสูง บางรายแก้ไขให้อาการเหล่านั้นหายไปด้วยการนอนพัก รับประทานยาแก้ปวด ซึ่งอาการดีขึ้นได้ระยะหนึ่ง แต่เมื่อยามหมดฤทธิ์ จะมีอาการมึนศีรษะเช่นเดิม แต่ไม่สงสัยว่าเป็นเพราะโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือทำงานได้ตามปกติ ก็คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่น่าจะมีอันตรายใด ๆ จึงไม่ไปรับการรักษา

เมื่อสัมภาษณ์ทหารที่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการรับประทานยาพบว่าในทหารที่รับประทานยาเป็นประจำจะพกยาติดตัวตลอดเวลา ขณะที่ร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ บางครั้งไม่ได้รับประทานยา บางวันไม่ได้รับประทานยาเลย บางวันจะรับประทานยาเมื่อนึกได้หรือรับประทานแค่มือเย็นเท่านั้น บางคนหยุดรับประทานยาเป็นเวลานานถึง 1 เดือน โดยให้เหตุผลว่าเพราะลืมนัดภารกิจหน้าที่ ต้องฝึกภาคสนาม ทำงานไม่เป็นเวลา ไปภารกิจต่างจังหวัดหรือปฏิบัติภารกิจตามคำสั่งด่วนโดยไม่ทราบวันและเวลาล่วงหน้าบ่อยครั้ง ไม่ได้นำยาติดตัวไปด้วย อีกทั้งทหารบางคนยังให้ข้อมูลว่าหากไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ก็คิดว่าไม่จำเป็นต้องรับประทานยาทุกวัน ขณะที่บางคนเชื่อว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีผลดีต่อโรคที่เป็นอยู่โดยไม่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงเพิ่มขึ้นและมีโอกาสหายได้ มีน้อยคนที่จะทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคนี้ กรณีที่ยาหมดทหารส่วนมากจะรอจนถึงวันที่แพทย์ออกตรวจ โดยไม่สำรองค่ายาของตนเองไปก่อนเนื่องจากมีรายได้น้อย

จากการสัมภาษณ์ครอบครัวทหารที่เป็นโรคนี้อัน ทำให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าทหารจะให้ความสำคัญกับงานเป็นหลัก ประกอบกับมองเห็นภายนอกว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญเรื่องการรับประทานยามากนัก บางรายแม้สมาชิกในครอบครัวจะคอยเตือนบ่อยครั้งถึงการรับประทานยาให้ตรงเวลาและการตรวจตามนัด ซึ่งทหารมักจะมั่นใจในความแข็งแรงของสุขภาพตนเองจึงละเลยที่จะให้ความสำคัญกับเรื่องดังกล่าว ข้อมูลจากผู้บังคับบัญชา (เดือนมีนาคม พ.ศ.

2554) ระบุว่าได้เปิดโอกาสเต็มที่ให้ทหารไปตรวจรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด แต่การที่ทหารรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใดเกิดขึ้น อีกทั้งการที่ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชา ทำให้ทำงานไม่เป็นเวลา และอาจส่งผลให้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาได้

ในส่วนของการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจโรคที่ 7 เกี่ยวกับการจัดการโรคนี้ได้ข้อมูลว่า ทหารส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ และจะมารับการตรวจร่างกายปีละครั้งตามวงรอบการตรวจสุขภาพประจำปีที่กำหนดของข้าราชการเท่านั้น ส่วนช่วงเวลาที่ไม่ใช่วงรอบของการตรวจสุขภาพก็จะไม่มารับบริการ สำหรับทหารที่ติดภารกิจในช่วงวันและเวลาที่เป็นวงรอบของการบริการตรวจสุขภาพประจำปี ก็จะไม่ได้รับการตรวจและไม่ได้รับการติดตาม ทหารส่วนใหญ่จะหยุดรับประทานยาเมื่อยาหมดและจะรอจนกว่าถึงวันที่แพทย์ออกตรวจ (สัปดาห์ละ 2 วัน) หรือเมื่อพบอาการผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านในทหารที่เป็นโรคนี้ได้ เนื่องจากทหารส่วนใหญ่ไม่ค่อยอยู่บ้าน ใช้เวลาอยู่ที่ทำงานเป็นส่วนใหญ่ และมักไม่มาตามนัด

การที่จะรักษาโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดี จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้ทหารรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เข้าใจถึงวิธีการเอาชนะตนเองและสิ่งแวดล้อมที่จะสนับสนุนให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ต่อเนื่องได้ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจถึงปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งเพนเดอร์กล่าวไว้ว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้นั้นจะต้องบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย มีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนและใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับตัวตามความจำเป็นเพื่อมุ่งสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงใช้อิทธิพลของบุคคลอื่นและสถานการณ์แวดล้อม เพื่อช่วยให้บุคคลมุ่งสู่พฤติกรรมเป้าหมาย เพราะพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น และสถานการณ์แวดล้อมมีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล (Pender, 1996) ซึ่งมีงานวิจัยที่ใช้แบบจำลองนี้ในการค้นหาวิจัยที่มีผลในภาวะสุขภาพลักษณะต่าง ๆ เช่น จีราพร ทองดี, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอักรอนงค์ ปราโมทย์ (2548) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจแล้วพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 55.2 และโอจีเต็กบี แมนคูโซ่ และอะเลอแกรนด์ (Ogedegbe, Mancuso and Allegrante, 2004) ที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองนี้มาออกแบบโปรแกรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 แบบจำลองนี้จึงมีประโยชน์ต่อการช่วยค้นหาว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยาของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้

สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ใช้บริการหลายประการ เช่น การเสริมสร้างให้บุคคลดูแลตนเองภายใต้การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาโรคและผลข้างเคียงจากยา (อรสา พันธุ์ภักดี. 2548) การเป็นที่ปรึกษาเมื่อข้องใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งต่อเพื่อปรึกษาแพทย์ในรายที่ใช้ยารักษาการเจ็บป่วยซับซ้อน (สมจิต หนูเจริญกุล . 2551) การส่งเสริมการใช้ยาในผู้เป็นความดันโลหิตสูง จึงต้องเน้นให้บุคคลรับรู้ต่อโรคที่ตนเองเป็นอย่างถูกต้อง เข้าใจยาที่ใช้ในการรักษาโรค มีความสามารถในการควบคุมการรับประทานยาของตนเอง สามารถจัดการปัญหาอุปสรรคที่อาจส่งผลให้ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง ใช้สิ่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง การเลือกใช้สถานบริการสุขภาพใกล้เคียงเมื่อมีปัญหาเรื่องยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ใช้บริการในการใช้ยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง จึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินโรคช้าลงและลดภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงให้ได้มากที่สุด (Bansberge and other. 2001)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยา และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีปัจจัยใดบ้าง อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ต่างกัน ดังนี้

1.1 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่มีอายุน้อย

1.2 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายมาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่มีดัชนีมวลกายน้อย

1.3 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่

1.4 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติทั้งในหน่วยงานและภารกิจพิเศษ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ปฏิบัติภารกิจพิเศษ

1.5 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพผู้บังคับบัญชาจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีสถานภาพผู้ปฏิบัติงาน และเป็นทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงาน

1.6 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ทำงานเอกสารหรือธุรการ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่ทำงานฝึกภาคสนาม และทำทั้งงานเอกสารหรือธุรการและฝึกภาคสนาม

1.7 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีการศึกษาต่ำ

1.8 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้มาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีรายได้น้อย

1.9 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาป่วยที่นานกว่าจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีระยะเวลาป่วยที่น้อยกว่า

1.10 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ไม่มีความเครียด

2. ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะการรับประทานยาและพฤติกรรมการรับประทานยาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ต่างกัน ดังนี้

2.1 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ไม่สูบบุหรี่

2.2 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.3 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

2.4 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาครบ 3 มื้อ จะมีพฤติกรรมรับประทานยาดีกว่าทหารที่รับประทานยามากกว่าหรือน้อยกว่า 3 มื้อ

2.5 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะมีพฤติกรรมรับประทานยาดีกว่าทหารที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

3. ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ต่อการรับประทานยาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมรับประทานยาที่ต่างกัน ดังนี้

3.1 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามากจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาน้อย

3.2 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาน้อยจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยามาก

3.3 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานยามากจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่รับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานยาน้อย

3.4 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้สึกต่อการรับประทานยามาก จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาน้อยกว่าทหารที่มีความรู้สึกต่อการรับประทานยาน้อย

4. ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีบุคคลแวดล้อมและสถานการณ์แวดล้อมแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ต่างกัน ดังนี้

4.1 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับอิทธิพลของบุคคลรอบข้างระดับมากจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่ได้รับอิทธิพลของบุคคลรอบข้างระดับน้อย

4.2 ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการรับประทานยาระดับมากจะมีพฤติกรรมการรับประทานยาดีกว่าทหารที่สภาพการปฏิบัติงานเอื้อต่อการรับประทานยาระดับน้อย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาและปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาของทหารที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในหน่วยทหาร ร.1.รอ. (กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์) กรุงเทพมหานคร ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคที่ 7 (หน่วยให้การรักษายาบาลเบื้องต้น : Primary Care Unit : P.C.U.) ลำดับที่ 7 จากทั้งหมด 13 หน่วย ซึ่งขึ้นตรงกับกองตรวจโรคโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก และ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555

1.6 นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติ โดยความดันตัวบน (แรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว) และความดันตัวล่าง (แรงดันเลือดขณะหัวใจห้องล่างซ้ายคลายตัว) มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (พีระ บุรณะกิจเจริญ. 2552)

2. ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ทหารหน่วย ร.1.รอ. (กรมทหารราบที่ 1 มหาดเล็กรักษาพระองค์) กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อหัวใจ สมอง ไต และตา

3. พฤติกรรมการรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของทหารที่เป็นโรคชนิดไม่ทราบสาเหตุเกี่ยวกับการรับประทานยา (Edelman & Mandle. 2002) การศึกษาครั้งนี้ ประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของทหาร จากข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ แต่ละระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5	1
ปฏิบัติมาก	4	2
ปฏิบัติปานกลาง	3	3
ปฏิบัติน้อย	2	4
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1	5

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของทหารที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของทหารเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงประกอบด้วย

4.1 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส สถานที่ทำงาน สถานภาพในที่ทำงาน ลักษณะงาน ระดับการศึกษา รายได้ (หักค่าใช้จ่ายแล้วต่อเดือน) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียดและความรู้สึกที่มีต่อการรับประทานยา นิยามของแต่ละปัจจัยมีดังนี้

1) อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีของทหาร นับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไปถือเป็น 1 ปีเต็ม

2) ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่ามาตรฐานที่ใช้ในการประเมินภาวะอ้วนผอมในผู้ใหญ่ คำนวณจากน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) และวัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำมาคำนวณตามสูตร ดังนี้ (Garrow. 1988) ดัชนีมวลกาย = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ความสูง (เมตร) ยกกำลังสอง

3) สถานภาพสมรส หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่งของบุคคล (ปารีฉัตร สิ้นรุจวงศ์. 2554) แบ่งเป็น โสด คู่ และหม้าย หย่า แยกกันอยู่

4) สถานที่ทำงาน หมายถึง ภารกิจที่ทหารรับผิดชอบเป็นหลักในปัจจุบัน ซึ่งอาจได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน หรือบางภารกิจอาจไม่ได้รับค่าตอบแทนก็ได้ การศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) งานที่ปฏิบัติภายในหน่วย คือ ปฏิบัติงานในช่วงเวลาปกติ (เวลา 08.00-16.00 น.) 2) งานที่ปฏิบัตินอกช่วงเวลาปกติหรือภารกิจพิเศษ คือ งานตามคำสั่งผู้บังคับบัญชาที่ให้ไปปฏิบัติงานโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และ 3) งานที่ปฏิบัติทั้งภายในหน่วยและภารกิจพิเศษ คือ ปฏิบัติงานในช่วงเวลาปกติ และงานอื่น ๆ เพิ่มเติมตามคำสั่งผู้บังคับบัญชาที่ให้ไปปฏิบัติโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้

5) สถานภาพในที่ทำงาน หมายถึง ตำแหน่งในที่ทำงานของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 1) ผู้บังคับบัญชา 2) เป็นทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงาน และ 3) ผู้ปฏิบัติงาน

6) ลักษณะงาน หมายถึง ประเภทหรือลักษณะของงานที่ทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องปฏิบัติ แบ่งเป็น 1) ทำงานเอกสารหรือธุรการ 2) ฝึกภาคสนาม และ 3) ทำงานเอกสารหรือธุรการ และฝึกภาคสนาม

7) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

8) รายได้ หมายถึง จำนวนเงินต่อเดือนที่ทหารได้รับจากการทำงานหรือจากแหล่งอื่น ๆ โดยหักค่าใช้จ่ายอื่น ๆ แล้ว

9) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระยะเวลาที่ทหารได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจนถึงปัจจุบัน คิดเป็นจำนวนเต็มของปี

10) ความเครียด หมายถึง การสนองตอบของทหารต่อสภาวะการณ์บางอย่างที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

4.2 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ซึ่งสามารถสังเกตและวัดได้ (สุชาติ โสมประยูร. 2552) ประกอบด้วย

1) การสูบบุหรี่ หมายถึง จำนวนโดยประมาณของมวนบุหรี่ที่ทหารสูบต่อวันแบ่งเป็น ไม่สูบ และสูบหรือเคยสูบแต่เลิกแล้ว

2) การตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ หมายถึง การตี๋มเครื่องตี๋มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่ เมื่อบริโภคเข้าไปแล้วจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้รู้สึกอ่อนคลายเมื่อบริโภคในปริมาณน้อย ถ้าบริโภคปริมาณมาก ทำให้มีหัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเปลี่ยนไปควบคุมตัวเองไม่ได้ (พินิตา นามจันดี. 2549) แบ่งเป็นไม่ตี๋ม และตี๋ม

3) การตี๋มเครื่องตี๋มชูกำลััง หมายถึง การตี๋มเครื่องตี๋มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เมื่อบริโภคเข้าไปแล้ว มีฤทธิ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจ และระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กระปรี้กระเปร่าไม่ง่วงนอน มีกำลัังทำงานได้มากกว่าปกติ (กรชัย ฉันทจิรธรรม. 2554) แบ่งเป็นไม่ตี๋มและตี๋ม

4) การรับประทานอาหาร หมายถึง ปริมาณสารอาหารที่รับประทานเข้าไปแล้วร่างกายสามารถนำไปใช้สร้างเสริมเจริญเติบโตของร่างกาย แบ่งเป็นรับประทานครบ 3 มื้อ และรับประทานน้อยกว่าหรือมากกว่า 3 มื้อ

5) การออกกำลัังกาย หมายถึง การทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลัังที่มีอยู่เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว และการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย (มนัส ยอดคำ. 2548) แบ่งเป็นออกกำลัังกายทุกวันหรืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และออกกำลัังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือไม่เคยออกกำลัังกายเลย

4.3 การรับรู้ต่อการรับประทานยา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานยา การศึกษาครั้งนี้วัดการรับรู้ทั้ง 3 ส่วน จากแบบสอบถามที่มีมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

นิยามของแต่ละปัจจัย มีดังนี้

1) การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา หมายถึง ความเชื่อมั่นของทหารที่ทำให้ทหารเกิดแรงจูงใจที่จะรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษา (Pender. 1996) การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

2) การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้ทหารไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษาได้ (Pender. 1996) การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ

3) การรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะรับประทานยา หมายถึง ความเชื่อมั่นของทหารเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการที่จะรับประทานยาความดันโลหิตสูงตามแผนรักษาภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ (Pender. 1996) การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ

4) ความรู้สึกที่มีต่อการรับประทานยา หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการรับประทานยาของทหาร การตอบสนองความรู้สึกนี้ อาจมีน้อยปานกลาง หรือ มากก็ได้ การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ

4.4 บุคคลแวดล้อมและสถานการณ์แวดล้อม ได้แก่ อิทธิพลของบุคคลรอบข้างต่อการรับประทานยา และอิทธิพลสภาพการปฏิบัติงานที่มีต่อการรับประทานยา การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถามที่มีมาตรวัดแบบลิเกิร์ตสเกล 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5
นิยามของแต่ละปัจจัย มีดังนี้		

1) อิทธิพลของบุคคลรอบข้างต่อการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อทัศนคติ การได้รับการดูแลช่วยเหลือของบุคคลอื่นที่มีผลต่อการรับประทานยาของทหาร ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา หรือบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ

2) อิทธิพลของสภาพการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการรับประทานยา หมายถึง การรับรู้และความคิดของทหาร เกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบท เอื้อหรือขัดขวางการรับประทานยา รวมถึงความสะดวก ระยะเวลาในการเดินทาง ความยากง่ายในการไปรับการรักษาและรับยา การเข้าถึงบริการและความพร้อมของการบริการ การศึกษาครั้งนี้วัดจากแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ