

612.14
ท 364 ป
7.3

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี



ปริญญานิพนธ์

ของ

ทัศนี หงษาครประเสริฐ

15 ส.ค. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

เมษายน 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

64506

ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ
ของ
ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2540

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในจังหวัดราชบุรี โดยการเลือกแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระบวนการกลุ่ม และกลุ่มควบคุม 30 คน ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติทดสอบค่า t ที่ (t-test independent)

ผลการศึกษา พบว่า

รูปแบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการกลุ่มมีประสิทธิภาพให้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการปฏิบัติตัว สูงกว่า รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แต่การรับรู้อุปสรรค ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .05

THE EFFECTIVENESS OF SUPPORT MODEL ON SELF CARE OF
HYPERTENSION PATIENTS IN RATCHABURI PROVINCE

AN ABSTRACT
OF
TASSANEE HONGSAKORNPRASERT

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1997

The research is a quasi-experimental design to study “The effectiveness of support model on self care of hypertension patients.” The samples, 60 primary hypertension patients in Ratchaburi province, were selected by cluster random sampling. The samples divided to two group-experimental group; 30, that manipulated with support model, group process, and control group, 30, that manipulated with currency health education at home. The data gathered by research’s structure interview and t-test independent statistic was used.

The result was follow :

The effectiveness of support model on self care with group process affected to heigher perceived-susceptibility, severity and benefit-and practice behavior than currency health education at home but lower barrier perceived significant at the 0.5 level.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(รศ. สุจินต์ ปริชามารถ)

..... กรรมการ

(อ.ร.ท. ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง ร.น.)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(รศ. สุจินต์ ปริชามารถ)

..... กรรมการ

(อ.ร.ท. ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง ร.น.)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ. ดร. กาโรช เปือกสววรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา พูลสววรรณ)

วันที่ 30. เดือน เมษายน พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์ จากระงศาสตราจารย์
สุจินต์ ปริขามารถ อาจารย์ เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง และ รองศาสตราจารย์
ดร. กำโชค เผือกสุวรรณ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และแก้ไขข้อ
บกพร่องต่างๆ เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากท่านผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ทวีสิทธิ์ สิทธิกร นายวีรพล นิธิพงศ์ นายแพทย์ 8 (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี นางสาว สุวรรณมา อัดตโชติ หัวหน้าฝ่ายสุขศึกษา ประชา
สัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี นางสาว นัทมล รื่นสุคนธ์ นักวิชาการ
สาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และ นาย พิสุทธิ คงขำ นักวิชาการ
สุขศึกษา 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่กรุณาตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้
มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและครอบคลุมเนื้อหาวิชาการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สำเร็จลงได้จากความร่วมมือ ของผู้ร่วมงานที่ช่วยสละ
เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้รับความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล โดย
นาย ทรงพล ค่อนี่ รวมทั้งน้องและผู้ร่วมงานในการจัดพิมพ์รายงานวิจัย

ผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านทั้งที่เอื้อนามและไม่ได้เอื้อนามไว้
ณ ที่นี้ จึงใคร่กราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	7
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	7
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	62
การวิจัยในต่างประเทศ	62
การวิจัยในประเทศ	66
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	75
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	76
แหล่งข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง	77
ประชากร	77
กลุ่มตัวอย่าง	77
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	78
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	78
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	79
ลักษณะของเครื่องมือ	79
เกณฑ์การให้คะแนน	79
การหาคุณภาพเครื่องมือ	80
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	80
วิธีจัดกระทำข้อมูล	81
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	82

บทที่

หน้า

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาครั้งนี้	84
	ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	84
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	84
	ผลการศึกษาค้นคว้า	84
5	บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
	บทย่อ	95
	ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า	95
	วิธีดำเนินการวิจัย	95
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	95
	การวิเคราะห์ข้อมูล	95
	สรุปผลการค้นคว้า	97
	อภิปรายผล	97
	ข้อเสนอแนะ	99
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	99
	บรรณานุกรม	101
	ภาคผนวก	113
	ประวัติย่อผู้วิจัย	169

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	86
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้และการปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง	89
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้และการปฏิบัติตัวหลังการทดลอง	91
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง	92
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง	93
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง	94

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | แสดงถึงขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง | 24 |
| 2 | ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และการเจ็บป่วย | 48 |
| 3 | แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของโรเซนสตอค (Rosenstock) | 50 |

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเห็นได้ชัดจากความสำเร็จทางด้านวัตถุ การเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมธรรมชาติ กลายเป็นตึกขนาดใหญ่ โรงงานอุตสาหกรรมตั้งขึ้นจำนวนมากและจากเดิมประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมเปลี่ยนไปประกอบอาชีพด้านอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้น มีการย้ายถิ่นไปสู่แหล่งอุตสาหกรรมจนเกิดแหล่งชุมชนแออัด ซึ่งการไหลบ่าของเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยขาดการเตรียมชุมชน และทำให้มาตรการในการควบคุมความปลอดภัยทำให้มีการปนเปื้อนของสารพิษต่าง ๆ ในอากาศ และน้ำ ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการใช้เครื่องอุปโภค การบริโภค ที่เปลี่ยนไปตามสังคม และสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมการเกิดโรคขึ้นมากมายในปัจจุบัน ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ แต่เนื่องจากวิวัฒนาการทางการแพทย์สาธารณสุขเจริญก้าวหน้า ทำให้การควบคุมโรคติดต่อเป็นผลสำเร็จ แนวโน้มการเกิดโรคจึงลดลง โดยบางโรคไม่พบอัตราการเกิดโรค แต่ขณะเดียวกันเกือบทุกประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศที่กำลังพัฒนา เช่นประเทศไทย มีแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดความพิการและอัตราตายสูง โรคดังกล่าว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง โดยเอ็ดลินและโกแลนตี(วาสนา ประณณวิวัฒน์. 2532 : 1 ; อ้างอิงมาจาก Edlin and Grolanty.n.d) เรียกโรคเหล่านี้ว่า โรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิต (Lifestyle Disease)

โรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การมีบริโภค นิสัยไม่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้ทำให้มีน้ำหนักตัวเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกายและความเครียด ซึ่งพบได้บ่อยในสภาพปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรัง และพบบ่อย การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้นั้น จะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรค หลอดเลือดในสมองสูง ถึงร้อยละ 80 (เพ็ญศรี หงษ์พานิช. 2536 : 1 ; อ้างอิงมาจาก Castelli.. 1983 : 1194) จัดอยู่ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งหมดของประเทศไทย และก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพบว่ามีสาเหตุการตายเป็นอันดับ 1 จากอัตรา 256.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2535 เป็น อัตรา 58.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2536 (กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 13) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรค

หลอดเลือดที่ไต ทำให้เกิดภาวะไตวาย มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในเรตินา ซึ่งเป็นสาเหตุของการ เกิดสายตามัว และตาบอดในที่สุด ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันจากการแตกของ หลอดเลือดแดงเออร์ตา โป่งพอง (จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532 : 3 ; อ้างอิงมาจาก Luckmann and Sorensen. 1987 : 949) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงระยะแรก จะไม่มีอาการนำมาก่อน แต่รู้ตัวเมื่อมีอาการมากแล้ว หรืออาจเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น (ชมพูนุช อ่องจรีต. 2527: 127) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการเกิดโรคและอัตราตายสูง เมื่อเปรียบเทียบรายปี ตั้งแต่ปี 2530-2534 ดังนี้ ปี 2530 พบอัตราการเกิดโรค 59.7 ต่อประชากรแสนคนอัตราตาย 3.3 ต่อประชากรแสนคน ปี 2534 พบอัตราการเกิดโรคเพิ่มเป็น 84.2 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายเพิ่มเป็น 4.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว จากอันดับ 5 เป็น อันดับ 4 ของสาเหตุการตายทั้งหมด และในปี 2536 คาดประมาณว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง 9,496 คน (16.4 ต่อประชากรแสนคน) จากโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2,936 คน (5.1 ต่อประชากรแสนคน) และพบว่าอายุที่มีอัตราการตายสูงสุด คือ ช่วงอายุ 60-64 ปีโดย อัตราการตายเริ่มสูงขึ้นชัดเจนตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นยังพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในสถานบริการด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2536 ถึง 53,829 คน (92.7 ต่อแสนคน) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเมื่อพิจารณาตามรายภาค พบว่าในปี 2536 อัตราการป่วยสูงสุดในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และน้อยที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความเป็นจริงในชุมชนจากการรายงานเบื้องต้นของการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534 พบว่าภาคกลางมีความชุกสูงสุด คือร้อยละ 10.4 ประมาณ 3 เท่าของภาคอื่น ๆ กล่าวคือ ความชุกในภาคเหนือ ร้อยละ 4.43 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.05 ภาคใต้ต่ำสุด คือร้อยละ 2.87 และพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะความดันเลือดสูงเท่ากับร้อยละ 5.41 และเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ผู้มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ความชุกร้อยละ 3.47 จากจำนวนตัวอย่าง 3,805 คน ผู้มีน้ำหนักตัวปกติ ความชุกร้อยละ 4.61 จำนวนตัวอย่าง 6,719 คน ผู้มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ความชุกร้อยละ 11.07 จากจำนวนตัวอย่าง ผู้ที่อ้วน ความชุกร้อยละ 18.37 จากจำนวนตัวอย่าง 539 คน จากการศึกษาในที่ต่าง ๆ พบว่าในชุมชนแออัดมีความชุกสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ (ร้อยละ 14.0-17.3) รองลงมา คือชุมชนเมือง (ร้อยละ 5.8-10) และชนบท

แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีการกำหนดแผนควบคุมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง มีการพัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เหมาะสม เฉพาะในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบและยังขาดเป้าหมาย กลวิธีดำเนินงาน และเครื่องชี้วัดที่ชัดเจน

ตลอดจนผู้บริหาร และหน่วยงาน รับผิดชอบที่สำคัญๆ ไม่สามารถมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งการจะดำเนินงานให้ได้ผลจำเป็นต้องใช้หลายกลยุทธ์ร่วมกันแก้ปัญหาที่สาเหตุ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชาชน (นโยบายและเป้าหมาย การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 1-2) จากปัญหาอุปสรรคด้านการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสังคมศาสตร์ การบริหารจัดการการถ่ายทอดเทคโนโลยีต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ที่มีขนาดของปัญหาและสภาพสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ต่อมาได้มีการปรับนโยบายและเป้าหมายให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) โดยส่งเสริมสร้างสรรให้บริการเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและสืบค้นภาวะของโรค ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกให้มากขึ้นพร้อมกับการดูแลตนเอง สามารถใช้บริการที่ถูกต้องในการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราป่วยพิการและอัตราการตายของโรคดังกล่าว เนื่องจากเชื่อว่าการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนจะสามารถบรรลุเป้าหมายการพึ่งตนเองและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในที่สุด ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่โดยตรงที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองด้วยการใช้กระบวนการหรือวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งการให้บริการเพื่อการช่วยเหลือส่งเสริมความรู้และสมรรถนะของผู้รับบริการหรือผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย ทั้งนี้เพราะการขยายบริการสาธารณสุข และการจัดบริการโดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว นั้น เป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคและให้บริการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะต่อปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนที่นับวันจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งต้องการการดูแลรักษาระยะยาวในขณะที่กำลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นลักษณะของการบริการสาธารณสุขจึงเปลี่ยนไปจากการมุ่งเน้นที่ “การรักษาโรค” (Curative) มาเป็น “การดูแลคน” (Carative) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจังภายใต้การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากสถิติการเกิดโรคไม่ติดต่อของจังหวัดราชบุรี ปี 2536 พบว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง มีผู้เสียชีวิตจำนวน 203 คน คิดเป็นอัตรา 27.19 ต่อประชากรแสนคน (เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนควบคุมโรคติดต่อจังหวัดราชบุรี. 2538 : 6) และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 217 คน คิดเป็นอัตรา 28.17 คน ต่อประชากรแสนคน (รายงานประจำปีงบ

ประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี. 2538 : 4) จากสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนในตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จากการรายงานปี 2537 มีผู้ป่วยจำนวน 56 คน ปี 2538 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จำนวน 102 คน และปัจจุบันปี 2539 มีผู้ป่วย 163 คน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเฉียบพลันที่รุนแรงจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษา ผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้ามาเป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อนำข้อมูล จากการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ได้อย่างถูกต้อง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนด ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรดังนี้

แหล่งข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 163 คน เป็นชาย 63 คน หญิง 100 คน จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random) โดยหน่วยการสุ่มหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ได้แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 6 กลุ่ม ตามจำนวน 6 หมู่บ้าน จับฉลากเลือกมา 2 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน แล้วจับฉลากเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.5 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบสนับสนุน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผลจากการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งได้มาจากผลการวัดการดำเนินการเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว

2. รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรมเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1 รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมเพื่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย มีส่วนร่วมกันกำหนดปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการจัดอภิปรายกลุ่ม

ภายหลังการได้รับความรู้ และคู่มือการดูแลตนเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ให้การสนับสนุน

2. 2 รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ หมายถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้านโดย กิจกรรมการบริการสาธารณสุขที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล ซึ่งมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพให้บริการสุขภาพโดยร่วมกับผู้ป่วย ร่วมกันกำหนดปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมาย และกิจกรรมที่จะต้องกระทำกับผู้ป่วย รวมทั้งเกณฑ์ในการประเมินความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ เพื่อส่งเสริมความรู้ พัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ซึ่งได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาล

4. การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือ หรือดูแลสุขภาพตนเองด้านการรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรคแทรกซ้อนในเรื่อง การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียด

5. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความเชื่อ หรือ ความคิดเห็นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มองเห็นอันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกาย จิตใจของตนเองและสังคม

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน หมายถึง ระดับความเชื่อ หรือความคิดเห็นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการยอมรับเงื่อนไขของตนเองว่ามี จุดบกพร่องที่จะทำให้เกิดโอกาสเกิดความผิดปกติ อันเป็นผลมาจากโรคความดันโลหิตสูง

7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความเชื่อหรือความคิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้ประเมินว่า สิ่งที่ตนปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลคุ้มค่ากว่าทางเลือกอื่น

8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความเชื่อหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้ประเมินว่า จะเกิดความยุ่งยาก ความขัดแย้ง ความไม่สะดวกในการปฏิบัติตัวทั้งทางตรงและทางอ้อม

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า โดยศึกษารายละเอียดเรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) กระบวนการกลุ่ม ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยต่างประเทศ และงานวิจัยในประเทศ ดังมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

โรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประเทศ ถ้าไม่สามารถรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะทำให้ร่างกายเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นอันตรายต่ออวัยวะอื่นตามมา เช่น หัวใจวาย อัมพาต ไตวาย หรือเกิดภาวะที่เลือดเซาะเข้าในผนังหลอดเลือดใหญ่ ทำให้แตกได้ (Dissecting Aneurysm) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาจไม่พบอาการปรากฏนานเป็นปี ซึ่งเมื่อรู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นก็มีอาการมาแล้ว อาจส่งผลทำลายอวัยวะเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น การตรวจพบ และให้การดูแล รักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตตั้งแต่ระยะแรก โดยเรียนรู้ข้อควรปฏิบัติ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิต ดังนี้ (Rocella. 1987 : 786)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure) มีค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท โดยมี หรือ ไม่มีความผิดปกติทางสมอง จอตา หัวใจ หรือไต

การประเมินความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจผู้ใหญ่ไทยปกติ พบว่า มีระดับความดันโลหิตในผู้ชาย 122 +/- 12 / 73 +/- 12 ในผู้หญิง 115 +/- 12 / 69 +/- 11 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งใกล้เคียงกับขององค์การอนามัยโลก คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูง (2533) จึงได้ตกลงให้ยึดคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย (Rocella 1987:780)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) มีค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) มีค่ามากกว่า หรือ เท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท โดยมี หรือ ไม่มีความผิดปกติ ทางสมอง จอตา หัวใจ หรือไต

ระดับความดันโลหิตต่ำถึง ถ้าวัดได้สูงกว่า 140/90 - 160/95 มิลลิเมตรปรอท

ระดับความดันโลหิตปกติ ถ้าวัดได้ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ต่ำกว่า

การวัดความดันโลหิตเพียงครั้งเดียว และพบว่า ความดันโลหิตสูง ไม่เพียงพอที่จะวินิจฉัย โรคแต่เป็นอาการที่บ่งบอกว่าต้องการติดตามต่อไป ในบางครั้งผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะมีภาวะเครียด หรือ วิตกกังวลร่วมด้วย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยหญิงสาว จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคผิดพลาดได้ (Opamil. 1992, Beare and Myer. 1990 ; อ้างอิงมาจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 129)

วิธีการวัดความดันโลหิตให้ได้ค่าถูกต้องมากที่สุดจึงมีความสำคัญ และควรจะยึดหลักปฏิบัติดังนี้

1. สภาวะของผู้ป่วย

ก. ท่าที่วัดความดันโลหิต

บางคนนิยมวัดความดันโลหิตหลังจากผู้ป่วยนอนราบ แล้วเป็นเวลา 5 นาที แต่ทั่ว ๆ ไปแล้วการวัดในท่านั่งถือปฏิบัติ ได้ แต่ควรนั่งพักอย่างสงบอย่างน้อย 5 นาที และวางแขนไว้ที่ระดับหัวใจ

ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง ควรจะได้รับการวัดความดันโลหิต ทั้งในท่านั่ง และยืน โดยวัดทันทีหลังจากยืนได้ 2 นาที

ข. สิ่งแวดล้อมอื่น

ควรงดดื่มกาแฟอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 15 นาที ก่อนการวัด รวมทั้ง ไม่ควรได้รับยาประเภทกระตุ้น สารที่หลังจากต่อมหมวกไต เช่น ฟรินิลเอฟริน ยาหยอดขยายรูม่านตา เป็นต้น

ควรเป็นห้องที่สงบเงียบ

การวัดความดันโลหิตในสภาวะต่าง ๆ กันเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือการวัดความดันโลหิตใน 24 ชั่วโมง จะสามารถทำนายโอกาสการเกิดโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดได้ดีกว่าการวัดแบบสุ่มเป็นครั้งคราว

2. เครื่องมือ

ขนาดของถุงลมยาง (Cuff) ที่พันรอบแขนควรพอเหมาะ ในผู้ใหญ่ควรยาว 42 เซนติเมตร และกว้าง 12 -15 เซนติเมตร หรือขนาดประมาณ 2/3 ของความยาวต้นแขน ควรพันพอดีไม่หลวม หรือคับเกินไป ตำแหน่งของถุงลมยางควรวางทับบน เส้นเลือดแดงเบเคเรียลพอดี

ตรวจเช็คเครื่องวัดความดันโลหิตบ่อย ๆ ให้ระดับปรอทในเครื่องอยู่ที่ระดับศูนย์ ถ้าเป็นชนิดที่ไม่ใช่ปรอท (Aneroid) ควรตรวจวัดเทียบกับชนิดปรอททุก 6 เดือน

3. เทคนิค

ก. จำนวนครั้งของการวัด

ควรวัดอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาห่างกันพอประมาณ ถ้าค่าที่ได้ 2 ครั้งต่างกันเกิน 5 มิลลิเมตรปรอท ควรวัดใหม่จนได้ค่าที่ใกล้เคียงกัน

ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ควรวัด 3 ครั้ง แต่ละครั้งเว้นช่วงประมาณ 1 สัปดาห์

วัดความดันโลหิตที่แขนทั้ง 2 ข้าง ถ้าแตกต่างกันให้ถือข้างที่ความดันสูงกว่า วัดความดันโลหิตที่วัดที่แขนสูงกว่าปกติควรวัดความดันโลหิตที่ขาด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือ ผู้ป่วยมีชีพจรที่ขาหนีบเบา หรือช้ากว่าที่ข้อมือ

ข. วิธีการ

บีบลมเข้าในถุงลมยางโดยเร็วจนได้ระดับความดันสูง กว่าความดัน ซิสโตล (ความดันที่คลำ ชีพจรเรเดียล ไม่ได้) 20 มิลลิเมตรปรอท

ปล่อยลมออกในอัตรา 3 มิลลิเมตรปรอท ต่อ วินาที

ความดันไดแอสโตล คือจุดที่เสียงหาย บางกรณีที่มีเสียงต่อเนื่องจนถึงศูนย์ ให้ถือระดับที่เสียงเปลี่ยนเป็นความดันไดแอสโตล

ถ้าเสียงเบา ให้ผู้ป่วยยกแขนสูง กำและเหยียดมือสลับกัน 5-10 ครั้ง แล้ววัดความดันโลหิตใหม่อีกครั้ง

ปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาตรเลือด ที่สูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac output) และ หรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด (Peripheral resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจาก

$$\text{Blood pressure (BP)} = \text{Cardiac output (CO)} \times \text{Peripheral resistance (PR)}$$

จากสมการนี้ ความดันโลหิตของผู้ป่วยจะสูงขึ้นได้ต้องเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. Cardiac output เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจาก อัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มขึ้น หรือ ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดออกไปแต่ละครั้งเพิ่ม
2. Peripheral vascular resistance เพิ่มขึ้นจากภาวะหลอดเลือดตีบ ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดเอง หรือจากการที่ ซิมพาเทติก โทน (Sympathetic Tone) ของหลอดเลือดเพิ่มมากกว่าปกติ

ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาสาเหตุให้แน่ชัดว่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้น เพราะเหตุใด เหตุหนึ่ง หรือ หลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อจะเลือกใช้ยาที่มีกลไกแก้ไขพยาธิสภาพของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดี

ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุได้แก่

1. โรคของเนื้อไต และหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย เชื่อว่าการที่ไตถูกทำลายทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โดยการกระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน (Renin Angiotensin) ภาวะไตวายมักจะทำให้เกิดการคั่งของน้ำ และโซเดียมทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคของไตที่เป็นสาเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย ได้แก่ ไตอักเสบ โรคไตจากเบาหวาน หรือแพ้ภูมิตนเอง (Systemic Lupus Erythematosus) โรคนี้ว เป็นต้น
- 2.. ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ มีบทบาทสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงซึ่งพบประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อัลโดสเตอโรล (Aldosterone) มีบทบาทในการกระตุ้นการดูดซึม โซเดียม แลกเปลี่ยน กับโปแตสเซียม จากต่อมหมวกไต ถ้ามีเนื้องอกของต่อมหมวกไต ส่วนคอร์เทกซ์ (Cortex) จะมีการหลั่ง อัลโดสเตอโรล ออกมาทำให้มีการคั่งโซเดียม ปริมาตรของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นทางคลินิกจะพบระดับ

โปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia) จากการสูญเสียโปแตสเซียมทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ท้องอืด บางคนมีอาการแขนขาอ่อนแรงอย่างมาก ถ้าวัดระดับเรนินในพลาสมาจะต่ำหรือไม่พบเลย

ผู้ป่วยกลุ่มอาการคุชชิง (Cushing's Syndrome) ต่อมหมวกไตส่วนคอร์เทกซ์ (Cortex) ยังให้ฮอร์โมน คอร์ติโซล (Cortisol) ซึ่งทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยจะมีลักษณะ น้ำหนักมาก หลังโหนก แขนขาอ้วน มีหนวดในผู้หญิง

เนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วน เมดุลลา (Medulla) หรือ ซิมพาเทติกเชน (Sympathetic Chain) ทำให้มีการหลั่งของแคทีโคลามีน (Catecholamine) คือ อีพิเนฟริน (Epinephrine) และ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) เข้ามาในกระแสเลือดจำนวนมาก ทำให้หลอดเลือดหดตัวเกิดความดันโลหิตสูง อาจสูงเป็นพัก ๆ หรือสูงตลอด มีอาการปวดศีรษะใจเต้นใจสั่น เหงื่อออกมาก และน้ำหนักลด

ความผิดปกติของต่อมพาราไธรอยด์เช่น ไฮเปอร์พาราไธรอยด์คิซึม (Hyperparathyroidism) และ อโครเมกาเลีย (Acromegaly) อาจจะมีความดันโลหิตสูงขึ้นได้

3. จากยา และปฏิกริยาของยา (Drugs Interaction) เช่น ยาที่ยับยั้ง โมโนเอมีน ออกซิเดส ที่ใช้เป็นยารักษาโรคซึมเศร้า หรือบางที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ถ้าใช้ร่วมกับ ซิมพาโทมิเมติก เอมีน (Sympathomimetic Amines) หรือ ไทเอมีน (Tyramine) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงวิกฤตได้ พวกยาอื่น เช่น แอมเฟตามีน (Amphetamines) และ โคเคอิน (Cocaine) อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ในบางคน

ยาซิมพาโทมิเมติกเอมีน (Sympathomimetic Amines) ที่ใช้ในการรักษาโรคหืด อาจทำให้หลอดเลือดหดตัวเกิดความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนั้น

ยาพวกไซโคลสปอริน (Cyclosporine) และ กลูโคคอร์ติคอยด์ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Contraceptives) ทำให้ผู้หญิงบางคนเกิดความดันโลหิตสูงได้ ในขณะที่บางคนอาจจะไม่เกิด อาจเกิดจาก ฮอร์โมน เอสโตรเจน ไปกระตุ้นให้มีการสร้างสารเรนินจากตับ เพิ่มขึ้น ร่วมกับการทำงานของเรนินในพลาสมาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. ความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น คนที่มีความวิตกกังวล การเพิ่มความดันในกระโหลกศีรษะ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

5. ภาวะตั้งครรภ์ (Pregnancy - Induced Hypertension) จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นจากปกติประมาณ 15 มิลลิเมตรปรอท ใน ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ อายุมากขึ้นเกิดหลอดเลือดแดงแข็งการเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ ภาวะซีด ลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่ว เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล . 2536 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Oparil . 1992)

ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Es sential Hypertension , I diopathic Hypertension)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ (สมจิต หนูเจริญกุล . 2536 : 134 ; อ้างอิงมาจาก Beare and Mayers. 1990)

1. องค์ประกอบด้านพันธุกรรม (Genetic Factor)

มีข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง มักพบในครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุโดยตรง ในประเทศอังกฤษพบว่า ความดันโลหิตสูงของประชากรสัมพันธ์กับชีวิตความเป็นอยู่ ในช่วงวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยเด็ก และยังไม่ทราบแน่ชัดถึงยีนส์จำเพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แม้ว่าปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จะยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่ก็มีผู้แนะนำว่า เด็ก และญาติพี่น้อง ของผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองโดยละเอียด รวมทั้ง แนะนำการออกกำลังกาย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1992)

2. การรับประทานเกลือโซเดียม

ในกลุ่มประชากรสูงอายุ การรับประทานเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิต ซึ่งพบว่า ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามปริมาณเกลือที่ได้รับ ในประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียม น้อยกว่า 3 กรัม ต่อวัน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้าได้รับประทานเกลือโซเดียมมากขึ้น จะพบว่าภาวะความดันสูงมากขึ้นตามไปด้วยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าลดปริมาณ เกลือโซเดียม เหลือเพียง 3 - 5 กรัม/วัน จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล . 2536 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1992) และมีการศึกษาพบว่า ในเนื้อเยื่อที่ประกอบเป็นหลอดเลือด และเซลล์เม็ดเลือดของผู้ป่วยมีปริมาณโซเดียมสูง อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 60 ที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของปริมาณโซเดียมที่ได้รับ การที่เกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงนั้นมีผู้อธิบายไว้หลายอย่าง บางรายเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับคลอไรด์ไอออน บางรายเชื่อว่าเกี่ยวข้องกับแคลเซียมโดยการรับประทานแคลเซียมน้อย

สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การรับประทานเกลือโซเดียมมากๆและไตบกพร่องในการขับโซเดียม

3. ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น (Vascular Hypertrophy)

การศึกษาลักษณะของพยาธิวิทยาของหลอดเลือดขนาดเล็กของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ชั้นทูนิก้า มีเดีย (Tunica Media) หนาตัวขึ้นทำให้หลอดเลือดแคบลงร้อยละ 29 และในบุตรของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การทำงานของซิมพาเทติกเพิ่มขึ้นก่อนจะเกิดความดันโลหิตสูง ทำให้มีผู้ตั้งสมมติฐานว่า การเกิดการหดตัวของหลอดเลือดอันเป็นผลมาจากระบบประสาท ซิมพาเทติกทำงานมากเกินไปนั้นจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ลักษณะโครงสร้างของผนังหลอดเลือดตามมาและจากผลของฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน ทู (Angiotensin II) ฮอว์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโต (Growth Hormones) และแคทีโคลามีน (Catecholamines) ทำให้ความต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เป็นการถาวร (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan and Oparil . 1992)

4. ภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไป (Hyperinsulinemier)

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนอ้วน ซึ่งมักจะมีอินซูลินสูงในเลือด ความเกี่ยวพันนี้ค่อนข้างชัดเจนในคนที่ส่วนบนของร่างกายอ้วน (Upper Body Obesity) ซึ่งพบว่า เกิดความดันโลหิตสูงมากที่สุด และมีภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไปเด่นชัดที่สุด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 135 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1992)

นอกจากนี้ยังพบว่าในคนไม่อ้วนที่เป็นความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุก็พบภาวะอินซูลินสูงในเลือดมากเกินไปได้บ่อย เมื่อมีอินซูลินสูงในเลือดจะชักนำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โดยกระตุ้นให้มีการดูดซึมโซเดียมกลับมากขึ้น ทำให้ปริมาตรพลาสมามากขึ้น กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัวกระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อชั้นใน และกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และมีผลต่อกรดไขมันอิสระในเลือด ส่งผลต่อการแลกเปลี่ยนโซเดียมและโปแตสเซียม ทำให้แรงดันของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 136 ; อ้างอิงมาจาก Oparil . 1992)

5. ระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (Renin Angiotensin System)

ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าระดับเรนินในพลาสมาของผู้ป่วยแตกต่างกัน 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีเรนินต่ำ (Low Renin Essential Hypertension) พบประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชนผิวดำและผู้สูงอายุ สันนิษฐานว่ามีสาร

พวกมินเนอรัลโลคอร์ติคอยด์ (Mineralocorticoids) มากผิดปกติทำให้เกิดภาวะโซเดียมกั่งและปริมาณของพลาสมาเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เร닌ต่ำลง

กลุ่มที่มีเรนิнопกติและสูง (Normal and High Renin Essential Hypertension) พบประมาณร้อยละ 10-20 ที่ระดับเรนินจะสูงกว่าปกติเกิดจากหน่วยไตบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยง และจะหลังเรนินออกมาขณะที่ยังมีหน่วยไตปกติอยู่ ระดับเรนินรวมในเลือดมาจากหน่วยไตทั้งหมด จึงอาจจะปกติหรือสูงก็ได้ ซึ่งมีผลทำให้หน่วยไตทั้งหมดไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกมาได้ตามปกติ ซึ่งความผิดปกตินี้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 136 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1992)

ธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องระดับความดันโลหิตมักจะสูงขึ้นเรื่อยๆ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ความดันโลหิตยังคงเดิม และส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีอายุขัยสั้นลงประมาณ 10-20 ปี ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วและรุนแรงของภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงด้วย แม้แต่ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไม่รุนแรงคือ อวัยวะเป้าหมายยังไม่ถูกทำลาย หากไม่ได้รับการรักษา ภายในระยะเวลา 7-10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ประมาณร้อยละ 30 จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว และมากกว่าร้อยละ 50 อวัยวะเป้าหมายถูกทำลายโดยผลของความดันโลหิตสูงโดยตรง เช่น หัวใจโต หัวใจวาย จอประสาทตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองและไตเสื่อมหน้าที่ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 137 ; อ้างอิงมาจาก Williams. 1991)

ปัจจัยที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 137 ; อ้างอิงมาจาก Beare and Myers. 1990)

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1. ประวัติครอบครัว การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ไม่ชัดเจน เข้าใจว่ามีปัจจัยด้าสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกัน
2. เพศ เพศชายจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่า เพศหญิงจนกระทั่งอายุ 60 ปีขึ้นไป และเพศชายจะมีอัตราการตาย หรือความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง แต่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาดีกว่า

ส่วนเพศหญิงจะมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดการตั้งครรภ์ การขาดแคลนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเผชิญภาวะวิกฤต เป็นต้น

3. อายุ มักขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุ เช่น ผู้หญิงวัยสาวรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือในผู้สูงอายุมีการแข็งตัวของหลอดเลือดจากกระบวนการเสื่อม หรือมีความดันโลหิตสูงจากความเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น

4. เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกา เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวผิวขาวตลอดจนเริ่มเป็นในอายุน้อยกว่า และมีความรุนแรงของโรคเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย หัวใจวาย และเวนทริเคิลซ้ายโต เป็นต้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงดันของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักสัมพันธ์กับอาชีพระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพด้วย

2. อาชีพ อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดบ่อยๆหรือต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคามต่อชีวิตของบุคคลอื่น เช่น ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักธุรกิจ เป็นต้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

3. อาหาร เช่น การขาดสารอาหารแคลเซียม โปแตสเซียม วิตามินเอและซี การรับประทานโซเดียมมากเกินไป

4. แบบแผนการดำเนินชีวิต

การดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ ปีค.ศ. 1915 เชื่อว่า การดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการศึกษาเพิ่มเติมได้ยืนยันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ (Ethanol Alcohol) ประมาณ 2 ออนซ์/วัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนนักว่ากลไกเป็นอย่างไร อาจจะมีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ เลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว หรือเส้นเลือดสมองสั้นกระตุก เป็นต้น

การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจนแต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ แต่คนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานอาจไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงซึ่งยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย

การดื่มกาแฟ การดื่มกาแฟตามปกติทั่วไปไม่แน่ว่าจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใดแต่การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วย/วัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกัน และควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่า ความดันโลหิตสูงขึ้นสัมพันธ์กับการขาดการออกกำลังกาย ผลดีของการออกกำลังกายคือ จะมีการหลั่งสารเอนโดर्फินส์ (Endorphins) ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีความสุข และเพิ่มความแน่นของไขมันและโปรตีน (High-density Lipoproteins) ซึ่งจะป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการที่ลดความเครียดได้

5. บุคลิกภาพ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ หมายถึงคนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงทะเยอทะยานมักไม่พึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ มักจะมีความเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจ และหลอดเลือด มีรายงานว่าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีระดับของความโกรธสูงกว่าคนที่ความดันโลหิตปกติ ในปีค.ศ. 1939 Alexander ได้บรรยายลักษณะของคนที่เป็นความดันโลหิตสูงไว้ว่า มีลักษณะใจร้อนไม่เป็นมิตร และก้าวร้าว ต่อมาผู้เรียกว่าเป็นบุคลิกภาพแบบฮี (Hot Reactor) ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและบุคลิกภาพยังไม่มีคำตอบแน่ชัด แต่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์โกรธ และความวิตกกังวล

6. ฐานะเศรษฐกิจ พบว่าการเกิดความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานที่อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความคับข้องใจ หรือความไม่พอใจในฐานะที่เป็นอยู่ ความเครียด เป็นต้น

ปัจจัยที่บ่งบอกถึงการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงไม่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 138 ; อ้างอิงมาจาก Williams. 1991)

1. ชาวผิวดำ
2. เป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุยังน้อย
3. เพศชาย
4. ความดันไดแอสโตลมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท เป็นเวลานาน
5. สูบบุหรี่
6. โรคเบาหวาน
7. โคเลสเตอรอลในเลือดสูง

8. อ้วน

9. มีร่องรอยของการที่มีอวัยวะสำคัญเสื่อมสภาพเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ หัวใจโต ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือเวนทริเคิลซ้ายโตจากทำงานหนัก กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย มีเลือดออกที่จอตา หัวประสาทตาบวม โต เส้นเลือดขอดที่ โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (Cerebrovascular Accident)

ผลของความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่าง ๆ

หัวใจ

หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจ เวนทริเคิลซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจซ้ายขยายขึ้น และปรากฏอาการของภาวะหัวใจวายตามมา อาการเจ็บหน้าอกอาจจะพบได้เนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีมีความเสื่อมร่วมกับการต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่โตเพิ่มมากขึ้น ในการตรวจร่างกายจะพบว่าหัวใจโต และมีความผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้ายเด่นชัด เสียงปัดของลิ้นเออร์ติกจะชัดเจน และบางครั้งอาจได้ยินเสียง เมอร์เมอร์ (Murmur) ของลิ้นเออร์ติครั่ว บางครั้งอาจได้ยินเสียงควบ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมักแสดงถึงเวนทริเคิลซ้ายโตได้บ่อยๆ สาเหตุของการเสียชีวิตของภาวะความดันโลหิตสูงมักเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือภาวะหัวใจวาย

ระบบประสาท

การเกิดความดันโลหิตสูงระยะยาวจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตาและระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็กๆ ตีบแคบโดยทั่วๆ ไปอย่างรวดเร็ว และมีการหดเกร็งเฉพาะที่ทำให้สาขาสีแดง เลือด คามัว รายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดแดงอาจแตก และมีเลือดซึมออกมาทำให้ เรตินาเสื่อมสมรรถภาพถึงกับตาบอดได้ในที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีหัวประสาทตาบวม หรือตกเลือดที่บริเวณกล้ามเนื้อตา หากสามารถลดความดันโลหิตสูงลงในระดับที่เหมาะสม อาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้

ส่วนระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมหน้าที่นั้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย (Occipital Headache) ในตอนเช้าๆ ในระยะแรกจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะรู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัว หรือเป็นลม แต่ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นจะมี

อาการของเส้นเลือดอุดตัน ตกเลือดในสมอง (Hypertensive Encephalopathy) ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น คือมีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป มีความดันในกระโหลกศีรษะสูง หัวประสาทตาบวม และอาจชักได้

ไต

จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลง และหน้าที่ของท่อไตเสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือดที่อาจมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นชัด (Microscopic Hematuria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากจะเสียชีวิตจากรอยโรคในไตแล้ว ยังสูญเสียทางเลือดกำเดา (Epistaxis) ไอเป็นเลือด (Hemoptysis) และเลือดออกจากรกมดลูก (Metrorrhagia) ได้อีกด้วย

อาการ และอาการแสดง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง แต่ถ้าจะทราบแน่ชัดจะต้องตรวจร่างกายด้วย โดยอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยปัญหาคความดันโลหิตสูงกว่าเดิม มีความผิดปกติของเส้นเลือด มีโรคอื่นร่วมด้วย ในรายที่ความดันโลหิตสูงมากจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะในช่วงหลังตื่นนอนและมักหายไปไม่กี่ชั่วโมง อาการอื่นๆ ได้แก่ เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลียง่าย ไร้มรรดาทางเพศ

อาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของเส้นเลือด ได้แก่ เลือดกำเดาออก ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว อ่อนเพลีย มึนงงจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (Transient Cerebral Ischemia) เจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง (Angina Pectoris) และหายใจลำบากจากหัวใจวาย อาการเจ็บหน้าอกจากภาวะเลือดฉะเข้าในผนังหลอดเลือดเอออร์ตา (Dissection of the Aorta) นั้นพบได้ไม่บ่อยนัก

อาการที่พบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ ได้แก่ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ ใจสั่น เหนื่อยออกมาก เวียนศีรษะเมื่อเปลี่ยนท่า

การวินิจฉัย

โดยประเมินสภาพเกี่ยวกับ

1. ชนิดของความดันโลหิตสูง เช่น ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือ ชนิดมีสาเหตุโดยการตรวจร่างกาย ชักประวัติ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 35 ปี หรือ มากกว่า 56 ปี จะต้องตรวจอย่างละเอียดหาสาเหตุของโรค
2. ความรุนแรงของความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจะต้องดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงจอตา ความผิดปกติของหัวใจ หัวใจโต หัวใจวาย ไตเสียหายที่ มากน้อยเพียงใด
3. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด เช่น ความอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
4. โรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาให้ยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น โรคหอบหืด โรคเก๊าท์ ไตวาย เป็นต้น

การค้นหาสาเหตุของความดันโลหิตสูง

1. ประวัติ การที่จะวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงให้แน่นอนนั้น จะต้องซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ข้อมูลที่ควรถามในการซักประวัติผู้ป่วย
 - 1.1 ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ และหลอดเลือด
 - 1.2 ประวัติการเกิดความดันโลหิตสูง เริ่มเป็นเมื่อไร เคยรับประทานยาอะไรบ้าง ผลของการใช้ยาลดความดันโลหิต และอาการข้างเคียง
 - 1.3 ประวัติการได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆ หรือไม่
 - 1.4 อาการของโรคหัวใจ และหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก อาการอ่อนแรงของแขนขา บวม ตลอดจนอาการปวดศีรษะ เหนื่อยออกมาก

1.5 การรับประทานยาบางอย่าง เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ฮอร์โมนเอสโตรเจน สเตียรอยด์ ฮอร์โมนเกี่ยวกับต่อมธัยรอยด์ แอมเฟตามีน โคเคน หรืออะมเฟตามีนจำนวนมาก และการดื่มแอลกอฮอล์

1.6 ประวัติการได้รับเกลือโซเดียม และน้ำหนักตัว

1.7 ปัจจัยด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น อารมณ์เครียด วัฒนธรรม หรือพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ฐานะเศรษฐกิจ

1.8 ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด เช่น การสูบบุหรี่ ความอ้วน ระดับไขมันในหลอดเลือด และการออกกำลังกาย

2. การตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุของโรค และประเมินว่า ผลของความดันโลหิตสูงทำให้มีการเสื่อมของอวัยวะ และเสียหายหรือไม่

ขั้นตอนการตรวจร่างกาย ดังนี้

2.1 การวัดความดันโลหิต มักจะวัดหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างน้อย 5 นาที ควรวัดทั้ง 2 แขน ทั้งท่านั่งและท่านอน การที่จะได้ค่าความดันโลหิตที่เชื่อถือได้จะต้องวัดมากกว่า 3 ครั้ง ขึ้นไปในวันและเวลาต่างกัน เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แท้จริง

2.2 สังเกตบุคลิกภาพผู้ป่วยขณะพูดคุย เช่น หน้ากลม ตำแหน่งที่มีไขมันมาก ในผู้หญิงสังเกตว่ามีขนขึ้นผิดปกติหรือไม่ หน้าแดง อาการกระสับกระส่าย ซึ่งจะเป็นลักษณะของกลุ่มอาการคushing (Cushing Syndrome)

2.3 การตรวจดูตา โดยใช้เครื่องมือ ดูการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในจอตา ถ้าพบว่ามีเลือดออก หัวประสาทตาบวม แสดงว่าความดันโลหิตสูงรุนแรง

2.4 การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการฟังอัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ การถ่ายภาพรังสี ดูขนาดของหัวใจ คลำหลอดเลือดแดงที่คอ ข้อมือ ขาหนีบ ดูความผิดปกติของหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของหัวใจ ที่พบได้บ่อย

2.5 การตรวจระบบประสาท เพื่อดูอาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดของสมอง เช่น หลอดเลือดของสมองถูกอุดตัน หรือ แตก ดูอาการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในสมอง อาการบาบินสกี (Babinski) หรือ ฮอฟแมน รีเฟรค (Hoffman Reflex) ถ้าพบแสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นการทดสอบการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณขา โดยให้ผู้ป่วยนั่งเหยียดขา 2 ข้างให้ตรง ปลายเท้าชิด แล้วกระดกปลายเท้า หรืออปลายเท้าเข้าหาตัว ถ้ามีอาการปวดขามากแสดงว่า ผลบวก

2.6 การตรวจทางน้ำท้อง คลำหาก้อนภายในช่องท้อง ว่ามีก้อนหรือไม่ ในตำแหน่งใด ซึ่งอาจมีเนื้องอกของไต ก้อนฟีโอโครโมไซโตมา(Pheochromocytoma)

3. การตรวจทางห้องทดลอง

3.1 ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (Complete Blood Count = CBC) เพื่อดูสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย เช่น ดูความเข้มข้นของเลือด จำนวนเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาว เปรียบเทียบกับการรักษารั้งต่อไป ดูว่ามีการแตกของเม็ดเลือดแดง หรือ ความเข้มข้นของเลือดลดลงจากภาวะไตวาย หรือสูงขึ้นในรายที่มีเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากเกินไป โพลีซีธีเมีย (Polycythemia)

3.2 การตรวจเลือดทางเคมี (Blood Chemistry) ตรวจหาค่าโซเดียม โปรแตสเซียม สารยูเรียไนโตรเจนในเลือด คลีเอตินีน กรดยูริก ไข่ขาว(Albumin) น้ำตาล(Sugar) และ กรดไขมัน(Cholesterol) เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะการทำลายของไต

3.3 ตรวจปัสสาวะ และเพาะหาเชื้อในปัสสาวะ ดูว่าโปรตีน เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว น้ำตาล หนอง เชื้อโรค หรือไม่ เพื่อดูการทำงานของไต

3.4 ถ่ายภาพรังสีไต ท่อสายไต และกระเพาะปัสสาวะ (Plain KUB) ดูลักษณะและขนาดของไตรวมทั้งก้อนนิ่ว ของระบบทางเดินปัสสาวะโดยทั่วไป

3.5 การฉีดสารทึบแสงแล้วถ่ายภาพรังสี (Intravenous Pyelography = IVP) เพื่อดูลักษณะหลอดเลือดในไตว่ามีส่วนใดตีบหรือไม่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจากโรคไต ในผู้ป่วยบางรายถ้าทำการตรวจวิธีนี้แล้วยังไม่ได้ผลอาจจะต้องทำการตรวจวิธีโทเกรด ไพโอไลแกรม(Retrograde Pyelogram) โดยใส่สายทางเข้าไปในทางเดินปัสสาวะแล้วฉีดสารทึบรังสีเข้าไป ถ่ายภาพเอกซเรย์จะทำให้การวินิจฉัยได้แน่นอน เมื่อดูร่วมกับภาพที่ฉีดสารทึบแสงแล้วถ่ายภาพรังสี (IVP)

3.6 การถ่ายภาพของไตด้วยเครื่องมือเอกซเรย์ (Nephrotomography) เพื่อหาดำแหน่งของก้อนเนื้องอก เป็นการวินิจฉัยที่สำคัญของเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต หรือตรวจโดยส่งคลื่นที่มีความถี่สูงไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ต้องการจะตรวจ (Ultrasound)

3.7 การหาค่าแวนิลิล แมนดิลิก แอซิด (Vanillyl Mandelic Acid=VMA) ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญของแคทีโคลามีน (Catecholamine) จะพบค่านี้สูงกว่าปกติในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกต่อมหมวกไต

3.8 การตรวจหาค่าอิเล็กโตรลิต โซเดียมและโปรแตสเซียมในซีรัมหรือในปัสสาวะในผู้ป่วย

3.9 การตรวจความทนต่อกลูโคส (Glucose Tolerance Test) ถ่ายภาพรังสีของกระดูกสันหลังดูว่ากระดูกหรือไม่

ถ้าตรวจทั้งหมดไม่พบความผิดปกติใดๆ แพทย์ก็จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension, Primary Hypertension)

การรักษาพยาบาล

จุดมุ่งหมายร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ลดความดันโลหิตที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอวัยวะเป้าหมายที่ถูกทำลายเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง มิให้เสียหายอย่างกลับคืนไม่ได้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องโรคและยาที่แพทย์ใช้รักษาเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถาม และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้ ซึ่งความรู้เหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งประการหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยและประชาชนให้รู้จักดูแลตนเองให้มากที่สุด และวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนรู้จักดูแลตนเองและพึ่งพาตนเอง คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการรักษาพยาบาลได้มีโอกาสซักถามในสิ่งที่ตนเองสงสัยหรือไม่แน่ใจ มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษา และการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินชีวิต

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มักจะต้องใช้ทั้งวิธีการรักษาด้วยการใช้ยา และวิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยา ดังภาพประกอบ 1 แสดงถึงขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ จะต้องรักษาโรคที่เป็นสาเหตุความดันโลหิตสูงและลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม บางโรคจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมด้วย

ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น พยาบาลควรเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงจำเป็นต้องควบคุมแม้ว่าจะไม่มีอาการแสดงออกมา การรักษาที่สมบูรณ์จะต้องลดความดันโลหิตจนปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อหยุดยั้งหรือชะลอการทำลายของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และไต ปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่จะช่วยป้องกันและทำให้โรคแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดช้าลงได้ แต่ถ้าผู้ป่วยหยุดรักษาแม้ว่าจะรู้สึกสบายไม่มีอาการหรือความดันโลหิตลดลงเท่าปกติ ก็อาจจะเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนเวลาได้ ผู้ป่วยควรทำความเข้าใจว่าเขาสามารถจะมีชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีกิจกรรมได้พอสมควร แต่จะต้องรับการรักษอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การวัดความดันโลหิตและการปฏิบัติตัวด้วยวิธีไม่ใช้ยา พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จะต้องยอมรับการตัดสินใจบางอย่างของผู้ป่วย แม้จะมีความรู้สึกว่าจะได้ผลน้อยกว่าที่ควรเป็น เพราะพยาบาลไม่สามารถและไม่ควรที่จะควบคุมการกระทำของผู้ป่วย

แต่ควรประเมินความสามารถ แบบแผนการดำเนินชีวิต และความคาดหวังของผู้ป่วย เพื่อที่จะใช้เป็นพื้นฐานในการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความคาดหวังทั้งของผู้ป่วย และของแพทย์พยาบาล

การรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา (สมจิต หนูเจริญกุล.2536:144-145 ; อ้างอิงมาจาก คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค สาขาโรคความดันโลหิตสูง.2533)

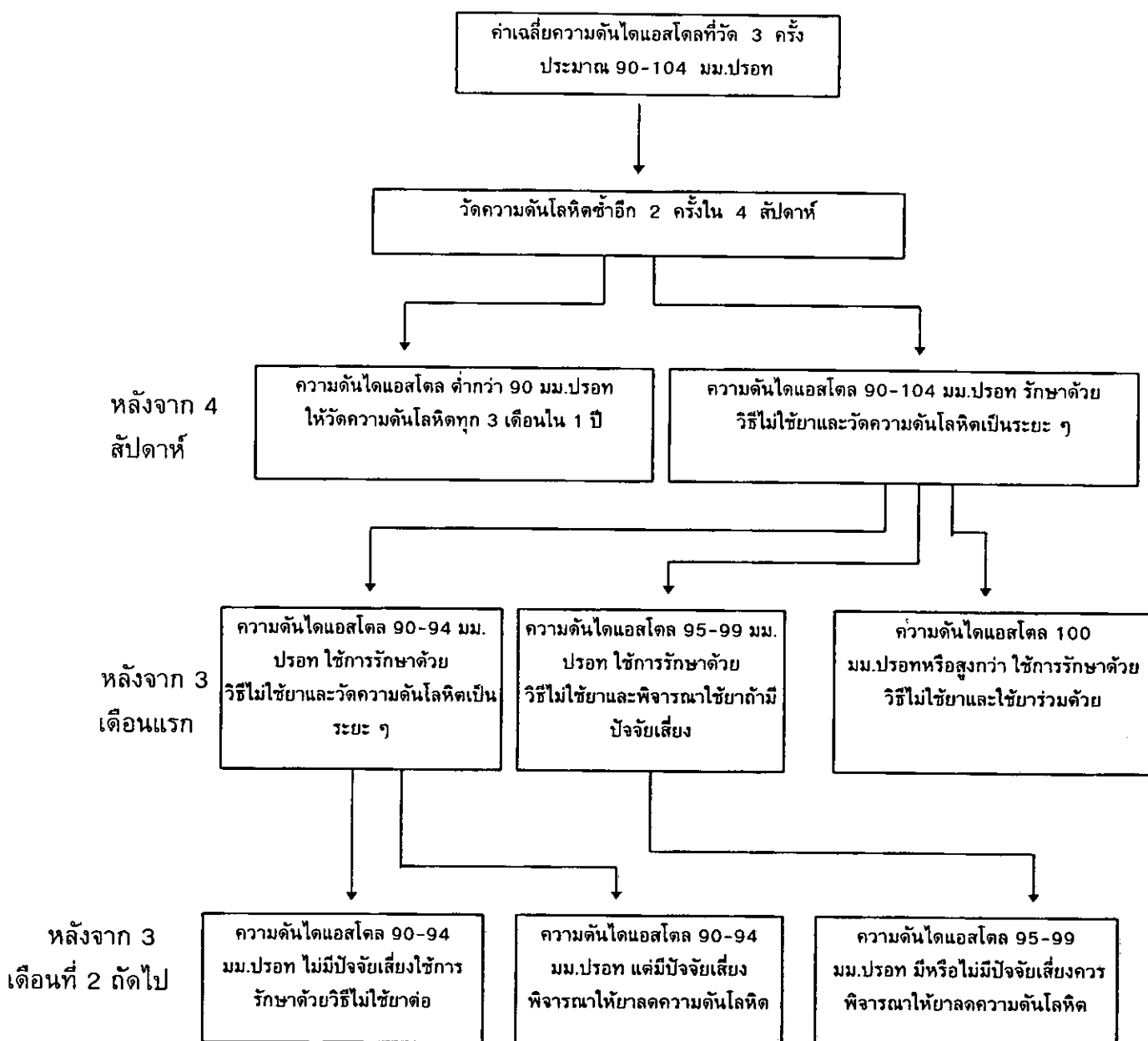
การรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยานี้เป็นวิธีที่ใช้กันมานานแล้ว ควรใช้วิธีนี้ในรายที่ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับรุนแรงน้อยและควรอยู่ในความดูแลของแพทย์เพราะหากไม่ได้ผล แพทย์จะพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต ส่วนผู้ที่ความดันโลหิตสูงกว่านี้ก็ยังแนะนำให้ใช้วิธีการเช่นกัน แต่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ร่วมด้วย การรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่

1. การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม อาหารที่รับประทานประจำวันโดยทั่วไปมีปริมาณเกลือ 10-20 กรัม (เกลือ 1 กรัม มีโซเดียม 17.1 มิลลิอิกวาเลนซ์ (m Eq.) และเกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 มิลลิอิกวาเลนซ์) จากปริมาณนี้ ประมาณ 2/3 เป็นเกลือในอาหารตามธรรมชาติ ส่วน 1/3 เป็นเกลือที่เพิ่มขึ้นในการปรุงอาหาร

จากการศึกษาพบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัม เหลือ 5 กรัมต่อวันจะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10/5 มิลลิเมตรปรอท ในทางปฏิบัติควรแนะนำให้เพิ่มรสเค็ม พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น ของดอง ของเค็ม ของตากแห้ง เป็นต้น หรือที่มีประมาณเกลือสูงอยู่แล้ว เช่น กระป๋อง น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น และระมัดระวังการใส่ยาหรือสารอาหารที่มีจำนวนโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส

2. การให้โปแตสเซียม แคลเซียมให้เพียงพอ ภาวะขาดโปแตสเซียม และแคลเซียมอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แต่หลักฐานที่แสดงว่าการแก้ไขภาวะขาดโปแตสเซียมจะลดความดันโลหิตได้ยังมีน้อย แต่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงมักจะได้รับยาขับปัสสาวะทำให้ร่างกายขาดโปแตสเซียมซึ่งมีอันตรายได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลในสัตว์ทดลอง ซึ่งอาจคล้ายกันในคน พบว่า การให้โปแตสเซียมเพิ่มในอาหารจะช่วยป้องกันการทำลายเส้นเลือดและลดโอกาสการเกิดสโตรคได้ ดังนั้นจึงควรระวังป้องกันไม่ให้เกิดการขาดโปแตสเซียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมให้เพียงพออย่างน้อย 100 มิลลิกรัมต่อวัน เช่น โยเกิร์ต หรือ ยาจำพวกแคลเซียม เป็นต้น

3. การลดน้ำหนัก จากการวิจัยพบว่าการลดน้ำหนักได้ 1 กิโลกรัม ในโรคอ้วน ความดันโลหิตจะลดลง 1.6/1.3 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนักนอกจากจำกัดแคลอรีแล้วยังต้องลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัวด้วย แต่การลดน้ำหนักเป็นวิธีที่ไม่ง่ายและล้มเหลวได้มากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมไปถึงอัตราการเผาผลาญของร่างกาย



ภาพประกอบ 1 แสดงถึงขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 143

อารมณ์ การให้คำนิยม การรับรู้ และทัศนคติต่ออาหาร อัดมโนทัศน์ และความเชื่อในตนเองในการควบคุมพฤติกรรม พยาบาลควรสนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความรู้ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจเป็นที่ปรึกษา แนะนำการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วย ซึ่งการลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วน เป็นวิธีการรักษาชนิดไม่ใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด แม้ว่าความดันโลหิตสูงจะไม่ลดลงแต่การลดน้ำหนักตัวจะช่วยลดอันตรายจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดลงได้ โดยอัตราการเต้นของหัวใจระดับโคเลสเตอรอล กรดยูริก และระดับน้ำตาลในพลาสมาลดลง (Kirkendall. 1988 : 227) จากการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมากคือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเร็วมากเท่าไรความดันโลหิตจะสูงขึ้น (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 1985 : 13) ซึ่งค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย กำหนดได้ดังนี้

$$\text{ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (Body Mass Index)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายในคนปกติมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง ถ้าบุคคลมีน้ำหนักเกินดัชนีน้ำหนักของร่างกาย 20 เปอร์เซนต์ ถือว่าเข้าขั้นอ้วน ดังนั้นผู้ที่มีค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายเกินกว่า 27.2 ในเพศชาย และ 26.9 ในเพศหญิงจึงถือว่าเป็นคนอ้วน จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเป็นโรคความดันโลหิตสูงในคนอ้วนสูงกว่าปกติ 4.5 เท่า (วาริวัลยะเสวี และคนอื่นๆ. 2521 : 159)

4. การควบคุมอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรต

อาหารไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง ทำให้อ้วน คนอ้วนมีความดันโลหิตสูงกว่าคนไม่อ้วน จากการศึกษาที่ฟรามิงแฮม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่อ้วนจะเกิดโรคหัวใจและตายก่อนเวลาได้มากกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วนถึง 2 เท่า (Kochar and Daniels. 1987 : 100) การรับประทานไขมันอิ่มตัว หรือโคเลสเตอรอล จะทำให้ภาวะไขมันในเลือดสูง และหลอดเลือดแข็งขรุขระ ตีบตันได้ง่าย ถ้าโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 250 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือด (Kirkendall. 1988 : 227) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ เนื้อมัน ไข่แดง นม ผลิตภัณฑ์จากนม กะทิ แกงกะทิ ขนมน้ำกะทิ ตลอดจนอาหารทอด หรือ ผัดที่มีน้ำมันมากๆ อาหารควรปรุงด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ใช้ไขมันไม่อิ่มตัวปรุงอาหารโดยวันละ 25-30 ของพลังงานที่ได้

รับจากพืช ที่มีกรดไลโนเลดิกมาก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำ

สำหรับอาหารคาร์โบไฮเดรท ควรได้จากแป้ง ข้าว ผัก ผลไม้ มากกว่า คาร์โบไฮเดรทจำพวกน้ำตาล โดยได้รับร้อยละ 50-55 ของพลังงานทั้งหมด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี น้ำตาล ขนมหวาน ของเชื่อม กวน ควรรับประทานอาหารที่มีใยอาหารมาก เช่น ส้ม ฝรั่ง พุทรา มะละกอ รับประทานผักมาก ๆ ทุกมื้อ โดยพบว่าการให้อาหารมังสวิรัตมีผักและผลไม้ที่มีกากมาก และไขมันน้อยรวมทั้งลดเค็ม พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ (Kaplan. 1987 : 920)

5. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวใช้แรงงาน ใช้กล้ามเนื้อลาย ได้ทำงานและมีการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ช่วยให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดฟินที่ช่วยให้ ไม่ปวดเมื่อย จิตใจสบาย สดชื่น ช่วยผ่อนคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ยังส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพื่อการใช้กรดไขมันอิสระ ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวได้อีกด้วย (สุริย์ จันทรโมลี. 2535 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Runyan.n.d.) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic or Dynamic Exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน ว่ายน้ำบริหาร เป็นต้น จะช่วยควบคุมและลดน้ำหนักตัวรวมทั้งช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (สุรางค์ เปื้องเดช. 2533 : 13) แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric or Static Exercise) เช่น การยก แบก นกด ลาก ดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรงดเว้นออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (เกษม วัฒนชัย. 2532 : 120) นอกจากนั้นการออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรก ๆ ควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15-30 นาที ทำสม่ำเสมอทุกวัน

6. การเลิกสูบบุหรี่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรเลิกสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่หรือยาสูบมีสารนิโคติน ซึ่งกระตุ้นหัวใจเต้นเร็วแรง นอกจากนั้น นิโคติน มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสโลหิต ทำให้โลหิตแข็งตัว หลอดเลือดตีบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หลอดเลือดในสมองตีบเป็นอัมพาตได้ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช. 2535 : 13) และที่สำคัญ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอุดตัน หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Myocardial Infarction) ทำให้ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก โรคนี้พบได้ในคนสูบบุหรี่ ประมาณ 3 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่ (อุไรวัฒน์ วิชาชีวะ. 2530 : 13)

7. การเลิกดื่มสุรา

มีรายงานอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูง พบว่า อุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้ที่ดื่มจัด 2-3 ออนซ์ต่อวัน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นนักดื่ม หากหยุดดื่มระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมทั้งน้ำหนักตัวยังลดลงอีกด้วย (สุรางค์ เปรื่องเดช. 2533 : 14 ; อ้างอิงมาจาก Puddly. 1987)

8. การผ่อนคลายความเครียด

โดยการลดความตึงเครียดนั้น เป็นวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกฝนทักษะการควบคุมตัวเอง มักมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเรื้อรัง จากการศึกษาของสุรางค์ เปรื่องเดช (2538:1-6) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล หรือความเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการเกร็งของกล้ามเนื้อ เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การหายใจลึก ๆ เป็นจังหวะช้า ๆ นอกจากนั้นการป้องกันความเครียด หรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่ตนเอง กระทำได้หลายวิธี เช่น

8.1 วางแผนจัดความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่ทำอะไรอย่างรีบร้อนเกินไป เช่น การไปทำงานสาย ทำให้เกิดความเครียดได้ ไม่เสี่ยงกับปัญหา เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่

8.2 มองโลกในแง่ดี ควรให้ข้อมูลทางบวกแก่ตนเอง คิดในแง่ดี อย่าหวนคิดถึงเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง ทำตัวให้สดใส สร้างบรรยากาศที่ดี มีอารมณ์ขัน มนุษย์เท่านั้นที่มีเสียงหัวเราะ เสียงหัวเราะช่วยให้คลายเครียดได้

8.3 แบ่งเวลาให้เหมาะสม ให้ค่ากับตนเอง ใช้เวลาเพื่อพักผ่อนร่างกาย และจิตใจ เช่น ดูกาอากาศ หางานอดิเรกทำ

8.4 รู้จักให้อภัยตนเอง และอภัยผู้อื่น ไม่ย่ำคิด อย่าเสียเวลาค่ำครวญกับสิ่งเลวร้าย หรือเรื่องไร้สาระ

8.5 ออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาสม่ำเสมอ

สิ่งเหล่านี้พบว่า มีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิต เช่นกัน มีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกพฤติกรรมบำบัด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ และการจัดความเครียดกับการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการติดตาม 4 ปี ผลคือสามารถลดความดันโลหิตได้ผลในระยะยาว (Patel and others. 1985 : 1103) และมีรายงานสนับสนุน เกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลาย และการสะท้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) ในหญิงตั้ง

กรรมที่มีความดันโลหิตสูง พบว่าหลังจากฝึกนาน 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (วาสนา ปุณณวิวัฒน์. 2532 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Litte. 1984)

การรักษาด้วยการใช้ยา

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้ยาจะเริ่มต้นเมื่อระดับความดันไดแอสโตลมากกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท หรือ 90-94 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว โดยที่ได้ติดตามดูจนแน่ใจแล้วว่าความดันโลหิตสูงแน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามพบว่า ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ถึงครึ่งหนึ่ง ระดับความดันไดแอสโตลจะลดลงต่ำกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีใด ๆ

การลดความดันโลหิตให้อยู่ที่ระดับใดจึงจะเหมาะสมนั้น ถ้าหากความดันโลหิตต่ำมากไปอาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทั้งที่อาจจะไม่มีปัญหาที่สมองหรือไต ทั้งนี้เพราะ

1. กล้ามเนื้อหัวใจมักหนาตัวขึ้น ทำให้ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้น

2. ปกติกล้ามเนื้อหัวใจ มีความสามารถในการรับออกซิเจนจากเลือดได้สูงเกือบเต็มที่ ดังนั้นการเพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จึงเป็นไปได้โดยการเพิ่มปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงเท่านั้น ถ้าแรงดันเลือดไม่พอกล้ามเนื้อหัวใจจะขาดออกซิเจนได้ง่าย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีผู้ศึกษาไว้มากมายเกี่ยวกับระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม และเสนอว่าระดับความดันไดแอสโตลหลังการรักษาควรจะต่ำกว่า 85 มม.ปรอท ซึ่งจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดสโตรค และความดันซิสโตลนั้นควรจะต่ำกว่า 152 มม.ปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 146-154 ; อ้างอิงมาจาก Desforages. 1992)

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ยาพวกนี้มีฤทธิ์ข้างเคียง ทำให้โปตัสเซียมในเลือดต่ำ ไชมันในเลือดสูงขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ประจำเดือนผิดปกติ เต้านมโตในเพศชาย (Gynecomastia)

2. ยาต้านอครีเนอร์จิก (Adrenergic Receptor Blocking Drugs) ยาพวกนี้มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ทำให้คัดจมูก ปากแห้ง ท้องเดิน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนอิริยาบถ นอนไม่หลับ ชีพเร็ว ไชมันในเลือดเพิ่มขึ้น ท้องผูก ในเพศชายอาจมีเต้านมโตขึ้น และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ บางรายอาจมีไข้ หอบ ลำไส้อักเสบ ตับอักเสบ ไตอักเสบเรื้อรัง ประสาทหลอน ในรายที่เป็นโรคหัวใจถ้าหยุดยากระทันหันอาจมีอาการปวดขยอกอก (Angina Pectoris) หัวใจวายได้

3. ยาออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ซึ่งอาจมีอาการข้างเคียงคือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ ปวดยอดอก มีขนขึ้นที่หน้าและลำตัว น้ำตาลในเลือดสูง กล้ามเนื้อกระตุก บางรายอาจมีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ

4. ยายับยั้งแคลเซียม (Calcium Channel Ontagonists) การที่แคลเซียมเข้าเซลล์จำนวนมากจะทำให้หลอดเลือด และหัวใจหดตัว ยาต้านแคลเซียมนี้อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง เวียนศีรษะ ใจสั่น กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ อาการที่พบได้น้อยคือ คลื่นไส้ ท้องผูก น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำหนักลด เห็นภาพซ้อน และอาจมีอันตรายต่อดับ

ผลข้างเคียงของการใช้ยาเหล่านี้ ควรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ และให้สังเกตตนเองถ้ามีอาการผิดปกติให้หยุดยา แล้วไปปรึกษาแพทย์ พร้อมทั้งนำยาที่เหลือไปให้แพทย์ดูด้วย

การที่ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัดนั้น ถือว่าเป็นความร่วมมือในการรักษาและถือว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างหนึ่ง (จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532 : 4) แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ แต่ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกาย เพื่อติดตามผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือรับการเปลี่ยนยาตามสภาวะของโรค นอกจากนั้นผู้ป่วยยังได้มีโอกาสซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจนทราบผลการควบคุมโรค ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และทราบสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ข้อควรปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาโดยใช้ยาลดความดันโลหิต

1. ถ้ามีอาการหน้ามืดจะเป็นลม อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน จะต้องยกขาให้สูงกว่าศีรษะงอกล้ามเนื้อต้นขา และงอเข่าขึ้นแล้ว ทำนี้จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้นและไม่ให้เลือดมาตกอยู่บริเวณส่วนปลาย

2. หลังจากออกกำลังกายไม่ควรจะอาบน้ำร้อน ใช้แอลกอฮอล์ทาตามตัวมากเกินไป หรือไปนอนอยู่เฉย ๆ เพราะจะทำให้หลอดเลือดขยายตัวมากเกินไปและร่วมกับผลของยาลดความดันโลหิตจะทำให้หน้ามืดได้

3. เวลาเปลี่ยนท่า จากท่านอนเป็นท่านั่งหรือทำยืนจะต้องทำช้า ๆ ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ ความดันโลหิตต่ำในท่านั่งตรงมักจะเป็นมากตอนเช้า ๆ ก่อนจะลุกขึ้นควรจะยกแขนขา แล้วค่อย ๆ ลุกขึ้นนั่งก่อนสักครึ่งหอยขา ถ้าผู้ป่วยสามารถจะนั่งได้โดยที่ไม่มีอาการเวียนศีรษะก็ควรจะลุกขึ้นยืนข้างเดียวประมาณ 10 วินาที จึงเริ่มเคลื่อนไหว

4. หลีกเลี่ยงการยืนอยู่เฉย ๆ เช่น ยืนรอรถเมล์ ยืนโทรศัพท์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากรับประทานอาหารไป 1-2 ชั่วโมง เพราะการยืนจะทำให้หลอดเลือดบริเวณขาขยายตัวดึงเลือดจากสมองและอวัยวะสำคัญๆ ไปสู่ส่วนล่างของร่างกาย ทำให้เกิดหน้ามืดเป็นลมได้

5. ถ้าขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร ใน 1-2 ชั่วโมงแรกของการรับประทานยาจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ
6. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ถ้าได้ยาบางตัว อาจเกิดปฏิกิริยาทำให้เลือดออกในสมองได้
7. หลีกเลี่ยงอาการท้องผูก อาจใช้ระบายอ่อนๆ ออกกำลังกาย และดื่มน้ำให้พอเพียง ท้องผูกจะทำให้การดูดซึมของยาไม่สม่ำเสมอ หรือมากเกินไป เกิดความดันโลหิตลดต่ำลงได้
8. ถ้าเกิดความดันโลหิตต่ำขึ้นวิกฤตให้พินชาไว้ด้วยผ้าพัน เมื่อเคลื่อนผู้ป่วยจะช่วยให้เลือดจากปลายขาได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคการรักษาโรค(รวมทั้งการใช้ยา)และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (WHO.1987:120)

ฟราย (Fry. 1973) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย การทำนุบำรุงรักษาสุขภาพของตน การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติ หรือ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และการรักษาด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

โอเรม (Orem. 1980) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1

บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต

การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ การมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2

เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการต้องเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่จะต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง

พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง (Orem. 1980 : 42-53) แบ่งความต้องการการดูแลตนเองไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care) เป็นไปเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ดำรงรักษาโดยสร้างและปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีและความความสุข ได้แก่ การให้ร่างกายได้ขับถ่าย ได้รับอากาศ อาหาร น้ำบริสุทธิ์ ความสมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน การเข้าสังคมกับการแยกตัว รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุ

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-Care) เป็นไปเพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิต วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อม การครองเรือน สังคม และอาชีพ ฯลฯ

3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) คือ ความต้องการการดูแลตนเองในขณะที่เกิดโรค เจ็บป่วย บาดเจ็บ มีความพิการไร้ความสามารถ หรือในขณะที่อยู่ภายใต้การดูแลรักษาของแพทย์ ได้แก่

3.1 ปรับแนวทางที่ทำให้พบกับความต้องการการดูแลตนเองตามปกติ

3.2 สร้างวิธีใหม่ในการดูแลตนเอง

3.3 ปรับอัตมโนทัศน์ (Self Concept) และภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self Image) ให้เหมาะสมโดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยหรือความพิการของตน

3.4 ปรับปรุงกิจกรรมประจำวันให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องทางสุขภาพของตน

3.5 สร้างแบบแผนชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน

3.6 เรียนรู้ที่จะต่อสู้กับผลของสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิต

ประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วยและในสภาพที่เป็นผลจากโรค และการรักษาเพื่อให้สามารถมีพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีการช่วยเหลือบุคคลในแนวทางของโอเรม มี 5 วิธี คือ 1) การปฏิบัติหรือกระทำให้ 2) การแนะแนวทาง 3) การประทับประคอง 4) การจัดสิ่งแวดล้อม 5) การสอน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530) ได้ให้แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในเชิงสังคมวิทยาว่า ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมที่ทดแทนการบริการ แบบวิชาชีพ หรือก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ
2. พฤติกรรมเพิ่มเติมบริการที่ได้จากนักวิชาชีพ
3. พฤติกรรมที่มีเจตนาแก้ไขคัดแปลงคำแนะนำ หรือบริการที่ได้รับจากนักวิชาชีพ

อัลพอร์ท และคนอื่น ๆ (Alpert and others. 1987) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยว่า ประกอบด้วย

1. การเฝ้าดูอาการ และปล่อยให้หายอาการเจ็บป่วยเอง
2. การให้กำลังใจ
3. การให้การพยาบาลดูแลผู้เป็นแม่
4. การนำไปพบผู้เชี่ยวชาญ

ภักดี โพธิศิริ (2534) ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามแบบแผนทั่วไปว่าประกอบด้วย

1. การอยู่เฉยๆ คอยเฝ้าดูอาการ โดยหวังว่าอาการเจ็บป่วยจะหายไปเอง
2. การรักษาพยาบาลโดยไม่ใช้ยา แต่ใช้วิธีการอื่น เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน
3. การใช้ยารักษาอาการด้วยตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง มีปัจจัยที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมสนับสนุน และขัดขวางการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยที่เป็นตัวผลักดันหรือส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่

- 1.1 การได้รับการดูแลสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์ และ
สาธารณสุขที่ขาดความอบอุ่นเป็นกันเอง จนบังเกิดความไม่พอใจ
- 1.2 การรักษาพยาบาลในระบบทางการมีราคาแพงขึ้นเป็นลำดับ
- 1.3 ความไม่ชัดเจนในสถานะสภาพของความเจ็บป่วย ไม่รู้หรือไม่แน่ใจ
ว่าเมื่อใดที่ควรจะไปรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ
- 1.4 แบบแผนของโรคได้เปลี่ยนไปจากปัญหาที่เฉียบพลันเป็นปัญหาที่
เรื้อรัง การได้รับการดูแลโดยระบบบริการในสถานบริการที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ
- 1.5 ความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาลเป็นที่เปิดเผยอย่างกว้างขวางแก่สา
ธารณชน

2. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

- 2.1 ความไม่มั่นใจในตนเอง อันอาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ และ
ทักษะหรือความไม่แน่ใจของประชาชนที่ยังไม่ได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่จำเป็น
- 2.2 สิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลงกลายเป็นความขัดแย้งอันสิ้นหวังต่อ
ความพยายามที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้
- 2.3 ปัจจัยด้านสรีระ ในภาวะการเจ็บป่วยบางประการที่ต้องการการดูแล
จากผู้เชี่ยวชาญในการรักษาหรือให้บริการโดยเฉพาะ
- 2.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรีในทิศทางที่ทำให้ต้องออกไปประกอบ
ภาระกิจอาชีพนอกบ้านจนไม่สามารถมีเวลาให้การดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัว
- 2.5 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัว จากครอบครัวขยายที่มี
สมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเครือญาติ ซึ่งสามารถให้การดูแลกันเองได้ กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่
สมาชิกในเรือนไม่อาจพึ่งพากันได้
- 2.6 อิทธิพลจากความคิดของนักวิชาการชั้นนำ ที่ยังชี้ให้เห็นความ
สำคัญในการที่จะต้อง “ไปพบแพทย์” เมื่อเกิดการเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่เป็นตัวอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย
อิทธิพลทางการแพทย์แผนใหม่ วิทยาทางวัฒนธรรมพื้นบ้าน อิทธิพลของเครือญาติ การศึกษา สภาวะ
เศรษฐกิจ และความต้องการด้านจิตใจ (สมทรง รัชต์เผ่า. 2534) ในสถานการณ์ปัจจุบัน พฤติ
กรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ยังคงจะดำรงอยู่ต่อไป แต่จะมีขอบเขตน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ
ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพอันเป็นผลกระทบที่มาจากประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพตนเอง
สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม ในเรื่อง
ของการดูแลตนเอง ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสามารถกระทำ

โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะป่วยเพื่อควบคุมโรค ป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นถ้าการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง การให้ความรู้ในการวินิจฉัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการในรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระบวนการกลุ่มและการบริการสุขภาพที่บ้าน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

จากการศึกษาของโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 2-3) พบว่า แบบแผนความเชื่อสุขภาพนี้พัฒนามาจากแนวความคิดของเลวิน (Lewin) ที่ว่ามนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ด้านซึ่งประกอบด้วย บริเวณที่เป็นบวกบริเวณที่เป็นลบ และบริเวณที่เป็นกลางส่วนโรคสามารถอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องพยายามผลักดันมนุษย์ให้พ้นไปจากบริเวณที่เป็นลบ อีกทั้งกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลยังเกิดจากแรงดึงดูดของบริเวณที่เป็นบวกและแรงผลักดันของบริเวณที่เป็นลบด้วย จากแนวคิดนี้เองที่เป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจะต้องมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตและ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่โรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ และในการปฏิบัตินั้นจะต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น

ไมแมนและเบคเกอร์ (1974) กล่าวว่าสิ่งที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพนั้นจะต้องมีองค์ประกอบต่อไปนี้คือ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to Take Action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจหรือความรู้สึกริเริ่มของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติซึ่งสิ่งที่จะเป็นตัวกำหนดหรือตัดสินใจได้ว่าจะเกิดความพร้อมแล้ว ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The Individual's Evaluation of the Advocated Health Action) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้ถึงผลประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพโดยบุคคลจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามากน้อยเพียงใด มีการคิดเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้กับอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ การเสียเวลา หน้าที่การงาน เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติ (Cue to Action) หมายถึง สิ่งชักนำโอกาสหรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง อาการเจ็บป่วยที่กำลังเกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลความรู้ที่ได้รับจากสื่อ สารมวลชนประเภทต่างๆ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น

ภายหลังจากที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพตามแนวคิดของเลวินได้ถูกนำมาเสนอ และใช้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ต่อมาได้มีนักวิชาการ และนักวิจัยอีกหลายท่านเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยทฤษฎีในการตัดสินใจเลือกการกระทำ (Mikhail. 1981 : 66-69 ; อ้างอิงมาจาก Maiman and Becker. 1974 : 9-25) ซึ่งใช้ตัวแปรด้านจิตวิทยาและมีสมมุติฐานคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดย 2 ตัวแปรใหญ่ ๆ คือ 1) ค่านิยมของบุคคลที่มีเป้าหมายในการปฏิบัติ และ 2) การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Maiman and Becker. 1974 : 25)

นอกจากนี้ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 246) ยังประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยด้วย โดยแบ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วยและรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง กิจกรรมของบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ในส่วนของความร่วมมือในการรักษาประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 ประการ (นิตยา เ็นฉ่ำ. 2535 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Becker. 1974 : 409-414 ; Becker. 1975 : 13-20) ดังต่อไปนี้คือ

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility)

เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค การที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเกิดโรสดังกล่าวจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเป็นการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วซึ่งจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดี

ทั่วไป(ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 30) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพัฒนามาจากแนวความคิดทฤษฎีพลังสนามของเลวิน (Lewin's Field Theory) ที่กล่าวว่า มนุษย์อยู่ในห้วงจักรวาล (Life Space) ซึ่งประกอบด้วย 3 บริเวณ (Region) คือ บริเวณที่เป็นบวก บริเวณที่เป็นกลาง และบริเวณที่เป็นลบ สำหรับเชื้อโรคอยู่ได้เฉพาะบริเวณที่เป็นลบเท่านั้น เพราะฉะนั้นจึงพยายามผลักดันมนุษย์ที่อยู่บริเวณลบออกไปให้พ้นจากส่วนนี้ ดังนั้นมนุษย์จึงสร้างแรงต้านทานเพื่อต่อต้านเชื้อโรค โดยการสร้างความเชื่อให้เกิดขึ้นกับตนเองในการหลีกเลี่ยงภาวะโรค กล่าวคือ มนุษย์จะมีความเชื่อว่าตนมีโอกาสร้อยต่อการเกิดเป็นโรคและเมื่อเกิดเป็นโรคจะทำให้ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นอันตราย เพราะฉะนั้นจึงต้องมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรค(Rosenstock. 1974 : 330)

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคเป็นความเชื่อ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้จะแตกต่างออกไปแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน (รุ่งกาน ศรลัมพ์. 2530 : 19)

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1966 : 99) ได้อธิบายถึงลักษณะการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่าเป็นความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค บางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคในระดับกลางและบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคน้อยกว่าผู้อื่น เพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้โกชแมน(Gochman. 1972 : 286) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าบุคคลใดที่มีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง ย่อมมีระดับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคสูงด้วยและจะก่อให้เกิดมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยอีกด้วย (Suchman. 1970 : 105-110) นอกจากนี้เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 17-18) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของคนแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีก และสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสร้อยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น ดังนั้นในภาวะของความเจ็บป่วยพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างแน่นอนแล้วจะสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยได้ 3 ด้านคือ (Becker. 1974 : 83)

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้วางใจแพทย์หรือวิธีการวินิจฉัยโรค หรือในรายที่มีความเชื่อผิด ๆ ในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้น และทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของคนต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความเสี่ยงของโรคซ้ำหรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ

ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมาก ฮอลบาล์ม (Hochbaum, 1958 : 1-28) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ ได้มีการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันปัญหาทางสุขภาพของนักวิจัยเป็นจำนวนมาก พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann) ในปีค.ศ. 1966 พบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลิน เพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติไข้รูมาติกมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลลิง และคนอื่นๆ (Elling and others) พบว่า ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้รูมาติกซ้ำในบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการให้ยาเพนิซิลินและการพาบุตรมาตรวจตามนัด เบคเคอร์ และคนอื่นๆ (Becker and others, 1977 : 348-368; citing Becker, 1974) พบว่า การรับรู้ของมารดาที่ว่าบุตรของตนมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เมื่อมีน้ำหนักร่างกาย จะมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมอาหารและการนำบุตรมาตรวจตามนัด

การศึกษาของแบบทิสเตลลา (Battistella, 1963 : 308-319) ซึ่งพบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอและการศึกษาของ ซัชแมน (Suchman, 1970 : 105-110) ก็สนับสนุนความคิดดังกล่าวโดยพบว่าผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูง จึงจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เทอร์เรล และฮาร์ท (Terrell and Hart, 1980 : 490) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย ฮาลาล (Hallal, 1982 : 137-140) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมเร็งเด้านมในเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ การศึกษาในประเทศไทย นิตยา ภาสุนันท์ (2539 : 80) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด นิตยา เ็นฉ่ำ (2535 : ก) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อลดสุขบัญญัติของบุคลากรชายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ในทางตรงข้ามการศึกษาของ กอร์ดิส และคนอื่น ๆ (Gordis and others. 1967 : 957-968) ที่พบว่าความสัมพันธ์ในทางลบระหว่างความเชื่อของมารดาต่อโอกาสที่บุตรจะเป็นไข้รูมาติกกลับซ้ำกับการปฏิบัติตามคำแนะนำ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : ค) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะควบคุมโรคไม่ได้มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมโรคได้ ซึ่งมีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าจะเป็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนี้จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง นอกจากนี้การที่บุคคลจะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์นั้นก็ขึ้นอยู่กับความรู้ต่อการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคด้วย คือ ถ้าอยู่ในระดับต่ำอาจมีแนวโน้มให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสม (Haver and Juelsqard. 1978 : 414) และจากการศึกษาวิจัยหลาย ๆ ครั้ง เบคเคอร์ (Becker. 1974 : 409-419) ได้สรุปว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

เมื่อบุคคลได้รับรู้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเป็นโรคแล้ว ถึงแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก็ตาม แต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยอาจจะไม่เกิดขึ้นถ้าหากบุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมก็จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่าควรที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพหรือไม่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความหมายไปในด้านความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความรุนแรงของโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยหรือเป็นความรุนแรงที่ผู้ป่วยประเมินว่าความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534 : 6) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่าบุคคลถึงจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยก็ไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการการทำงานและบทบาททางสังคมของเราด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (Becker.1974:84)ในการตัดสินใจว่าโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ มีความร้ายแรงมากน้อยเพียงใดอาจวัดได้จากความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเมื่อเราได้รู้ถึงความร้ายแรงของโรค เช่นการ

ที่ต้องใกล้ชิดหรือติดต่อกับผู้ป่วยโรคนั้นๆ และความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคคลนั้นจะได้รับในยามเจ็บป่วยหรือต้องเผชิญหน้าเมื่อเขาป่วยหรือเป็นโรคนั้นๆ เช่นเขาอาจจะกังวลเมื่อได้รับรู้ถึงผลที่จะเกิดจากวิธีการรักษาพยาบาลความพิการหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความตายหรืออาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้เรามีอายุสั้นกว่าที่ควรจะเป็นอย่างไรก็ตาม บุคคลอาจจะรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคใดโรคหนึ่งมากกว่าอีกโรคหนึ่ง (Becker and others. 1974 : 384) การรับรู้ความร้ายแรงของโรคแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน โดยแต่ละบุคคลจะได้รับผลจากสิ่งเร้าภายนอกต่างกัน เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม การงานอาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคมของเรา เช่น บุคคลหนึ่งอาจไม่เชื่อว่าวัณโรคเป็นโรคร้ายแรง แต่เมื่อมีปัจจัยภายนอกมากระทบ เช่น ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ได้แก่ ความรังเกียจของบุคคลอื่น บุคลิกลักษณะ สถานภาพของบุคคลเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อและการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคได้

การรับรู้ความร้ายแรงของโรคจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล (Becker. 1974 : 334) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Ruth. 1973 : 147) คือการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและความเข้าใจเกี่ยวกับความร้ายแรง ไม่ว่าความเจ็บป่วยนั้นปรากฏให้เห็นจากสภาพร่างกาย หรืออาการที่แสดงหรืออาจจะไม่ปรากฏให้เห็น การรับรู้เกี่ยวกับความร้ายแรงเป็นตัวแปรที่สำคัญมากในการกำหนดพฤติกรรมการเจ็บป่วย ประการสำคัญ การรับรู้ความร้ายแรงของโรคมิได้หมายถึงความร้ายแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่หมายถึงการประเมินตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความร้ายแรงของโรค (Rosenstock. 1974 : 354-380) และการให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยนั้นหรือลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อและวิตกกังวลอย่างมากต่อความรุนแรงของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิเสธภาวะเจ็บป่วยนั้น ๆ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ได้ (Hellenbrand. 1983 : 220) ได้มีการรายงานการวิจัยหลายฉบับพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (HRB = Health Related Behavior) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการรับภูมิคุ้มกันโรค (Commins and others. 1979 : 639-649 ; citing Rundoll and Wheller. 1979 : 191-200) มิคเฮล (Mikhail. 1981 : 69) ได้กล่าวถึงการศึกษาของเค็กเกิลส์ (Kegeles) ในปี ค.ศ. 1963 พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน (Kegeles. 1963; Mikhail. 1981 : 69) ไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann. 1962 : 73-81) ในเรื่องการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูมาติกของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาตามคำแนะนำคือผู้ที่มีความเชื่อว่าไข้รูมาติกเป็นโรคที่รุนแรง

กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ข) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของวัณโรคปอด มีความสัมพันธ์กับการชะลอการรักษาในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอดน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ไม่สอดคล้องที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำไม่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการรักษา (Andreoli. 1981 : 32) และการศึกษาของชาร์เนอร์และคนอื่น ๆ (Becker. 1974 : 412) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรงปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกัน สุภาพ ไบแก้ว (2528: ค) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การศึกษาของนิตยา ภาสุพันธ์(2529:81)พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ประยงค์ สัจจงพงษ์(2534 : ก) พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ ส่วนในกรณีที่ได้ผลลบจะต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น เช่น ประสบการณ์เดิม และพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้ป่วย ระดับความกลัวและความวิตกกังวลสูงเกินไป ซึ่งอาจมีสาเหตุต่าง ๆ กัน

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและความสิ้นเปลืองหรืออุปสรรคต่าง ๆ

(Perceived Benefits and Costs)

การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำถ้าเขามีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการสืบนหรือการรักษาโรค(Mikhail. 1981 : 81) ดังนั้นการรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาจึงนำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคได้ การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Susceptibility) และการรับรู้ถึงความร้ายแรงหรืออาการของโรค(Severity) เป็นสภาวะจิตใจและความพร้อมที่จะกระทำหรือปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งต่อไป และการที่บุคคลจะเลือกที่จะปฏิบัติอย่างไรขึ้นอยู่กับความพร้อมทางด้านจิตใจและการได้รับรู้ถึงผลประโยชน์ (Benefits) และอุปสรรค (Barriers) ตลอดจนความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย. นั่นก็คือการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าวิธีการนั้นๆ จะต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดคือสามารถป้องกันความเจ็บปวดหรือลดภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อภาวะสุขภาพได้และมีอุปสรรคน้อยที่สุดซึ่งอุปสรรคในที่นี้หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะต้องเสีย เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าพาหนะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงอุปสรรคทางด้านจิตใจ (Physical) เช่นการเดินทาง

ความสะดวกสบายและอุปสรรคทางด้านจิตใจ (Phychological) เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสาธารณสุข ความวิตกกังวลในการปฏิบัติสิ่งที่ไม่เคยชิน เป็นต้น

แม้ว่าบุคคลจะทราบว่าการระวังรักษาสุขภาพต่อร่างกายหรือการป้องกันในระยะแรกจะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ แต่ถ้าวิธีการนั้นมีอุปสรรคมากก็จะทำให้เกิดข้อขัดแย้งและหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ถ้าบุคคลมีความพร้อมทางด้านจิตใจที่สูงมาก และไม่มีอุปสรรคมากนัก โอกาสที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมการเจ็บป่วยก็จะเป็นไปได้ ทางตรงกันข้าม แม้ว่าความพร้อมทางด้านจิตใจจะไม่สูงมากแต่อุปสรรคมากพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพหรือพฤติกรรมการเจ็บป่วยยากที่จะเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ถ้าเจ้าหน้าที่ยังต้อนรับไม่ดี ย่อมทำให้มารดาไม่อยากจะไปรับบริการอีก แต่ถ้ามารดาบางคนอยู่ใกล้สถานที่จะรู้ถึงผลดีของการฉีดวัคซีนก็มักจะพาบุตรไปฉีด หรือถ้ามารดานั้นไม่เคยรู้ถึงผลดีของการฉีดวัคซีน และยังมีภาระการทำงานการพาบุตรไปต้องทำงาน การเดินทางไม่สะดวกมารดาจะไม่พาบุตรไปฉีดวัคซีน นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งจะต้องสัมพันธ์ต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและลดความรุนแรงของโรค (Becker and Maiman. 1975 : 13-25) มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษาและอุปสรรคต่างๆ ได้แก่ การศึกษาของฮาลาล (Hallal. 1982 : 140) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี อร์ทัซ รวยอาจิม และกาญจนา แก้วเทพ (2523 : 73-78) พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐมีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยชนบทที่ยากจนจะลดความวิตกกังวลด้วยการแสวงหาแหล่งบริการหรือไม่ขึ้นอยู่กับอัตราค่าของเจ้าหน้าที่ ความสะดวกรวดเร็วของบริการไม่เสียเวลาคอยนาน และสามารถเดินทางไปได้สะดวก ประยงค์ สัจจงพงษ์(2534:ก) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ต่อประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ต่ออุปสรรค อย่างไรก็ตาม พบว่ามีการวิจัยที่ให้ผลในทางลบคือ กอร์ดิสและคนอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์นี้ในการศึกษามารดาของบุตรโรคไข้รูมาติก (Becker. 1974 : 413) และจากการศึกษาของสติลแมนไม่สามารถสรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยหญิงที่มีความเชื่อต่อประโยชน์ของการตรวจเต้านมอยู่ในระดับสูง ทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 70 (Stillman. 1977 : 127) พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 166) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ สุภาพ ใบแก้ว (2528 : 108) พบว่า การรับรู้ในด้านนี้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาเช่นกัน การรับรู้เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลง

หรืออุปสรรคต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะมีการสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการรวบรวมรายงานวิจัยต่าง ๆ โดย มิกเฮล(Mikhail. 1981 : 70) สรุปได้ว่า การลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมีน้อยและถ้าบุคคลหรือผู้ป่วยต้องประสบกับความยากลำบาก ความไม่สะดวกหรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกก็มักจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ความไม่ร่วมมือในการรักษา พบได้เสมอในรายที่ยังไม่แน่ใจถึงผลดีของข้อกำหนดในการปฏิบัติตัว หรือในรายที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาบางอย่างและในรายที่ได้รับแผนการรักษาพยาบาลที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน สรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 25) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี เป็นต้น

สรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายตลอดจนอุปสรรคต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและความสามารถใช้ทำนายถึงพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาได้

4. แรงจูงใจ (Motivation)

แรงจูงใจ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ซึ่งหมายถึงความแตกต่างของอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพอนามัยที่ต่างกัน สิ่งเร้านี้อาจเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความตั้งใจที่จะยอมรับคำแนะนำและร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ความสมัครใจที่จะแสวงหา และยอมรับการรักษาตามแผน หรือในบางรายอาจเกิดจากความกลัวกลัวกังวลใจ (Mikhail. 1981 : 70) เป็นต้น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจ ด้านสุขภาพจะมีส่วนผลักดันร่วมกับปัจจัยด้านการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจนี้มักจะวัดออกมาในรูปของความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และความตั้งใจหรือความต้องการที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาโรเซนสตอค(Rosenstock. 1975 : 402-403) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมแก่ประชาชนเป็นแรงจูงใจให้บุคคลสนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจหาความผิดปกติของโรคนี้ เบคเคอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1977 : 906) พบว่า เหตุผลของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายคือ ต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ต้องการป้องกันการเกิดโรค ต้องการใช้เป็นเครื่องหย่อนใจ และให้ความสนุกสนานด้วย พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 110) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นิตยา เย็นฉ่ำ (2535 : ข) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพสามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพ

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วผลที่พบว่า มีความสอดคล้องกัน แต่พบว่า มีผลการศึกษาวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ การศึกษาของมิลเลอร์และคนอื่น ๆ (Miller and others. 1984 : 270) ที่รายงานไว้ว่าความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการงดสูบบุหรี่ การรับประทานยาและการลดความเครียด

ตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 4 ประเภทนั้น ล้วนแต่มี พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้แล้วส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันรักษาสุขภาพ แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยของบุคคลดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

5. ปัจจัยร่วมและสิ่งเอื้ออำนวย (Modifying and Enabling Factors)

ปัจจัยต่าง ๆ (Modifying and Enabling Factors) เป็นปัจจัยต่าง ๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล(ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534 : 32) ปัจจัยร่วมได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ปฏิสัมพันธ์ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยจากการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่ให้ผลในการทำนาย ความร่วมมือในการป้องกันรักษาสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และฐานะทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วย (Becker and Maiman. 1980-113 : 131) และตัวแปรทางด้านสังคม เช่น เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการป้องกันและรักษา (Becker and Maiman. 1975 : 11-16)

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรค (preventive Behavior) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick - role Behavior) ตลอดจนพฤติกรรมการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย (Curative Behavior) หากจะพิจารณาไปถึงองค์ประกอบของพฤติกรรม ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Behaviors) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้อง

กับความรู้ ความเข้าใจ การใช้ความหมายของสิ่งของต่าง ๆ รวมทั้งความสามารถและทักษะด้านสติปัญญา

2. พฤติกรรมด้านท่าที ความรู้สึกนึกคิด และเจตคติ (Affective Behaviors) ได้แก่ ท่าที ความรู้สึก ความคิดเห็น ความชอบหรือไม่ชอบ การให้คุณค่าต่อสิ่งที่มากระทบเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในจิตใจบุคคล

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกาย เป็นความตั้งใจ หรือท่าทีที่แสดงออกว่าจะปฏิบัติในอนาคต

แนวคิดเรื่องพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใหญ่ ๆ ด้วยกัน (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2530 : 67-75)

แนวคิดที่ 1 ปังจัยภายในตัวบุคคล มีรากฐานมาจากสมมุติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปังจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล

แนวคิดที่ 2 ปังจัยภายนอกตัวบุคคล มีรากฐานมาจากสมมุติฐาน เบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปังจัยภายนอกตัวบุคคล

แนวคิดที่ 3 ปังจัยหลายปังจัย มีรากฐานมาจากสมมุติฐาน เบื้องต้นว่าพฤติกรรมของคน เกิดมาจากปังจัยภายในตัวบุคคล และปังจัยภายนอกตัวบุคคล

ความหมาย : พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล มีทั้งเป็นรูปธรรม และนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัส หรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวคนจะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจา และการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็น หรือสังเกตได้ เช่น ท่าทาง หรือคำพูด ที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า ได้มีนักวิชาการทางด้านสุขศึกษาให้ความหมาย ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถจะสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและ

ทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้นอาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวัตรในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อีกประการหนึ่งคือการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่วไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือ บุคลากรสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช. 2527 : 202 ; อ้างอิงมาจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ.ม.ป.ป)

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 4) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะโดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 60) ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้เป็น 2 นัยคือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (Health - Related Behavior)
2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะที่เจ็บป่วย หรือรู้สึกละอายใจว่าเจ็บป่วย (Sickness Behavior)

คอห์แมน (Cochman. 1982 : 169) ได้กำหนดคำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ดังนี้คือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้ง ลักษณะ บุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำและนิสัยซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันสุขภาพ

มัลลิกา มัติโก (2530 : 23) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

พฤติกรรมสุขภาพในทัศนะของนักสังคมวิทยา ได้กล่าวโดยสรุปถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมในขณะที่บุคคลยังไม่เกิดพยาธิสภาพ (ความเจ็บป่วย) ฉะนั้นจึงเป็นพฤติกรรมที่คนพยายามกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 23)

ในทางสุขศึกษานั้น สรุปความหมายของพฤติกรรมสุขภาพจากนักวิชาการที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรธน์ อิมสมบุญ (2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพคือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลเป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอื่น ๆ กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะนี้จะเน้นความเกี่ยวข้องของการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้นตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะนี้ต้องเน้นการสร้างค่านิยมและวิถีทางการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดำเนินชีวิตตามหลักการทางสุขภาพด้วย

สำหรับพฤติกรรมเจ็บป่วยมีผู้อธิบายถึงความหมายของคำว่า พฤติกรรมเจ็บป่วยไว้ดังนี้

พฤติกรรมเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติเมื่อบุคคลยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบการบริการสาธารณสุข อันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงานปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 587-588) ในขณะที่ มิแคเน็ค (พิมพ์วัลย์ ปรินาสวัสดิ์. 2530 : 48-50 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic.n.d.) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมเจ็บป่วยว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองป่วยหรือมีลักษณะอาการอื่น ๆ ของอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติและมีพฤติกรรมแสวงหาหนทางขจัดความผิดปกติเหล่านั้น เป็นการตัดสินใจในระดับบุคคลอันเป็นผลจากปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยาของบุคคล จิตวิทยาสังคมของระบบบริการสาธารณสุข มัลลิกา มัติโก (2530 : 22) กล่าวว่า พฤติกรรมความเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่น ซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่าเขามีความชำนาญด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคล เหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ (หมอพื้นบ้าน ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่มืออาชีพ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน มิตรสหาย ผู้ร่วมงาน) และรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย นอกจากคอยสังเกตอาการว่าอาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่และจากการศึกษาของ มิแคเน็ค (พิมพ์วัลย์ ปรินาสวัสดิ์. 2530 :

51-53 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic.n.d.) ได้สร้างแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ครอบคลุมกระบวนการที่บุคคลหนึ่ง ๆ จะยอมรับและตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือไม่ และจะตัดสินใจว่าจะแสวงหาคำแนะนำหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย และผลจากปัจจัยเหล่านั้นทำให้พฤติกรรมการเจ็บป่วยของบุคคลแตกต่างกันปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีดังต่อไปนี้

1. สิ่งที่มีมองเห็นและตระหนักในใจตลอดจนการรับรู้ถึงลักษณะสำคัญ ๆ ของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
2. การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติอันอาจเกิดขึ้นได้ทั้งปัจจุบันและอนาคต
3. ระดับของอาการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบหรือรบกวนต่อการทำงานหรือกิจกรรมทางสังคมอื่นๆทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว
4. ความถี่และการคงที่ของอาการผิดปกตินั้นๆ
5. ซึ่ดความสามารถของบุคคลที่จะอดทนต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้น
6. ลักษณะ ข้อมูล ประสบการณ์ความรู้ที่บุคคลมีอยู่ ตลอดจนลักษณะการศึกษา พื้นฐานของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคล
7. ลักษณะของความจำเป็นหรือความต้องการขั้นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิเสธการรับรู้การผิดปกติ เช่น กรณีโรคจิต โรคเรื้อน ถ้าตีความว่าป่วยด้วยโรคนี้จะทำให้เกิดอาการตีตราและเกิดความรังเกียจจากสังคม
8. ระดับการให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญกับปัญหาความเจ็บป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาอื่น ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่พร้อม ๆ กัน
9. ลักษณะการให้ความหมายของบุคคลต่ออาการของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีพื้นฐานจากการให้ความหมายของสังคมต่อการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
10. การเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Assessibility) ทั้งทางด้านค่าใช้จ่ายระยะทางความสะดวกสบาย ระยะเวลาของการรักษา ด้านจิตวิทยา ได้แก่ การยอมรับในบริการการสูญเสียทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความละอาย การตราทางสังคม (Stigma) ความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง (Humiliation) และความเหินห่างทางสังคม (Social Distance) อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านสถานภาพสังคม และวัฒนธรรม

สรุปแล้วโดยทั่วไป บุคคลสามารถตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้หลาย ๆ แบบเขาสามารถกระทำบางอย่าง เพื่อที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้หายไป เขาสามารถรอคอยหรืออยู่ในสภาพการลังเลใจโดยปราศจากการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เป็นขั้นเป็นอัน หรือเขาอาจจะปฏิเสธการปรากฏขึ้นของอาการของโรค

ปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วยของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173-185) กล่าวว่าโดยทั่วไป องค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย เป็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แต่การเกิดพฤติกรรมเจ็บป่วยเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ปัจจัยที่มีผลในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การสนใจ ความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

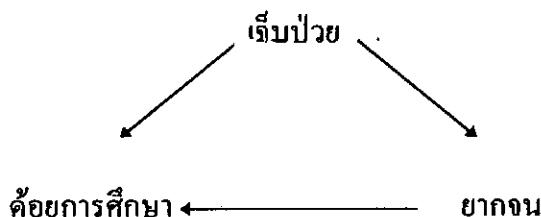
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มบุคคลในสังคม ครอบครัว สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยด้วยในกลุ่มของประชาชนที่ฐานะเศรษฐกิจไม่ดีนัก จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี

4. องค์ประกอบทางการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาน้อย มักจะมีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า จากที่กล่าวมาแล้ว สามารถแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม คือ ด้านความเจ็บป่วย ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจได้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

5. องค์ประกอบทางการเมืองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติเป็นเพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาลกิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ การศึกษา และความเจ็บป่วย
ที่มา : ประภาพัฒน์ สุวรรณ. 2529 : 180

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีเพียงพอและเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (ประภาพัฒน์ สุวรรณ. 2532 : 141-150)

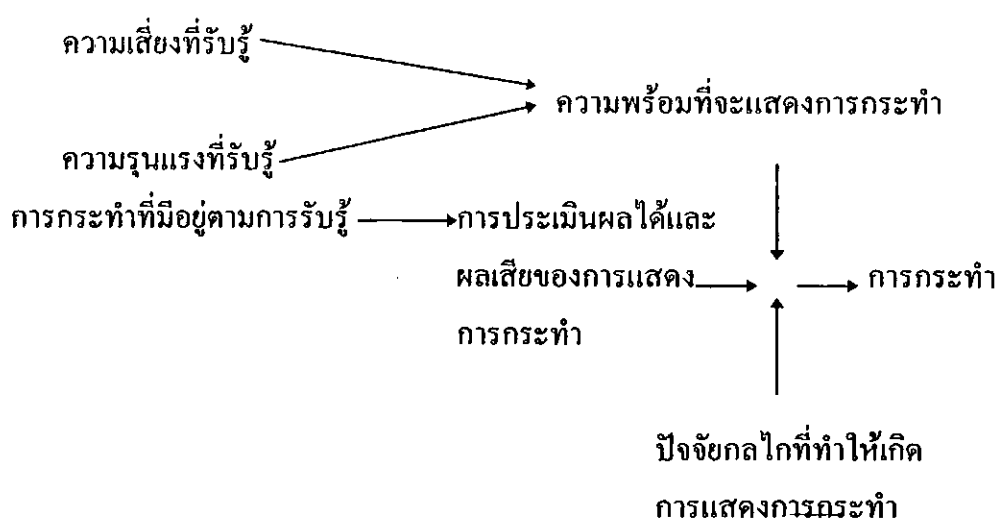
7. การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมทำตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งภายในครอบครัวจะมีผลต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวและสมาชิกในสังคมที่บุคคลนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นหน่วยสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างคำจำกัดความ หรือความหมายของบุคคลที่แสดงว่า อาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่าป่วย

ครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น เพื่อนสนิท อาจจะมีส่วนช่วยให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งชนิดปัจจุบันและเรื้อรังการสนับสนุนทางสังคมทางบวกของบุคคลที่ใกล้ชิด มีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเจ็บป่วยที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเจ็บป่วยน้อย สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้งอำนวยความสะดวกหรือสร้างสภาพการณ์ของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้แรงสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับปัญหาบางอย่างหรือการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ดังนั้นแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะมีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคม เพราะจะทำให้ทราบว่าสิ่งสนับสนุนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยอย่างไร เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการที่จะช่วยแปรเปลี่ยนความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องและยืนยาวได้ อันเนื่องมาจากความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยใน

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งทรัพยากรบุคคล (Human Resource) ที่มีอยู่และที่จะให้แก่ผู้ป่วยได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถนำมาทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค และพฤติกรรมของบุคคลเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ คาสล์ และค็อบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 246 - 249) ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ พบว่านอกจากจะสามารถทำนายพฤติกรรมอนามัยได้แล้วยังมีผลต่อการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยอีกด้วย จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้พื้นฐานจากแนวคิดของเลวิน (Lewin) มาประยุกต์ใช้ในปัญหาสุขภาพ ทำให้เกิดข้อสมมติฐานเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ (Diseases and Illness) เป็นส่วนประกอบหรืออาณาบริเวณลบซึ่งคาดหวังได้ว่าจะเป็นพลังให้บุคคลกระทำการใดใดเพื่อให้ตนเองออกมาได้แล้ว บุคคลนั้นจะเคลื่อนที่ลึกลงไปในอาณาบริเวณทางลบมากขึ้น แล้วนั่นจะเป็นสิ่งที่เลวร้ายไปกว่าเดิม ดังนั้นพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งเขาได้ให้คุณค่าตามความคาดหวัง (Value Expectancy) ว่าจะเป็นพฤติกรรมป้องกันหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นส่วนประกอบทางบวก (Rosenstock. 1974) จากเงื่อนไขของทฤษฎีที่แสดงไว้ถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ สามารถแสดงได้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 ที่แสดงไว้จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยโดยสามารถอธิบายได้ดังนี้



ภาพประกอบ 3 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของโรเซนสตอค (Rosenstock)

ที่มา : Dingwall, R. 1976 : 3

ความเสี่ยงที่รับรู้ เอกบุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ตนเองจะมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหรือโรคเฉพาะหนึ่ง ๆ โดยที่ชั่วขณะหนึ่งอาจจะเป็นว่าบุคคลจะเพิกเฉยไม่รับรู้ว่ามีโอกาสใด ๆ ที่จะติดโรคนั้นขณะที่ระดับของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับบางคนก็อาจจะมีบ้างแต่ตนเองก็มักไม่เชื่อเรื่องว่าจะเกิดขึ้นกับตน ความเสี่ยงที่รับรู้จึงอาจอยู่ในระดับต่าง ๆ กันจนไปถึงอีกชั่วขณะหนึ่งบุคคลอาจจะรับรู้ว่ามีโอกาสสูงที่จะติดต่อหรือเป็นอันตรายจากโรคนั้นจากระดับความเสี่ยงที่รับรู้นี้ย่อมส่งผลถึงการปฏิบัติของบุคคลด้วยว่าจะจะเป็นไปในลักษณะของการมีปฏิริยาการไม่ปฏิบัติสิ่งใด การอยู่ในสภาวะของการลังเล หรือการปฏิบัติในสิ่งตรงข้ามทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ถึงความเสี่ยงในระดับใด

ความรุนแรงที่รับรู้ เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินเช่นกันว่า โรคหรือเงื่อนไขที่คุกคามต่อสุขภาพนั้น ๆ มีความรุนแรงระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจจะประเมินขึ้นโดยอาศัยระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลคิดเกี่ยวกับโรคนั้น และโดยอาศัยชนิดต่าง ๆ กันของความยุ่งยากซึ่งแต่ละบุคคลเชื่อว่าเกิดจากเงื่อนไขทางสุขภาพนั้นแน่นอนทีเดียวที่บุคคลจะมองปัญหาสุขภาพในแง่ที่โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลต่อระบบการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ อย่างไรก็ตามความรุนแรงเกี่ยวกับโรคที่รับรู้อาจขยายขอบเขตและสลับซับซ้อนแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อชีวิตครอบครัว และอาจจะมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล จึงเห็นได้ว่าความรุนแรงที่รับรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติหรือการกระทำที่แตกต่างกันขึ้นกับระดับของการรับรู้ของความรุนแรงของโรคด้วย

ผลได้ผลเสียที่รับรู้ในการแสดงการกระทำ จากการที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้น ทิศทางของการกระทำที่เกิดขึ้นจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของทางเลือกการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดขึ้นโดยความเชื่อว่าทางเลือกเพื่อแสดงการกระทำต่าง ๆ เหล่านั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามหากบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นจะมีประสิทธิผลเพราะนำไปสู่การลดภาวะที่คุกคามจากโรค ในขณะที่เดียวกันบุคคลยังอาจจะพิจารณาด้วยว่าการกระทำตามทางเลือกนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สะดวกสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายกาย ไม่สบายใจต่าง ๆ นานา ปัจจัยทางลบเหล่านี้ เรียกว่า อุปสรรค (Barriers) ต่อการแสดงการกระทำ ซึ่งเป็นตัวเร้าให้เกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์ (Benefits) ถ้าการรับรู้

ประโยชน์และมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมสูง โดยที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย บุคคลก็น่าจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกนั้นในทางกลับกัน หากมีความพร้อมต่ำในขณะที่ปัจจัยเชิงลบได้รับการประเมินว่ามีมาก ปัจจัยลบเหล่านี้ก็จะทำหน้าที่เป็นตัวขัดขวางการกระทำ จากที่กล่าวมา ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยในการประเมินทางเลือกของการกระทำว่าจะเลือกที่จะปฏิบัติได้อย่างไร

การบริการสุขภาพที่บ้าน

การบริการสาธารณสุขที่บ้านเป็นงานสาธารณสุขมูลฐานที่ปรับจากการดำเนินงานสาธารณสุขแบบเก่า ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งงานบริการดังกล่าวขยายการให้บริการด้านรักษาพยาบาลในรูปของ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ เนื่องจากทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ประกอบกับประชาชนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องใช้กลวิธีใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีแนวคิดที่ให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็นผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ (Supervise) และผู้สนับสนุน (Supporter) ให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการประชาชนด้วยตนเอง โดยการดูแลตนเอง สามารถพึ่งตนเองได้ นั่นคือ ประชาชนบริการประชาชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กล่าวถึง การบริการสุขภาพที่บ้านในรูปของการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ ซึ่งเป็นการดำเนินงาน สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการบำรุงรักษาสุขภาพอนามัย และมีความรู้หลักการปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือให้ปลอดภัยจากภาวะอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่จะมีผลคุกคามต่อชีวิต รู้วิธีการป้องกันตนเองให้พ้นภัยจากภาวะอันตรายของโรคภัยทุกชนิด รวมทั้งวิธีที่จะปรับสภาพร่างกาย จิตใจ ในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยไม่เป็นภาระ หรือเป็นภาระน้อยที่สุดต่อครอบครัว ครอบครัวยุค และสังคม

ความสำคัญของการบริการสุขภาพที่บ้าน

เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการบริการทางสุขภาพต่อเนื่องกันไปตลอดทุกระยะของโรคโดยไม่ขาดตอนนั้น ถือได้ว่าเป็นการบริการที่สมบูรณ์แบบและเป็นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ชุมชนโดยให้มีปัญหาและอุปสรรคน้อยที่สุด การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การจำหน่าย และการส่งผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนาน ๆ (Gikow and others. 1985) และเพื่อการหมุนเวียนเตียงผู้ป่วยใหม่ เป็นการป้องกันระยะที่ 2

(Secondary Prevention) คือได้รับการรักษาก่อนที่จะเป็นมากหรือป้องกันความพิการ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นหากมิได้รับการรักษาพยาบาลให้ทันเวลาอันสมควร การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องพึ่งตนเองให้มากที่สุด และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง โรคนั้นจึงจะหายขาดหรือเข้าสู่สภาพปกติได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนการกลับเข้าโรงพยาบาลอีก ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก็คือการดูแลตนเองและช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัวได้

การบริการสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) หมายถึงการบริการสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ลดภาวะเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งลักษณะการให้บริการสุขภาพที่บ้านดำเนินการภายใต้การรับผิดชอบของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างมีอิสระและดำรงชีวิตได้ตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้น การให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องมีการวางแผนโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย (มุกดา สำนักกลาง.2534)

มุกดา สำนักกลาง (2534) ได้สรุปถึงการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไว้อย่างครอบคลุมว่าเป็นความพยายามที่จะผสมผสานส่วนประกอบของการพยาบาลที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักบริการสังคมต่างๆ รวมทั้งวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้กลับสู่ระยะสุขภาพและชีวิตปกติ โดยที่ครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) บทบาทของผู้ดูแลนั้น ได้แก่การดูแลเรื่องสุขนิสัย การเตรียมอาหารและยา ตลอดจนการให้กำลังใจผู้ป่วย และเชื่อมการดูแลระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับบริการที่บ้าน เพื่อให้สามารถตอบสนองและบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการ โดยอาศัยหลักการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ การดูแลดังกล่าวจะเน้นการเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองของครอบครัวในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1. การสอนและการเชื่อมผู้ป่วยกับบริการในชุมชนที่สามารถให้บริการในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านได้
2. การป้องกันโรคแทรกซ้อนของการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน (Home Health Care) บทบาทของผู้ดูแลนั้น ได้แก่ การดูแลเรื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยลดภาวะพิการและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น
3. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน

4. การควบคุมความเจ็บป่วย โดยการใช้ยาภายใต้การควบคุมของพยาบาลที่มาดูแลที่บ้าน และรายงานบริการให้แก่แพทย์ที่ดูแลทราบ โดยการใช้ผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) จะปรับบริการการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการทั้งนี้เมื่อระดับการพึ่งพาตนเองของผู้รับบริการมากขึ้นความต้องการจะลดลง โดยที่การประสานความร่วมมือในการดูแลนั้นจะสามารถดำรงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพ และต่อเนื่องกันไป

นอกจากนั้น ยังมีคำนิยามที่ให้แตกต่างกันไปตามแต่ละสถาบันที่ให้คำนิยามไว้ ดังเช่น คณะกรรมการนโยบายสุขภาพและสาธารณสุขของวิทยาลัยแพทยอเมริกัน กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้กว้าง ๆ ว่า เป็นการให้บริการสุขภาพที่ทำการใด ๆ สมาคมการดูแลที่บ้านแห่งชาติอเมริกาเป็น สมาคมที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนหน่วยงานต่าง ๆ ในการดูแลที่บ้านทั้งเป็นหน่วยงานสุขภาพและอื่น ๆ

โดยสรุปลักษณะของการบริการ การดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมีความแตกต่างในระดับของความครอบคลุมระบบบริการ หากพิจารณาถึงลักษณะกิจกรรมการดูแลที่บ้านในอเมริกา จะมีความซับซ้อนและ ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ระดับสนับสนุนเพื่อดำรงภาวะสุขภาพไปจนถึงการดูแลที่ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและการให้บริการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในบ้าน

ขอบเขต และระดับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ขอบเขต

การดูแลสุขภาพที่บ้านควรมีขอบเขตของการ บริการที่ชัดเจน ว่า หมายถึง อะไร ใครเป็นผู้รับบริการ ผู้รับบริการเป็นอย่างไร ลักษณะของผู้ให้บริการเป็นอย่างไร วิธีการที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร มีบุคคล หรือองค์การใด เข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง ซึ่งระบบการบริการสุขภาพ ที่บ้านของประเทศไทย จะต้องมีการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดขอบเขต ระดับ รูปแบบของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่มีความต่อเนื่องกับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล และสถานรักษาพยาบาลอื่น ๆ รวมทั้งมีประสิทธิภาพในการจัดการปัญหา ในระดับต่าง ๆ ได้

ระดับ

การให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน แบ่งได้เป็นหลายระดับ ขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการในกรณีที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง ชับซ้อน จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด มีการเยี่ยมชมผู้ป่วยบ่อยกว่าในระยะที่ปัญหาสุขภาพไม่รุนแรง

Engstrom (1987) แบ่งระดับการดูแลที่บ้านสำหรับพยาบาลได้ 3 ระดับ คือ

1. การดูแลที่บ้านระดับเฉพาะทาง (Intensive Skill Home Care) เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการดูแลจากพยาบาล โดยเฉพาะในระยะป่วยรุนแรง ช่วงแรกอาจจำเป็นต้องเยี่ยม 2 - 3 ครั้งต่อวัน และการดูแลอาจรวมถึงการพยาบาลที่ต้องใช้เทคนิคเฉพาะมีการสังเกตอาการในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในระยะนี้อาจมีระยะเวลา 1 เดือน โดยประมาณหรือน้อยกว่า

2. การดูแลที่บ้านระดับปานกลาง (Intermediate Home Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลางที่มีความต้องการการดูแลเฉพาะทางน้อยกว่าในระดับแรก อาจมีการเยี่ยมใช้ให้การดูแลทุก 1 - 2 อาทิตย์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง แต่ยังต้องการช่วยเหลือดูแลบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้จะค่อย ๆ มีอาการดีขึ้น และหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่แต่การเปลี่ยนแปลงจะค่อนข้างช้า อาการทั่วไปจะดีขึ้นอย่างช้า ๆ และระยะเวลาในการดูแลอาจเป็นเวลาหลายเดือน

3. การดูแลที่บ้านในระดับรักษาสภาพ (Maintenance Home Care) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับนี้เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพคงที่ แต่ยังต้องการดูแลบ้างเป็นครั้งคราว การให้การดูแลเน้นที่การติดตามและการให้สุขศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแลจากบุคคลอื่นในเรื่องความสะอาดบ้าน การจัดเตรียมอาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยประเภทนี้มักเป็นผู้รับการดูแลจากพยาบาลมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้โดยได้รับความรู้แนะนำจากทีมสุขภาพ
2. ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรง และยังไม่ถึงขีดอันตรายให้ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองและครอบครัว ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่เสียเวลาในการเดินทาง

3. ฝึกและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พิการหรือมีโรคเรื้อรังที่อวัยวะบางส่วนสูญเสียหน้าที่ สามารถใช้อวัยวะส่วนที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มั่นคง รู้สึกว่ามีคนคอยเอาใจใส่ มีที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา
5. ลดจำนวนผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลทำให้ปริมาณงานลดลง เจ้าหน้าที่พยาบาลเครียดน้อยลง สุขภาพจิตดีขึ้น
6. ลดอัตราการเกิดโรคและลดอัตราการตายในชุมชน
7. ให้สุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้นเพราะได้พักอยู่บ้านใกล้ชิดครอบครัว

เป้าหมายการดำเนินงานดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน

เป้าหมายการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านมุ่งให้สมาชิกของครอบครัวทุกคน ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย และบุคคลที่สุขภาพดีโดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย ส่วนการรักษาพยาบาลจะจัดกลุ่มปัญหาที่ต้องแก้ด้วยการรักษาพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1. จัดกลุ่มเป้าหมายตามระบบของโรค โดยกลุ่มเป้าหมายนี้แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

- 1.1. โรคไม่ติดต่อ (Non - Communicable Diseases , NCD) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว มะเร็ง เป็นต้น

- 1.2. โรคติดต่อ (Communicable Diseases) ได้แก่ เอชไอวี วัณโรค ตับอักเสบด้วยเชื้อไวรัส เป็นต้น

การดำเนินงานจะต้องกำหนดเป้าหมายชัดเจนอาจเริ่มต้นด้วยการดูแลตนเองโรคใดโรคหนึ่งเพื่อทดลองเป็นโครงการนำร่อง (Pilot Study) โดยใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปฏิบัติงานจากนั้นจึงจะติดตามการประเมินผล ซึ่งถ้าได้ผลดีตามวัตถุประสงค์ อาจจะขยายการดูแลในเรื่องอื่นต่อไป

2. การดำเนินงานตามเป้าหมายกลุ่มบุคคล นอกจากการจัดเป้าหมายการดำเนินงานด้วยระบบของโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อแล้วการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านอาจดำเนินไปตามกลุ่มบุคคลดังนี้

- 2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 2.2 กลุ่มมารดาและเด็ก

- 2.3 กลุ่มผู้พิการหรือมีปัญหาอวัยวะบางส่วนไม่ทำงาน

2.4 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด

2.5 กลุ่มผู้รักร่วมเพศ

2.6 กลุ่มผู้พิการแต่กำเนิด

3. การดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามผู้ป่วย (Follow up) เพื่อให้การรักษาพยาบาลและดูแลอย่างต่อเนื่อง และช่วยสอนผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัวให้รู้จักการสังเกตอาการผิดปกติ หรือรักษาสุขภาพอนามัยให้ถูกต้อง

4. การดำเนินงานตามแบบบริการสาธารณสุขขององค์กรรวม (Wholistic Care) เป็นการให้บริการสาธารณสุขแก่ครอบครัวตามปัญหาและความต้องการของแต่ละครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีปัญหาและการดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน โดยผู้ให้บริการหรือทีมสาธารณสุขจะต้องดำเนินการสำรวจปัญหาความต้องการเพื่อให้ทราบข้อมูลในขั้นเตรียมการที่จะต้องวางแผนดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ทีมสาธารณสุขซึ่งอาจจัดตั้งขึ้นในรูปแบบกรรมการ หรือจัดให้มีผู้รับผิดชอบโครงการนี้จะต้องระดมความคิด และเตรียมการดำเนินงานตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 สำรวจ รวบรวมข้อมูล ศึกษากลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อเก็บหลักฐานไว้ที่สำนักงาน

1.2 จัดเตรียมทีมที่จะรับผิดชอบการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายและปัญหา

1.3 จัดเตรียมเอกสารการสอนครอบครัวให้ตรงกับปัญหาความต้องการเป็นคู่มือครอบครัว

1.4 เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ การดำเนินงานที่บ้าน

1.5 จัดเตรียมทำเวชระเบียนประจำบ้าน (Home Chart)

1.6 เตรียมประชุมพบปะกันระหว่างทีมผู้ดำเนินงานทุกครั้งที่ได้รับปัญหาเร่งด่วนหรือในยามปกติทุกเดือน

2. ขั้นดำเนินงาน

2.1 เลือกผู้รับผิดชอบที่จะช่วยแก้ปัญหาเร่งด่วนหรือในยามปกติทุกเดือน

2.2 สอนให้ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยในบ้าน รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง วิธีการติดต่อกับเจ้า

หน้าที่และทีมสาธารณสุขวิธีการรายงานผลต่อเจ้าหน้าที่ วิธีการจดบันทึกในเวชระเบียนประจำบ้าน วิธีการใช้คู่มือครอบครัว ฯลฯ

2.3 ให้โอกาสผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการสอนให้ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัวได้ ฝึกหัดปฏิบัติ ชักซ้อมความเข้าใจ จนสามารถหรือแน่ใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.4 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบการดำเนินงานแต่ละครั้งจะต้องบันทึกการดำเนินงานในเวชระเบียนประจำบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นหลักฐานข้อมูลการดำเนินงานต่อไป

2.5 ประชุมรายงานผลการปฏิบัติงานให้คณะกรรมการดำเนินงานหรือทีมสาธารณสุขรับทราบเพื่อปรึกษาหารือปรับระบบการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

3. ขั้นตอนประเมินผล

3.1 ติดต่อกับครอบครัวในยามปกติอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง หรือในกรณีมีปัญหาเร่งด่วนอาจต้องติดต่อกับครอบครัวทุกวันหรือวันละ 1 - 2 ครั้งในกรณีฉุกเฉิน

3.2 วางแผนการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

3.3 ครอบครัวจะได้รับการบอกกล่าวหรือแนะนำให้รู้จักวิธีการรายงานผลการดำเนินงานที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ หรือจากการดูแลตนเองในด้านสุขภาพอนามัยให้เจ้าหน้าที่รับทราบและบันทึกผลการดำเนินงานไว้ เป็นหลักฐานสำนักงาน

3.4 สำนักงานจะต้องมีระบบการติดต่อสื่อสารที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกในครอบครัวได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้รวดเร็ว ซึ่งอาจจะด้วยการ

3.4.1 วิทยุของสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน

3.4.2 องค์การสาธารณสุขมูลฐานอันได้แก่ ศสมช. อสม. ผสส. ที่จะทำการประสานงานระหว่างบ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสำนักงาน

3.4.3 หากบ้านใดมีโทรศัพท์ หรือการติดต่อสื่อสารโทรคมนาคม ควรใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

3.4.4 ทางจดหมายไปรษณีย์บัตร

ระยะเวลาปฏิบัติงาน

ระยะเวลาหรือกำหนดการดำเนินงานอาจจะขึ้นอยู่กับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว หากจะกำหนดเวลาการดำเนินงานในยามปกติหรือในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน อาจกำหนดได้ดังนี้

1. ทุกสัปดาห์ ๑ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ถึง 3 ครั้ง
2. ต่อไปทุกเดือน ๑ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ถึง 3 ครั้ง
3. ต่อไปทุก 2 เดือน เป็นเวลา 1 ถึง 3 ครั้ง
4. ต่อไปทุก 3 เดือน เป็นเวลา 1 ถึง 3 ครั้ง
5. ต่อไปทุก 6 เดือน ในกรณีทุเลา บรรเทาจากอาการเจ็บป่วย
6. หากอาการเจ็บป่วยยังไม่ทุเลา หรือมีอาการเรื้อรัง ยังมีปัญหาด้านสุขภาพ

อนามัย จะต้องติดตามทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละครั้ง โดยอาจให้ครอบครัวส่งข่าวมายังสำนักงานฯ หรือเจ้าหน้าที่จะออกไปติดตามก็ได้แล้วแต่กรณี

7. หากอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีปัญหาเร่งด่วนฉุกเฉิน แก้ปัญหาแล้วยังไม่ทุเลา ให้สอนและแนะนำครอบครัว นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่

คู่มือครอบครัว

ทีมสาธารณสุขจะต้องจัดเตรียมคู่มือครอบครัวเพื่อเป็นคู่มือการสอน แนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนตามกลุ่มโรค กลุ่มบุคคล หรือกลุ่มปัญหา

ลักษณะของคู่มือครอบครัว

1. อ่านง่าย เข้าใจง่าย ใช้ภาษาไทยง่าย
2. เป็นเชิงพฤติกรรม ที่กระทำตามหรือฝึกหัดปฏิบัติได้
3. มีเนื้อหาที่จะช่วยสอนให้ความรู้แก่ประชาชนได้ตรงตามปัญหาความต้องการ
4. ระบุอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังและวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการเหล่านั้น
5. กระทัดรัด เก็บรักษาง่าย หยิบใช้ได้ทันที เมื่อมีปัญหาหรือต้องการ
6. คู่มือนี้จะให้กับครอบครัวไว้เพื่อเป็นคู่มือการปฏิบัติตนเองในด้านสุขภาพอนามัย

คู่มือนี้จะต้องมีเนื้อหาความรู้ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และมีวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาหรือเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพอนามัยแข็งแรง

7. คู่มือนี้จะต้องบ่งบอกอาการแสดงที่ต้องระวังในแต่ละโรค แต่ละกลุ่มเป้าหมายควรพิมพ์ให้น่าอ่าน กระทัดรัด

ข้อมูลครอบครัว

ข้อมูลครอบครัวจะทำให้ลักษณะแบบฟอร์มเพื่อกรอกสภาพบ้านชื่อหัวหน้าครอบครัว ชื่อผู้ป่วยลักษณะบ้าน สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ในบ้าน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วยหรือปัญหาเรื้อรังของแต่ละครอบครัวเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการดำเนินการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ซึ่งอยู่ในสถานบริการพยาบาล จะต้องมีการเก็บรวบรวม ข้อมูล

ข่าวสารประวัติครอบครัวให้มีระเบียบเป็นส่วน หยิบใช้ได้ทันทีและทันสมัยที่ทันต่อเหตุการณ์ เป็นปัจจุบัน

ดังนั้นการบริการสุขภาพที่บ้านเป็นบริการเชิงรุก ซึ่งมุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ดีถ้วนหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นตามอัตรภาพอย่างสมศักดิ์ศรี

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย การสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง เหมือนการทำจิตบำบัดกลุ่มแต่เป็นการป้องกัน และให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทางกายไปได้ด้วยดี นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด หรือให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

วิธีการสอนผู้ป่วยโดยกระบวนการกลุ่ม

เป็นการสอนผู้ป่วยในกลุ่มย่อย วิธีการสอนผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยนั้นมักจะใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งมีประโยชน์มากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาทางด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ แนวคิด เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ รวมทั้งได้ฝึกทักษะการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้อิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวรต่อไป (สุชาติ โสมประยูร.

2525 : 79)

การอภิปรายกลุ่มคือการประชุมพิจารณา หรืออภิปรายกันระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วยผู้นำกลุ่มอภิปราย และ สมาชิก จำนวน 6 - 20 คน ร่วมอภิปราย เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าประชุมสนใจร่วมกัน หรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ยาโลม (Yalom. 1970 : 173-177) ได้แสดงความคิดเห็นโดยสรุปได้ว่า ประสพการณ์การเรียนรู้ที่ประสบผลสำเร็จของสมาชิกแต่ละกลุ่มจะเกิดขึ้นจากการรับรู้การจัด ประสพการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มตรงกับความต้องการของคนจากการมีสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น จากการมีส่วนร่วมในการทำงานกลุ่มมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความเต็มใจในการเข้ากลุ่ม

เมื่อมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่มได้แล้ว จะมีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ของการทำกลุ่มที่บุคคลนั้นพึงจะได้ กฎและแนวทางปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกของกลุ่ม การทำสัญญาตกลงยินยอมนี้มักจะทำในกรณีที่มีการเข้าร่วมกลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง อาจจะทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือเป็นวาจาพูดก็ได้

ขนาดของกลุ่มที่พอเหมาะยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะต้องตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่มและความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

สำหรับการจัดรูปของกลุ่มนั้น กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดกลุ่มให้เป็นที่นั่งเป็นวงกลม จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมมาก การให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to Face Group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัว ทั้งถึงและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางดีขึ้น

สถานที่และเวลาในการทำกลุ่มนั้น เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความมั่นคงและปลอดภัย จึงควรจัดหาสถานที่ในการทำกลุ่มให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ จะต้องจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะสม ใจการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ในห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย เป็นต้น

เวลาที่เหมาะสมนั้นควรจะเป็นเวลาที่ว่างไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและมีการสิ้นสุดให้ตรงเวลา

สำหรับระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรทำครั้งละประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง สำหรับความถี่ของที่เข้ากลุ่มนั้นอาจจะจัดกลุ่มสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม

อายุและเพศของสมาชิกในกลุ่ม ในการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ นั้น องค์ประกอบในเรื่องอายุและเพศ ไม่เป็นอุปสรรคของการทำงานกลุ่มไม่ว่าจะอยู่ในกลุ่มอายุระดับใด ต่างก็สามารถรับในสิ่งที่เรียนรู้ได้ทัดเทียมกัน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นรูปแบบหนึ่งสำหรับการศึกษารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการอภิปรายปัญหาระหว่างผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญห และนำไปเปรียบเทียบกับศึกษารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ เพื่อนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

การวิจัยในต่างประเทศ

เคจีเลส และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะแรก โดยการสัมภาษณ์สตรี 836 คน พบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีกลุ่มอายุ 21-34 ปี อายุ 45-54 ปี และอายุ 55-64 ปี มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ในทุกปัจจัยทางด้านประชากรศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงแต่งงานแล้วและมีระดับการศึกษาที่ดีจะพบว่า มีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูง

เคอร์เทซ และคนอื่น ๆ (Kirschtand and others. 1996 : 243-254) ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่าง 1,000 รายถึงความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็น วัณโรค โรค มะเร็ง และโรคฟัน รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของการเป็น วัณโรค โรคมะเร็ง และโรคฟัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสูงด้วย

โอเรม (Orem. 1970) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ” (The Relationship Between Health Attitude and Behavior) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น 148 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยเน้นให้เห็นถึงความรุนแรงและความน่ากลัวพร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการไปตรวจโรคในระยะเริ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจหาโรคเบาหวาน กลุ่มที่สองให้ได้รับข่าวสารแบบธรรมดาไม่เน้นความน่ากลัวเหมือนกลุ่มแรก หลังจากนั้นมีการวัดทัศนคติและการไปรับบริการในการตรวจโรคเบาหวานพบว่า ไม่แตกต่างกัน

กัวิรส์ห์ เอ็น และคนอื่น ๆ (รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพตนเอง สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 19 ; อ้างอิงมาจาก Grawrask N. and others. 1978 : 143-423) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน พบว่า พฤติกรรมการดู

แลสุขภาพ ตนเองของประชาชนเริ่มขึ้นจากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและจัด
อาการของคนอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษาหรือแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้
อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษาจะทำให้เกิดความ
สัมพันธ์มากขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับคนที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะ
ใด นอกจากนั้นยังรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือ การเปลี่ยนพฤติกรรม
ในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการถ่ายทอดอาการป่วยนั้น ๆ โดยผู้ป่วยจะ
ประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตนจากผลการรักษาอาการข้างเคียง จากการรักษา
ความพอใจต่อการบำบัดรักษา และทำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบเข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของ
ตนเอง

มาร์ตัน (Marton. 1970 : 312-327) ได้สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยในการยอม
รับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ฐานะทาง
เศรษฐกิจ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับปฏิบัติตามแนวทางการรักษา
2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการ
มารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น แต่ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการรักษากับระดับ
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอาจเป็นผลมาจากระยะเวลาการรักษา ผลข้างเคียงจากการรักษา และ
ความยุ่งยากของการรักษาพยาบาล

3. ปัจจัยด้านสังคมวิทยา ได้แก่

3.1 ทศนคติต่อการเจ็บป่วย พบว่าบุคคลที่มีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยในทางที่ไม่ดีกลัว
อันตรายจากการเจ็บป่วยนั้น มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูง

3.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข พบว่า
ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยมีผลกระตุ้นให้ผู้ป่วยมารับการรักษามากขึ้น

เฮย์เนส และคนอื่น ๆ (Haynes and others. 1976 : 1265-1268) ได้ศึกษาเพื่อหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมมือในการรักษา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน
แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้าน และได้รับ
คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาลดความดันโลหิตร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน มีบุคลากรใน
ทีมสุขภาพไปเยี่ยมบ้าน และให้กำลังใจ กลุ่มควบคุมมีจำนวน 18 คน ได้รับการบริการตามปกติซึ่ง
กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันในด้านอายุ ส่วนสูง น้ำหนักตัว และรายงาน
ประวัติในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาศึกษา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มควบคุมให้
ความร่วมมือในการรักษาลดลงร้อยละ 1.5 กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ

ละ 21.3 ระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองลดลง 17 คน ใน 20 คน และลดลงถึงเป้าหมาย 2 คน ซึ่งแสดงว่าแรงกระตุ้นและกำลังใจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

เคิร์ชท์ และโรเซนสตอค (Kircht and Rosenstock. 1977) ศึกษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรคและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคกับการปฏิบัติในการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แมททิว และฮิงสัน (Matthew and Hingson. 1977 : 879-889) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ พบว่า

1. การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้น เพราะผู้ป่วยคิดว่าตนไม่มีความผิดปกติรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือคุกคามต่อชีวิต โดยถ้าไม่ปรากฏอาการของโรคจะไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษา ในกรณีเดียวกันถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะมารับการรักษาน้อยลง

2. การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์นั้น จะมีจำนวนมากขึ้นเมื่อแผนการรักษานั้นยุ่งยากเกินไปโดยพบว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะน้อยลงถ้าระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น จำนวนที่ใช้รับประทานมากขึ้นหรือการรักษาที่ให้ผลข้างเคียงมาก

3. สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้น มีผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่พึงพอใจในเจ้าหน้าที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในจำนวนที่สูง แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ หรือได้รับข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาน้อยเกินไป ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มปฏิบัติตามแนวทางการรักษาน้อยลง

รันดอลล์ และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1979) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการการป้องกันโรค โดยกำหนดการวัดเป็นจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ในการดูแลป้องกันสุขภาพ สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 781 คน ใน Washtenaw County, รัฐ Michigan ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรค แต่การรับรู้ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับมีความสัมพันธ์กับการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรค และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับ

การใช้บริการโดยผ่านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ต่ออุปสรรค (Janry and Becker. 1984 : 8,21)

เฮอร์เชย์ และคนอื่น ๆ (Hershey and others. 1980 : 1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษาเป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

ไอเซน (Eisen. 1985 : 185-210) ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเน้นถึงการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนเองหรือคู่นอนจะตั้งครรภ์ การรับรู้ผลเสียหรือความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่อยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการไม่มีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และมีผลให้พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิมและความสม่ำเสมอของการใช้วิธีการคุมกำเนิด ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50 ซึ่งไอเซน (Eisen) และคนอื่นๆ ได้เสนอว่าปัญหาการไม่ใช้บริการคุมกำเนิด มิใช่เกิดจากความไม่รู้ถึงวิธีการคุมกำเนิด แต่สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้การคุมกำเนิดคือ การเข้าไม่ถึงบริการ การประเมินว่าเมื่อใช้วิธีการคุมกำเนิดแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหยาบประเภทกับการไม่รู้เกี่ยวกับอัตราเสี่ยงของตนในการตั้งครรภ์ และการประเมินค่าใช้จ่ายของการใช้วิธีการคุมกำเนิดสูงกว่าความเป็นจริง ไอเซน จึงทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่เป็นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แทนการมุ่งให้เฉพาะความรู้เรื่องการควบคุมกำเนิดซึ่งผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสามารถเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้น

วิล และ คามาโช (วาสนา ปุณณเมธีวิวัฒน์. 2532 : 10 ; อ้างอิงมาจาก Wiley and Camacho. 1980 : 1-21) ได้ศึกษาประชาชนเมืองอลามิดา แคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 9 ปี เพื่อหาความสัมพันธ์ของลีลาชีวิตและสถานสุขภาพในอนาคตโดยใน ค.ศ. 1965 ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,892 คน อายุต่ำกว่า 70 ปี เกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงในการหลับในเวลากลางคืน น้าหนักที่มีความสัมพันธ์กับส่วนสูงและประเมินผลสถานทางสุขภาพ แล้วต่อมาในปี 1974 ได้สอบถามข้อมูลซ้ำ

พบว่า ในคนที่มีสถานะสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางที่ดีจะเน้นสุขภาพจะดีขึ้น ส่วนคนที่มีคะแนนสุขภาพไม่ดีแล้ว ยังคงวิถีชีวิตที่ไม่ดีจะเน้นของสถานสุขภาพจะต่ำ เช่นกัน ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ เอดลิน และโกแลนตี (Edlin and Golanty, 1982 : 167) ที่ว่า วิถีชีวิตที่ไม่ดี มีทุกขันธ์เสียได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีภาวะโภชนาการเกินและไม่ได้สัดส่วน มีความเครียดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเรียกว่า โรควิถีชีวิต

แพลน และคนอื่น ๆ (Plant and others, 1987 : 317-322) ได้ศึกษาประเมินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจัดขึ้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวในแผนกผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลลอนดอน โดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้เข้าร่วมกลุ่ม พบว่าร้อยละ 53 ของผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ร้อยละ 70 กล่าวว่า การคาดผลที่จะเกิดขึ้นจากโรคมะเร็งดีขึ้นกว่าตอนก่อนเข้ากลุ่ม ร้อยละ 55 กล่าวว่า สามารถพูดถึงโรคมะเร็งกับคนอื่นได้ง่ายขึ้นเช่นกัน สำหรับนักวิชาชีพที่เข้าร่วมกลุ่ม ก็รายงานว่าได้เรียนรู้เกี่ยวกับการปรับตัวต่อมะเร็ง และวิธีการที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งมากขึ้น และเมื่อศึกษาถึงเหตุผลของการไม่เข้าร่วมกลุ่มก็พบว่าร้อยละ 55 เป็นเพราะได้รับคำตอบเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองสงสัยหมดแล้ว ร้อยละ 50 เป็นเพราะปัญหาและความยุ่งยากในการเดินทาง ในขณะที่ร้อยละ 37 เป็นเพราะปรารถนาที่จะลืมเรื่องโรคมะเร็ง และร้อยละ 25 บอกว่า ไม่ชอบการอภิปรายกลุ่ม ส่วนอีกร้อยละ 19 เป็นเพราะกลัวว่าปัญหาที่ได้ยินจากผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ จะทำให้รู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น

สาโลเนน และคนอื่น ๆ (วาสนา ปุณณณวิวัฒน์, 2532 : 2 ; อ้างอิงมาจาก Salonen and others, 1988 : 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาว่าง และอาชีพที่มีการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 15,088 คน อายุระหว่าง 30-59 ปี ไม่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือสภาวะที่กีดขวางการออกกำลังกาย ผลวิจัยพบว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีอาชีพต้องนั่งเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งแสดงว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ

การวิจัยในประเทศไทย

อนงค์ พานิชปฐมพงษ์ (2529 : 2) ได้ทำการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลของการศึกษานี้ จึงควรให้ความรู้ และการศึกษาทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิด

การรับรู้ และมีเจตคติ หรือมีความเชื่อที่ถูกต้องและมีแนวโน้ม นำไปปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน (2530 : ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลเลิศจินพบว่า

1. ผลการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ในเรื่องความเชื่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำความพึงพอใจและการปฏิบัติทุกด้าน

2. ผลการสอนสุขศึกษาของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำแรงจูงใจ การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความพึงพอใจและการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำความพึงพอใจและการปฏิบัติในด้านการควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงข้อห้ามการบริหารบำบัด

3. ผลการสอนสุขศึกษากับการปฏิบัติตามคำแนะนำของกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิมพ์วัลย์ ปรินาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองขณะเจ็บป่วยพบว่ารูปแบบพฤติกรรมการรักษาเย็บยามี 3 ระดับคือ

1. ระดับครอบครัว พฤติกรรมการรักษาเย็บยา จะเป็นไปตามเหตุผลที่พ่อบ้าน แม่บ้าน ได้ปรึกษาคงลงร่วมกัน

2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรมการรักษาเย็บยา จะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ แม่ใหญ่ พ่อใหญ่ ย่า ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ ใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติกรรมการรักษาเย็บยา เป็นการรักษาตนเองโดยใช้หมอพื้นบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

นอกจากนั้นยังพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองมีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะคือ

1. การไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย แค่อดทน เมินเฉย หรือปล่อยให้หายเอง
2. ปฏิบัติด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น นอนพัก งดอาหารบางชนิดดื่มน้ำมาก ๆ ดื่มน้ำอุ่น ๆ เช็ดตัว เป็นต้น

3. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร

4. การปฐมพยาบาล

5. การรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรม และไสยศาสตร์ เช่น การผูกค้าย การกินน้ำมนต์ ตลอดจนการรักษาโดยหมอพื้นบ้านที่มีฐานะ เป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น การเป่าน้ำมนต์ การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

พัชรี ดำรงสุนทรชัย (2531 : ก-ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิก ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ดิកผู้ป่วยนอกวชิรพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 ถึง 65 ปี จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 ราย กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการสอนโดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ได้รับการสอนโดยการจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการจัดกิจกรรมสุขศึกษาดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งสองกลุ่ม และความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มภายหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แต่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ 1 ดีกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรรณนิพา แก้วมัลย์ (2531 : 107) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และบริโภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับซ้ำ พบว่า คะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างที่รักษาหายแล้วกลับเป็นโรคซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทางด้านอายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2531 : 55) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ความต้องการทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเอดส์ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 292 ราย เป็นหญิงมีอาชีพพิเศษ 72 ราย ชายอาชีพพิเศษ 96 ราย และผู้ติดยาเสพติด 151 ราย พบว่า การรับรู้ถึงผลดีในการปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด

กรแก้ว กอวัฒนา (2531 : ก-ข) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาทำการตรวจรักษา ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพฯ กองวัณโรค จำนวน 200 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การขอการรักษาได้แก่ อายุ ระดับรายได้ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด การรับรู้ความร้ายแรงของวัณโรคปอด การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคในการกระทำ บทบาทบุคคลสำคัญ ในการประเมินอาการ แรงสนับสนุนทางสังคม

และบทบาทสื่อมวลชน ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขอการรักษาได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และบทบาทบุคคลสำคัญในการแนะนำแหล่งรักษา

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา ของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลทรงอก นนทบุรี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเอง และความเชื่อทางด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการรักษา อาชีพ และระยะเวลาในการรักษา

สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 ราย พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

อรพินท์ สิงหเดช และคนอื่น ๆ (2531 : 433-470) ได้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนของสตรี ชาวเขาเผ่าเย้า จังหวัดลำปาง พบว่าความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมเป็นของตนเองสามารถฝึกอบรมให้เพิ่มบทบาทในการพัฒนาสุขภาพชุมชนได้ จากการจัดตั้งกิจกรรมต่าง ๆ สตรีได้มีส่วนร่วมและการคงอยู่ของกิจกรรมเหล่านั้นจะนำไปถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ทำให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดไป นอกจากนั้น เครือวัลย์ หุตานุวัตร และคนอื่น ๆ (2533 : 22-36) ได้ร่วมกันศึกษารูปแบบการปรับปรุงพฤติกรรมการกินของชาวชนบท อีสานตอนบน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมพฤติกรรมการกินของชาวอีสานโดยเน้นหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็กวัยก่อนเรียน ใช้วิธีการวิจัย แบบปฏิบัติการโดยเน้นหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนตลอดกระบวนการ (Participatory action research) ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการสื่อสารที่สอดคล้อง กับปัญหาพื้นฐานของสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของท้องถิ่น ประกอบกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดกระบวนการเสริมด้วยบทบาทของเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น สามารถปรับปรุงพฤติกรรม การกินของกลุ่มเป้าหมาย

จารุวรรณ เหมะธร และคณะ (2532 : 56-59) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำในผู้สูงอายุ ในตำบลเกาะเกร็ด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี พบว่า 1 ใน 5 อันดับแรกของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง ขณะเดียวกัน พรทิพย์ สีนประสงค์

แรกของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง ขณะเดียวกัน พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532 : 80-83) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ข้อมูลสถิติของโครงการสำรวจสถานะความเจ็บป่วยและการตายในประเทศไทยปี 2528 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลนั้น ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส สภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัว และการสูบบุหรี่

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53-54) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และในปีเดียวกันนั้น สุทธิ ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 57-63) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองและศึกษาความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่สำคัญบางประการกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พักอาศัย และทัศนคติของผู้สูงอายุ

วาสนา ประมณวิวัฒน์ (2532 : 5) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ แบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตปกติ ในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรคหัวใจ โรคไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จำนวน 134 คน โดยศึกษาแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านประกอบอาชีพ และด้านศาสนา ผลพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปกติ (ถ้าถึง) มีคะแนนแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายและสติปัญญา อันได้แก่ หมวดการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลตนเอง สูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 และ 0.5 ตามลำดับ

พรทิพย์ สิ้นประสงค์ (2532 : 80-83) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ข้อมูลสถิติของโครงการสำรวจสถานะความเจ็บป่วยและการตายในประเทศไทย ปี 2529 ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลนั้น ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย อายุ อาชีพ สภาพการสมรส สภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะของครอบครัว และการสูบบุหรี่

สุรางค์ เปื้องเดช (2533 : 1-5) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารับดี พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า

วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน พบว่าแบบแผนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดจะเป็นลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ผสมผสานระหว่าง แบบแผนของการแพทย์แผนใหม่ และแบบแผนแห่งวิถีทางวัฒนธรรมซึ่งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย

1. อิทธิพลการแพทย์สมัยใหม่กระจายเข้าสู่ชนบทมากขึ้น
2. วิถีทางวัฒนธรรมที่เคยถือปฏิบัติกันมาแต่บรรพบุรุษ
3. อิทธิพลของเครือญาติ
4. สภาพทางเศรษฐกิจ
5. การศึกษา
6. ความต้องการทางด้านจิตใจ

นิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2534 : 50-52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเองตาม เพศ สถานภาพการสมรส และรายได้กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : ก-ข) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของมารดาทั้งพฤติกรรมเหมาะสมและไม่เหมาะสมในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนแม่ที่ถูกศึกษา 277 ราย พบว่า มารดาและทารกจะมีสุขภาพดี ยุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพตนเองระดับบุคคลและเครือญาติที่เหมาะสม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องเกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ ตัดสินใจกระทำด้วยตนเอง ภายใต้อำนาจพื้นฐาน การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การนำส่งผู้ป่วยรักษาต่อ และการเฝ้ารอดูอาการสิ่งที่เกิดขึ้น เหล่านี้จะสะสมประสบการณ์มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนอิทธิพลพื้นฐานจากระบบการแพทย์ดั้งเดิมของสังคมนั้น รวมทั้งขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อด้วย

ชวนันท์ โฉมสิด (2533 : 107-109) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาใน พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัด กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ และแรง สนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมี การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยกับการรับรู้ในทุก ๆ ด้าน และในปีต่อมา มาลินี ภูวนันท์ (2534 : 78-81) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิ ปากขอ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์แบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมสุขศึกษาผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง นักเรียนมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคพยาธิปากขอ ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิปากขอมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทาง สังคมจากผู้ปกครอง ครูประจำชั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มณฑนา เจริญกุล (2534 : 51-53) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง สังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับภาวะสุขภาพของผู้ สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่าแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

ประยงค์ สัจจงพงษ์ (2534 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การ สนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอ ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรค มีการดูแลตนเอง ในระดับดีและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน และความเชื่อด้านสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ขยทุท พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79-92) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษา ตนเอง เมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของ

ชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 ราย พบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพของตนเองของชาวชนบทส่วนใหญ่ ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า การตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความรับผิดชอบต่อตัวเอง และพบว่าความเชื่อระบบแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 85-94) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วย ของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 389 คน จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเจ็บป่วยของผู้มารับการบริการคือ เพศ อายุ ขนาดของครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

นิตยา เขื่อนจำ (2535 : ก-ข) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ ของบุคคลากรชายในโรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ จำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประวัติการมีสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนใกล้ชิดงดสูบบุหรี่ นอกจากนั้นยังพบว่า อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ และการทำนายนการปฏิบัติตนเพื่องดสูบบุหรี่ พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ และประวัติการมีสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิดสูบบุหรี่สามารถทำนายการปฏิบัติตนเพื่องดการสูบบุหรี่ได้

วนิดา เสนะวงษ์ (2535 : 100-111) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนของสามีต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในคนงานสตรีจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่อผลดีและอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ในทุก ๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการเป็นสมาชิกในครอบครัว เวลาที่ใช้ในการเดินทาง การมีสถานพยาบาลของรัฐในเขตที่อยู่อาศัย ความสะดวกในการ

เดินทาง ชนิดของโรค และลักษณะของความเจ็บป่วย โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันจำแนกผู้ให้บริการในสถานพยาบาลเอกชน กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มโรงพยาบาลออกจากกลุ่มโพลีคลินิกและคลินิกแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2535 : 46-47) ได้ทำการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดพื้นฐานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลพังงา จำนวน 40 ราย โดยวิธีการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความรู้ของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยและพื้นฐานการศึกษา ปัจจัยที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ ความกลัวเป็นอัมพาต ความสะดวกและความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งภายหลังการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จารุณี สุกดี (2537 : ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพ กับ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดนนทบุรี จากหญิงอาชีพพิเศษในสถานบริการต่าง ๆ จำนวน 288 ราย ผลการทดสอบหาความสัมพันธ์พบว่าความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยร่วมทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พบว่าระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ สำหรับอายุ ระยะเวลาการประกอบอาชีพ สถานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

สุภาพ ใบแก้ว (2538 : 144-115) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในปี พ.ศ. 2532 ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราชอีกครั้งหนึ่ง โดย จริยาวัตร กมพยัคฆ์ (2532 : 243-250) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย คือความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษา

สำหรับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมอื่น ๆ นั้น สมชาย
ลักษณะนุรักษ์ (2537 : 103, 109-110) ได้ศึกษาถึงปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคที่ถูกต้องในนักเรียน นักศึกษา ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ ระหว่าง
ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นกามโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของกามโรค กับการป้อง
กันกามโรคในนักเรียน แต่พบว่าการป้องกันกามโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อต่อ
ประโยชน์ในการป้องกันกามโรค

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปประกอบการ
ศึกษาวิจัยประสิทธิผลของรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
สามารถตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่มมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่มมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน สูงกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่มมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่มมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการกลุ่มมีการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามปกติ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิด และประยุกต์ ในการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และป้องกันโรคแทรกซ้อน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีรูปแบบ ดังนี้

การสุ่ม	กลุ่มทดลอง	O1	X1	O2
	กลุ่มควบคุม	O3	X2	O4
O1, O3		หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง		
O2, O4		หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง		
X1		หมายถึง การดำเนินการตามรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการกลุ่ม		
X2		หมายถึง การดำเนินการตามรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามปกติ		

รายละเอียดการดำเนินงานตามรูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยกระบวนการกลุ่ม มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เข้าพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน และนัดวัน เวลา ในการจัดให้ความรู้ และ จัดกลุ่มอภิปราย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดให้ทราบ

สัปดาห์ที่ 2 เริ่มดำเนินการตามรูปแบบกระบวนการกลุ่มโดยก่อนการให้ความรู้ และจัดกลุ่มอภิปราย มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำแล้ว ดำเนินการให้ความรู้และจัดกลุ่มอภิปราย โดยผู้ป่วยจำนวน 30 คน ร่วมกับญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน จัดแบ่งผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิดในการให้ความรู้ และ จัดกลุ่มอภิปราย 2 ครั้ง กลุ่มละ 30 คน โดยใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง ในการให้ความรู้แต่

ละครั้งจะแบ่งกลุ่มย่อย เพื่ออภิปรายปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติหรือผู้ใกล้ชิด กลุ่มละ 10 คน พร้อมกับแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วย และชี้แจงบทบาทของญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียว ก่อนการทดลอง

กลุ่มควบคุม รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1 เข้าพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านเป็นรายบุคคลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

สัปดาห์ที่ 2 เข้าพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านเป็นรายบุคคลเพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพโดยการรวบรวมข้อมูลจากคำบอกเล่า การสังเกต การตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหลังจากนั้นได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยโดยมีพยาบาลคอยให้การสนับสนุนพฤติกรรมที่ถูกต้อง ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับ ก่อนการทดลอง

แหล่งข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยในเขตตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 163 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยหน่วยการสุ่มหนึ่งๆ ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ได้แบ่งผู้ป่วยเป็น 6

กลุ่ม ตามจำนวน 6 หมู่บ้าน แล้วจับฉลากเลือกมา 2 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มเลือกผู้ช่วยอย่างง่ายขึ้นมา กลุ่มละ 30 คน และจับฉลากเลือกกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มทดลอง ตามรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการกลุ่ม ได้แก่

คู่มือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความหมายของระดับความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา การปรับตัวหรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การรับประทานอาหาร บทบาทของญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ตารางนัดตรวจสุขภาพ คู่มือนี้จัดทำโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

แผนการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สื่อในการสอน ได้แก่ เครื่องฉายข้ามศีรษะ แผ่นใส

กลุ่มที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มควบคุม ตามรูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามปกติ ได้แก่

คู่มือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ฉบับเดียวกับที่ใช้ในกลุ่มทดลอง

แผนการสอนสุขศึกษาเรื่องความดันโลหิตสูง เป็นฉบับเดียวกับกลุ่มทดลอง

แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ครั้งที่เยี่ยม วัน เดือน ปี ระดับความดันโลหิต ปัญหา/พฤติกรรมเสี่ยง คำแนะนำ การประเมินผล วันที่นัดพบครั้งต่อไป

ขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ได้มีการศึกษาเนื้อหาวิชาการและจัดทำแผนการสอนสุขศึกษา เตรียมสื่อการสอน และแบบบันทึกการบริการสุขภาพที่บ้าน หลังจากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ก่อนนำไปทดลองใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของ โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ซึ่งมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ โดยประยุกต์มาตราส่วนประมาณค่าตามแบบวัดทัศนคติ ของลิเคิร์ท กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ ได้ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ผู้ตอบจะเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นคำถาม ครอบคลุมการปฏิบัติตัว เรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา การผ่อนคลายความเครียด และการไปตรวจตามนัด โดยมีคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเนื้อหา เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และ วิธีสร้างแบบสัมภาษณ์จากเอกสารต่างๆ
3. สร้างแบบสัมภาษณ์ แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำแล้วส่งให้คณะกรรมการ ควบคุมปริญญาณพนธ์ ตรวจสอบ และ ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโดยวัด ความคิดเห็น ซึ่งมีข้อความทั้งทางบวกและทางลบ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวก		ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางลบ
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 0	ให้คะแนน 2
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน 1	ให้คะแนน 1
เห็นด้วย	ให้คะแนน 2	ให้คะแนน 0

2. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่ตอบ

ปฏิบัติประจำ	ให้คะแนน 2
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 1
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 0

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไข แล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ซึ่งปรับปรุงแล้วมาทดสอบ กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งอยู่ตำบลใกล้เคียง

2.1 วิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) ของแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to Total Correlation)

2.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.953

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าเจ็ดสิบ

2. อบรมโดยชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการตามรูปแบบการทดลองแก่ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน เพื่อช่วยรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์
4. ดำเนินงานตามรูปแบบของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
5. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสัมภาษณ์

วิธีจัดการข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมุติฐานทางสถิติของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ และ คัดเลือกแบบสัมภาษณ์ ที่สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์ต่อไป
2. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละนำเสนอในรูปของตาราง ประกอบความเรียง
3. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 ข้อคำถามวัดการรับรู้ของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้นมา หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง การประเมินระดับการรับรู้ที่เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
1.34-2.00	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง
0.67-1.33	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
0.00-0.66	หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 3 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตาราง ประกอบความเรียง โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34-2.00	หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี
0.67-1.33	หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง
0.00-0.66	หมายถึง การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ที (t - test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 5

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 146)

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\bar{x}$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง

$\sum x$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนของประชากรในกลุ่มตัวอย่าง

1.2 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2531:59)

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ ทั้งหมด

1.3 หาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ . 2531 : 151)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum x^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีของความสอดคล้องของคำถามโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ .

2531 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) แบบครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 132-133)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right\}$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อ

S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S^2 แทน คะแนนความแปรปรวนรวมทั้งฉบับ

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

3. สถิติเพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยกระบวนการกลุ่มกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายหลังได้รับรูปแบบสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยบริการสุขภาพที่บ้าน โดยใช้สถิติ ที (t - test independent) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ . 2531 : 173)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\left\{ \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right\} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาของการแจกแจงแบบ ที

$\bar{x}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม 1

$\bar{x}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม 2

n_1 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 1

n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 2

s_1^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่ม 1

s_2^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของกลุ่ม 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อวัดการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงเป็นร้อยละหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อวัดการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมุติฐาน โดยใช้ สถิติ ที (t- test Independent) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคน
X	แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
S	แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบ ที (t- distribution)
p-value	แทน ระดับนัยสำคัญ
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน กลุ่มละ 30 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานภาพในครอบครัว และผู้ใกล้ชิด ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	26.70	10	33.30
หญิง	22	73.30	20	66.70
รวม	30	100.00	30	100.00
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	10	33.30	7	33.30
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	20	66.70	23	76.70
รวม	30	100.00	30	100.00
สถานภาพสมรส				
โสด-หม้าย-หย่า	10	33.30	10	33.30
คู่	20	66.70	20	66.70
รวม	30	100.00	30	100.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	9	30.00	8	26.70
ประถมศึกษา	16	53.30	21	70.00
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	5	16.70	1	3.30
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาชีพ				
รับราชการ	2	6.70	2	6.70
รับจ้าง	3	10.00	3	10.00
เกษตรกร	3	10.00	5	16.70
ค้าขาย	5	16.70	3	10.00
ไม่มีอาชีพ	17	56.70	17	56.70
รวม	30	100.00	30	100.00
รายได้				
เพียงพอเหลือ	12	40.00	15	50.00
ไม่พอไม่เหลือ	15	50.00	8	26.70
ไม่พอเป็นหนี้	3	10.00	7	23.30
รวม	20	100.00	30	100.00
จำนวนสมาชิก				
1 - 4 คน	15	50.00	18	60.00
5 - 8 คน	15	50.00	12	40.00
รวม	20	100.00	30	100.00
สถานภาพ				
หัวหน้าครอบครัว	4	13.30	8	26.70
ภรรยา/สามี	8	26.70	8	26.70
บิดา/มารดา	18	60.00	14	46.70
รวม	30	100.00	30	100.00
ญาติหรือผู้ใกล้ชิด				
มี	28	93.30	28	93.30
ไม่มี	2	6.70	2	6.70
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่า

1. จำแนกตามเพศ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง เพศหญิงร้อยละ 73.30 และเพศชายร้อยละ 26.70 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.70 และเพศชายร้อยละ 33.30

2. จำแนกตามอายุ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 66.70 และน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.30 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 76.70 และอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 23.30

3. จำแนกตามสถานภาพสมรส หม้ายและหย่า ร้อยละ 33.30 คู่ร้อยละ 66.70 กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า ร้อยละ 33.30 คู่ร้อยละ 66.70

4. จำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 53.30 รองลงมาไม่ได้เรียนร้อยละ 30.00 และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ 16.70 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 70.00 รองลงมา คือไม่ได้เรียนร้อยละ 26.70 และระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ 3.30

5. จำแนกตามอาชีพ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองไม่มีอาชีพมากที่สุดร้อยละ 56.70 รองลงมาคือค้าขายร้อยละ 16.70 ส่วนอาชีพรับจ้างและเกษตรกรมีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 10.00 รับราชการร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีอาชีพร้อยละ 56.70 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 16.70 ส่วนอาชีพรับจ้างและค้าขายร้อยละ 10.00 และรับราชการร้อยละ 6.70

6. จำแนกตามรายได้ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บมีมากที่สุดร้อยละ 50.00 รองลงมารายได้เพียงพอเหลือเก็บร้อยละ 40 และไม่เพียงพอเป็นหนี้ร้อยละ 10.0 กลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีรายได้เพียงพอเหลือเก็บมากที่สุดร้อยละ 50.00 รองลงมารายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ 26.70 และไม่เพียงพอเป็นหนี้ร้อยละ 23.30

7. จำแนกตามจำนวนสมาชิก พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 - 4 คน และ 5 - 8 คน มีจำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม มีจำนวนสมาชิก 1 - 4 คน มากที่สุดร้อยละ 60.00 และจำนวนสมาชิก 5 - 8 คน ร้อยละ 40.00

8. จำแนกตามสถานภาพในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่เป็นบิดา/มารดา มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ภรรยา ร้อยละ 26.70 และหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 13.30 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีสถานภาพเป็น บิดา/มารดา

มีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 46.70 และมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวและภรรยา จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 26.70

9. จำแนกตามผู้ใกล้ชิด พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีผู้ใกล้ชิดมากที่สุดร้อยละ 93.30 และไม่มีผู้ใกล้ชิดร้อยละ 6.70 เท่ากัน

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับการรับรู้และการปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง				
ต่ำ	0	0	3	10.00
ปานกลาง	30	100.00	26	86.70
สูง	0	0	1	3.30
รวม	30	100.00	30	100.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ปานกลาง	15	50.00	11	36.70
สูง	15	50.00	19	63.30
รวม	30	100.00	30	100.00
การรับรู้ประโยชน์				
ปานกลาง	30	100.00	30	100.00
รวม	30	100.00	30	100.00
การรับรู้อุปสรรค				
ปานกลาง	4	13.30	4	13.30
สูง	26	86.70	26	86.70
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การปฏิบัติตัว				
ต่ำ	2	6.70	5	16.70
ปานกลาง	8	93.30	25	83.30
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ระดับปานกลางร้อยละ 100.00 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 86.70 รองลงมา มีการรับรู้ระดับต่ำร้อยละ 10.00 และมีการรับรู้ระดับสูง น้อยที่สุดร้อยละ 3.30
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน ระดับสูง และปานกลาง เท่ากันร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 63.30 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.70
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 86.70 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 86.70 และมีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.30
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัว ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 53.30 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.70 ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 83.30 และมีการปฏิบัติตัว ระดับต่ำ ร้อยละ 16.70

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามระดับการรับรู้ และการปฏิบัติตัวหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง				
ปานกลาง	5	16.70	23	76.70
สูง	25	83.30	7	23.30
รวม	30	100.00	30	100.00
การรับรู้ประโยชน์				
ปานกลาง	5	16.70	24	80.00
สูง	25	83.30	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00
การรับรู้อุปสรรค				
ปานกลาง	30	100.00	23	76.70
สูง	0	0	7	23.30
รวม	30	100.00	30	100.00
การปฏิบัติตัว				
ต่ำ	0	0	2	6.70
ปานกลาง	14	46.70	27	90.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 83.30 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.70 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 80.00 รองลงมา มีการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 20.00 และมีการรับรู้ ระดับสูง ร้อยละ 0
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 46.70 รองลงมา มีการรับรู้ ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 90.00 รองลงมา มีการรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 6.70 และมีการรับรู้ ระดับสูง ร้อยละ 3.30

คุม มีการรับรู้ ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 53.30 รองลงมา มีการรับรู้ ระดับสูง ร้อยละ 46.70

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 83.30 รองลงมา มีการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.70 ส่วนกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 80.00 รองลงมา มีการรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 20.00

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษา โรคความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 76.70 รองลงมา มีการรับรู้ ระดับสูง ร้อยละ 23.30

5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติตัว ระดับสูง ร้อยละ 53.30 รองลงมา มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.70 ส่วนกลุ่มควบคุม การปฏิบัติตัว ระดับปานกลาง ร้อยละ 27 รองลงมา มีการปฏิบัติตัว ระดับต่ำ ร้อยละ 6.70 และระดับสูง ร้อยละ 3.30

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	n	x	S.	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	30	4.367	0.669	1.54	.130
กลุ่มควบคุม	30	4.767	1.251		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	30	10.467	1.995	1.77	.082
กลุ่มควบคุม	30	11.367	1.938		
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	30	4.067	0.583	1.14	.259
กลุ่มควบคุม	30	3.900	0.548		

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	n	x	S	t	p-value
การรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	30	5.233	0.679	1.25	.217
กลุ่มควบคุม	30	5.033	0.556		
การปฏิบัติตัว					
กลุ่มทดลอง	30	13.533	3.115	1.17	.246
กลุ่มควบคุม	30	12.567	3.266		

พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ และการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	x	S	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรง					
กลุ่มทดลอง	30	7.833	1.341	7.07	<.001 *
กลุ่มควบคุม	30	5.333	1.392		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
กลุ่มทดลอง	30	14.700	1.442	9.90	<.001 *
กลุ่มควบคุม	30	10.567	1.775		
การรับรู้ประโยชน์					
กลุ่มทดลอง	30	6.800	1.126	7.77	<.001 *
กลุ่มควบคุม	30	4.800	0.847		

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	n	x	S	t	p-value
การรับรู้อุปสรรค					
กลุ่มทดลอง	30	2.767	0.626	6.04	<.001 *
กลุ่มควบคุม	30	3.867	0.776		
การปฏิบัติตัว					
กลุ่มทดลอง	30	20.800	3.576	4.98	<.001 *
กลุ่มควบคุม	30	16.367	3.316		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการปฏิบัติตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้อุปสรรค ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้และการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	x	S	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรง					
ก่อนการทดลอง	30	4.367	0.669	12.84	<.001 *
หลังการทดลอง	30	7.833	1.341		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ก่อนการทดลอง	30	10.467	1.995	10.89	<.001 *
หลังการทดลอง	30	14.700	1.442		

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	x	S	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์					
ก่อนการทดลอง	30	4.067	0.583	10.79	<.001 *
หลังการทดลอง	30	6.800	1.126		
การรับรู้อุปสรรค					
ก่อนการทดลอง	30	5.233	0.679	15.70	<.001 *
หลังการทดลอง	30	2.767	0.626		
การปฏิบัติตัว					
ก่อนการทดลอง	30	13.533	3.115	12.22	<.001 *
หลังการทดลอง	30	20.800	3.576		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อาศัยอยู่ใน ต.เจ็ดเสมียน อ.โพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มทดลอง ตามรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการกลุ่ม ได้แก่

คู่มือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ความหมายของระดับความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย ในเรื่องการใช้ยา การปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การรับประทานอาหาร บทบาทของญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ตารางนัดตรวจสุขภาพ คู่มือนี้จัดทำโดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต

แผนการสอนสุขศึกษา เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สื่อในการสอน ได้แก่ ภาพพลิก

กลุ่มที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มควบคุม ตามรูปแบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามปกติ ได้แก่

คู่มือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ฉบับเดียวกับที่ใช้ในกลุ่มทดลอง

แผนการสอนสุขศึกษา เรื่องความดันโลหิตสูง เป็นฉบับเดียวกับกลุ่มทดลอง
แบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ
สกุล อายุ ที่อยู่ ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ครั้งที่เยี่ยม วัน/เดือน/ปี ระดับความดันโลหิต ปัญหา พฤติ
กรรมเสี่ยง คำแนะนำ การประเมินผล และวันที่นัดพบครั้งต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เรื่องการ
รับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา การผ่อนคลาย
ความเครียด การไปตรวจตามนัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์ และคัดเลือกแบบสัมภาษณ์ที่
สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์ต่อไป
2. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ เป็นค่า
ร้อยละ นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง
3. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 ข้อคำถามวัดการรับรู้ของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาหาค่า
เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง
4. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 3 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยความ
ดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่ได้มาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอ
ข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรค
ความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ และ
อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ ที (t - test independment) เพื่อทดสอบ
สมมติฐานข้อที่ 1 - 5

สรุปผลการค้นคว้า

จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่ารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยกระบวนการกลุ่มมีประสิทธิผลดีกว่ารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามปกติ ดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงว่ารูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้น

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษามีดังนี้

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เฮย์เนส และคนอื่นๆ (Haynes and Other.1976 : 1265 -1268) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตที่บ้านและได้รับคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยา ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน ในการร่วมมือในการรักษาร่วมขึ้นเช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ชวนันท์ โหมยิต (2533 : 107-109) พบว่า การใช้โปรแกรมสุขศึกษา ในพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และการปฏิบัติตามคำแนะนำถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้การปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ สิงห์เดช และคนอื่นๆ (2531 : 433 - 470) พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนของสตรีชาวเขาเผ่าเย้า นำไปถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ทำให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตลอดไป เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ เกรือวัลย์ หุตานุวัตร และคนอื่นๆ (2533 : 26 - 36) พบว่าการศึกษารูปแบบการควบคุมพฤติกรรมการกินของชาวนบพธิสถานตอนบนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถปรับปรุงพฤติกรรมการกินของกลุ่มเป้าหมาย และผลการศึกษาของ วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคนอื่นๆ (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด ในชุมชนชนบทธิสถานเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ผสมผสานโดย อิทธิพลของเครือญาติ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน (2530:ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลเลิศจิน พบว่าผลการสอนสุขศึกษาในกลุ่มทดลอง ดีกว่า กลุ่มควบคุม ในเรื่องความเชื่อ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติตามคำแนะนำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการสอนสุขศึกษากับการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของกลุ่มทดลอง มีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการรับรู้อุปสรรค คำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับความรู้ และความร่วมมือในการแก้ปัญหาพร้อมกับญาติหรือผู้ใกล้ชิด มีผลทำให้เป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการรับรู้สูงขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิติยา เขื่อนฉ่ำ (2535 : ก - ข) พบว่า

ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อทดสอบหรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วณิกา เสนะวงษ์ (2535 : 100 - 111) พบว่าประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนของสามี ต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในคนงานสตรี จังหวัดนนทบุรี ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโลก การรับรู้ต่อผลดีและอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527 : 173 - 185) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเจ็บป่วย เป็นความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวซึ่งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมทำตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรมีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อทราบว่า สิ่งสนับสนุนนั้นจะมีส่วนส่งเสริมผู้ป่วยอย่างไร ที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายเป็นรายกลุ่มที่ดำเนินการในหมู่บ้าน จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี ดังนั้นเรื่องของสถานที่และเวลาจำเป็นต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายจึงช่วยให้เกิดผลสำเร็จ
2. การดำเนินงานด้านสุขศึกษา จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์และผลสำเร็จโดยการศึกษาวิจัยควรเน้นในเรื่องของการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งต้องใช้เวลาในการศึกษามากขึ้น เพื่อได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ และนำไปปรับใช้ในการศึกษาวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น

2. กลุ่มญาติหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่น่าสนใจควรได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ดังนั้นการศึกษาโปรแกรมการสอนญาติผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรแก้ว กอวัฒนา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมชลอการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด
วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2528. อัดสำเนา.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า.
กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข , 2535.
- กองแก้ว กุศลรัตน์. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของ
ผู้ป่วยวัณโรค. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2527.
อัดสำเนา.
- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน. ประสิทธิผลการสอนสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้ วีดีโอเทป.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530. อัดสำเนา.
- กุลยา ดันดีผลาชีวะ. การจัดการเรียนการสอนสำหรับครูพยาบาล. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
2524.
- กันยา กาญจนนบุรานนท์. “การบริการสุขภาพอนามัยในครอบครัวและชุมชน,” ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยชุมชน หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช , 2535.
- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือด. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2532.
- คณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 7 พ.ศ.2535-2539. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, 2535.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วท.ค.กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532. อัดสำเนา.
- จารุณี สดุดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537. อัดสำเนา

- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2532.อัคราณา.
- จินตนา เหลืองสุมาลัย. การรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2534.อัคราณา.
- จำนงค์ อิ่มสมบูรณ์. “กลวิธีดำเนินงานบริการสุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน,” วารสารกองการพยาบาล 21(1) , 2537 : 6-11.
- จักรธรรม ธรรมศักดิ์. “การให้บริการเชิงรุกเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า โครงการสุขภาพดีเริ่มต้นที่บ้าน,” วารสารกองการพยาบาล 21 (1) : 1-5 ; 2537 .
- ชมพูนุช อ่องจรีต. “ความดันโลหิตสูง,” อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ 1 เรื่องการดูแลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2527 .
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย . พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2534 .
- ชวนันท์ โฆสิต . ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ โรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร . วิทยานิพนธ์ ศศ.ม : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533 : 107-109 .
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในเชิงสังคมวิทยา การสุขศึกษากับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง,” ใน วารสารเพื่อนสุขภาพ. 7 (1): 46-48 ; 2538.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ . “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” ใน เอกสารสอนชุดวิชาสังคมวิทยา . หน่วยที่ 11 . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2528
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี . ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร , 2534 . อัคราณา .
- ประยงค์ สัจจงพงษ์ . ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2534 . อัคราณา .

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ . “พฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา,
หน่วยที่ 4 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2527 .
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ . พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา . กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2534 .
- ประคอง อินทรสมบัติ. “ประโยชน์ของทฤษฎีการพยาบาลของไอเรมในการปฏิบัติการพยาบาล,” ใน การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล .
กรุงเทพฯ : 2531 .
- ประพิน วัฒนกิจ . สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน . กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ , 2536 .
- แผนงานสาธารณสุข, กอง. “โรคที่เกิดจากความมั่งคั่ง,” สภาพและปัญหาสาธารณสุขชนนโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7
(พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2531.
- พวงผอม การกัญญา. การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- พรณิพา แก้วมาลัย. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ บริโณคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ได้รับการรักษาแล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อัดสำเนา.
- พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
อัดสำเนา.
- พัชรี ดำรงสุทรชัย. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพโดยใช้เทปคำบรรยายประกอบภาพพลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอกวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม กรุงเทพฯ : 2530.อัดสำเนา.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. “แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง,” ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- มณฑนา เจริญกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534 .
- มุกดา สำนวนกลาง. “การพยาบาลทางสุขภาพที่บ้าน,” วารสารกองการพยาบาล. 2(18) : 2-3 ; 2534.
- มาลินี ภูวนันท์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิปากขอ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534 : 78-84.
- มัลลิกา มัติโก. “แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง,” ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในหญิงพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ขยยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.
- รุ่งกาน ศรลัมพ์. ประสิทธิผลการสอนสุขศึกษา เรื่องกามโรค แก่หญิงอาชีพพิเศษแบบเพื่อนสอนเพื่อนในสถานบริการ อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทศึกษาพร, 2531.
- วาริ วัลยะเสวี และคนอื่น ๆ. โรคโภชนาการ เล่ม 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2521.
- วาสนา ปรมณีวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

- วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ และ หญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม. “การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง,” การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลรามารักษ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สรศักดิ์ กุศล ดวงคำสวัสดิ์. “การนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมาใช้ในการงานศึกษา,” ในวารสารเพื่อนสุขภาพ. 6 (15) : 30-35 ; 2537.
- สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร, “รายงานการวิจัย . 57-63 ; 2532.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การสร้างมาตรฐานในการวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2537.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- สุกัญญา จิตรสุวรรณ. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.
- สุรี จันทรโมลี. วิธีการทางสุขภาพ. หน้า 25 - 27, 100-102 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ดวงกมล, 2527.
- สุรางค์ เปื้องเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

- สุวิหา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
อัคราณา.
- สุริยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และจิระวรรณ วรกุลสวัสดิ์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา. บทคัดย่อโครงการวิจัยที่นำเสนอในการประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนางานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สถิติสาธารณสุข, กอง. อัตราการเกิดและตายด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. หน้า 81-91. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533.
- สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, สำนักงาน. รายงานประจำปีงบประมาณ 2538. ราชบุรี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี, 2539.
- อรรถ รัชดาจิณ และ กาญจนา แก้วเทพ. “บทบาทแพทย์แผนโบราณในการพัฒนาสาธารณสุขของไทย,” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- Andreoli, K.G. “Self Concept and Health Beliefs in Compliant and Noncompliant Hypertensive Patients,” Nursing Research. 3 : 323-328 ; November-December, 1981.
- Alpert, J., J. Kosa. and R.A. Haggerty. “Month of Illness and Health Care Among Low-income Families,” Public Health Rep. 82, 705 ; 1967.
- Becker, M.H. and L.A. Maiman “Social Behavioral Determinates of Compliance with Health and Medical Care Recommendation,” Medical Care. 13 : 10-21 ; January, 1981.
- Becker, M.H. and others. “The Health Belief Model and Personal Health Behavior,” Health Education Monographs .2(4) : 409-419; Winter, 1974
- Becker, M.H. and L.A. Maiman “Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations,” Medical Care. 8 : 10 January, 1975

- Becker, M.H. and others. "Selected Psychosocial Model and Correlations of Individual Health Related Behavior," Medical Care. 15 : 27-46; May, 1977.
- Battiotella, R.M. "Limitations in use of Concept of Psychological Readiness to Initiate Health Care," Medical Care. 6 : p.308-319 ; July-August, 1968.
- Brand, F.R. Smith and R.J.Werner. "Effect of Economic Barriers to Medical Care on Patient Noncompliance," Public Health Reports. 92 : 77-78 ; 1977.
- Cumming, K.M. and others. "Psychosocial Determinants of Immunization Behavioral in a Swine Flu in Fluena Compring," Medical Care. 17 : 639-649 ; June, 1979.
- Crochman, D.S. "The Organization Role Motivation in Health Belief and Intention," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 255-293 ; September, 1972
- Dracup, K.A. and A.I. Melies. "Compliance ; An Interactionist Approach," Nursing Research. 31 : 31-35 ; January-February, 1982.
- Elling, R. Whittermere and M.Green. "Patient Participant in a Pediatric Program ," Journal of Health Human Behavior. 1 : 183-191 ; 1960.
- Eisen, M.G.Z., Zellmon. and others. " A Health Belief Model to Approach to Adolescents Fertilities Control : Some Pilot Program Finding, " Health Education Quarterly New york ; Academicpress, 1985.
- Fry, J. Self Care : it place in the total health care system. London: 1973.
- Gray, R.M., J.P. Kesler. and P.M. Moody. "Effects of Social Class and Friend's Expectation on Oral Poliovaccination Participatient," American Journal of Public Health. 56 : 2068f-2032 ; December, 1966.
- Gordis, L., M. Markowity and A.Lilienfel. "Why Patients Don't Follow Medical Advice : A Study of Children on Longterm Antistrep to Coal Prophylaxis", Journal of Pediatrics. 75 : 205-216 ; 1969.
- Grabrielson, I.M., L.S Lewin. and M.D.Ellingson . "Factors Affecting School Health Follow up," American Journal of Public Health. 57 : 45-59 ; January, 1967.

- Hayne, R.B. "Determinants of Compliance : The Disease and the Mechanics of a treatment," In Compliance in Health Care. Edited by R.B. Maynes. D.W. Tayler and D.L. Suckett. 49-62. Baltimore : John Hopkins University Press, 1979.
- Heinzelmann, F. and R.W. Bagley. "Response to Physical Activity Programs and Their Effects on Health Behavior," Public Health Reports. 85 : 905-911 ; October, 1970.
- Hellenbrand, D. "An Analysis of Compliance Behavior : A Response to Powerlessness," In Coping With Chronic Illness Overcoming Powerlessness. Edited by Miller. Philadelphia, F.A.Davis, 1983.
- Hochbaum, G.M. "Public Participation in Medical Screening Program," PHS Publication. 572 : 1-28 ; Washington, 1958.
- Hallal, J.C. "The Relationship of Health Beliefs, Health Locus of Control and Self Concept to the Practice of Breast Self-Examination in Adult Woman," Nursing Research. 31 : 137-141 ; May-June, 1982.
- Haver, Julie and Nancy Juelsgard. "The Sick Role Reconceptualized," Nursing Forum. 17 : 414 ; 1978.
- Hershey, J.C. and others "Patient compliance with antihypertensive medication," American journal of public Health. 70 : 1081-1089; October, 1980
- Kegeles and others. "Survey of Beliefs About Cancer Detection and Taking Papanicolaou Test," Public Health Reports, 80 (1) : 815 - 823 ; september, 1965.
- Kirch, John P, and others. "A National Study of Health Beliefs," Journal of Health and Human Behavior. 7 : 234 -254 ; Winter, 1966.
- Kirscht and others. "A National Study of Health Beliefs," Journal of Health Human Behavior. 7 : 243-254 ; Winter, 1966.
- Kaplan, N.M. "Systemic Hypertension : Mechanisms and Diagnosis," In E. Braunwald (Ed.) Heart Disease : A Textbook of Cardiovascular Medicine. p.817-871. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1992.
- Kocher, M. and L.M. Daniels. Hypertension Control for Nurses and other Health Professionals. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.

- Kirkendall, W.M. "Hypertention," In CONN'A Current Therapy. p.225 - 239. Edited by R.E. Rakel. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1988.
- Kegeles, S.S. "Some Motive for Seeking Preventive Dental Care," Journal Americal Dental Association. 116-173 ; 1963.
- Luckmann, Joan and Sorensen Karen Creason. Medical-Surgical Nursing : A Psychosologic Approach. Philadelphia : W.B. Saunders, 1974, 1980.
- Lane, M.F. "Child Resistan Medicine Containers : Experiences in the Home," Journal of the American Dietetic Ascociation, 47 : 263-268 ; 1965.
- Lévin, L.S. Self-Care American Journal of Nursing. 79 : 487 - 489 ; Mach, 1976.
- Maiman, L.A. and M.H. Becker "The Health Belief Model : Origins and Correlates," The Health Belief Model and Personal Health Behavior. p.9-25. New Jersey: 1974.
- Miller, S.P. and others. "Indicators of Medical Regimen Adherench for Myocardal Infarction Patients," Nursing Research. 34 : 268-272 ; October, 185.
- Murray, Malinda. Fundamentals of Nursing. Englewood Cliffs, N.J : Prentice-Hall Inc, 1976.
- Narrow, Barbara W. and Kay Brown Buschule. Fundamental of Nursing. New York : John Wiley and Sons, 1982.
- Nelson, E.C. and others. "Impact of patient pereection on Compliance with treatment for Hypertensive," Medical Care. 16 : 893-906 ; November, 1978.
- Orem, D.E. Nursing Concept of Practice. East New York : Mcgraw Hill Book Company, 1985.
- Oparil, S. Arterial Hypertension, In J.B. Wyngaarden and others. (Eds). Cecil Textbook of Medicine. p.253-269. Philadelpha : W.B. Saunders Company, 1992.
- Plant and others. "Evaluation of a support group for caneer patients and their families and friend," British Hospital of Medicine. 3 : 317 - 322 ; 1987.
- Petel ,C. and others. "Trial of relaxation in reducing coronary risk : four year follow-up," British Medical Journal. 290 : 1103 - 1106 ; 13 April, 1985.

- Puddly, I.B. and others. "Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects : A randomized controlled trial," Lancet. 1 : 674; March, 1987.
- Rocella, E.J., A.E. Bowler and M. Horan. "Epidemiologic consideration in defining hypertension". Medical Clinics of North America. 71 : 785-801; September, 1984.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monographs 24 : 328-335 ; Winter, 1974.
- Stillman, M.J. "Woman's Health Beliefs About Breast cancer and Breast Self-Examination," Nursing Research. 26 : 121-127 ; April, 1977.
- Suchman, E.A. "Health Attitude and Behavior," Archives of Environment Health. 20 : 105-110 ; January, 1970.
- Williams, G.H. "Hypertension vascular disease," In J.D. Wilson and others. (Eds.) Harrison's principles of internal medicine. p.1001-1015. New York : McGraw-Hill Inc., 1991.
- WHO. "Health of the elderly," World Health Organization Technical Report Series 779. 1987.
- Yalom, I.D. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York : Basic Books. Publishers, Inc., 1970.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
(แบบสัมภาษณ์)

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. โปรดชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับ ขอให้ตอบตรงกับความเป็นจริง
3. แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 คำถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ แบ่งดังนี้
 - ข้อ 1 - 5 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
 - ข้อ 6 -13 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน
 - ข้อ 14-20 การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
 - ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ

ผู้สัมภาษณ์โปรดบันทึกข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ลงในช่องว่างและทำเครื่องหมายลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

สัมภาษณ์..... เดือน พ.ศ.....

ผู้สัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ..... สกุล.....
2. อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....
3. เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
4.

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

5. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน หรือ ไม่จบการศึกษาประถมศึกษา
 - สำเร็จการศึกษาประถมศึกษา
 - สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่า
6. อาชีพ
 - รับราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ
 - รับจ้าง
 - เกษตรกร
 - ค้าขาย
 - ไม่มีอาชีพ
7. รายได้เฉลี่ย คนต่อเดือน
 - เพียงพอ มีเหลือเก็บ
 - เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ
 - ไม่เพียงพอ เป็นหนี้
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งตัวท่าน.....คน
9. สถานภาพของท่านในครอบครัว
 - หัวหน้าครอบครัว
 - ฐานะภรรยา/สามี
 - ฐานะบิดา มารดา
 - อื่นๆ ระบุ.....
10. ญาติ หรือ ผู้ใกล้ชิดที่ท่านมากที่สุด
 - มี ชื่อ.....
 - ไม่มี

ส่วนที่ 2 คำถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ทันที 2. ท่านไม่กลัวโรคความดันโลหิตสูง 3. ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องจะทำให้อายุสั้นลง 4. ท่านสามารถหาซื้อยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้เองโดยไม่ต้องให้แพทย์ตรวจ 5. ท่านเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงสามารถหายได้เอง 6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ 7. ความดันโลหิตสูงรุนแรงเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เป็นอัมพาต 8. ท่านคิดว่าตัวท่านเองไม่เกิดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง 9. ท่านเชื่อว่าสามารถหลีกเลี่ยงอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง 10. อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีสาเหตุจากความดันโลหิตสูง 11. ความดันโลหิตสูงรุนแรงทำให้ผู้ป่วย ไม่รู้สึกตัวและชักได้ 12. ความดันโลหิตสูงรุนแรงทำให้ตาบอดได้ 13. ความดันโลหิตสูงรุนแรงทำให้เกิดภาวะไตวายได้ 14. ถ้าท่านปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 15. การไปตรวจวัดความดันโลหิตที่ศูนย์บริการใกล้บ้านทำให้เสียเวลา 16. การไปตรวจตามแพทย์นัดไม่สามารถทำได้เนื่องจากเดินทางลำบาก 17. การเลือกรับประทานอาหารไขมันน้อยและจำกัดอาหารรสเค็มทำให้เป็นภาระกับครอบครัว 18. ถ้าท่านปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องจะป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ 19. การรับประทานอาหารประเภทไขมันสัตว์ อาจทำให้เส้นเลือดตีบตัน 20. ถ้าความดันโลหิตของท่านลดลงระดับปกติก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจตามนัด			

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ข้อความ	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม			
2. ท่านต้องเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือเพิ่มลงไปในการอาหาร			
3. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด			
4. ท่านใช้ไขมันจากพืชปรุงอาหาร			
5. ท่านรับประทานอาหารดองเค็ม			
6. ท่านรับประทานอาหารประเภทกะทิ			
7. ท่านรับประทานขนมหวาน			
8. ท่านสูบบุหรี่			
9. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			
10. ท่านออกกำลังกาย			
11. ท่านมักทำงานประเภทลาก ดึง ชู ยกของหนัก			
12. ชีวิตประจำวันจะมีเรื่องที่ท่านต้องโกรธ เครียด			
13. ท่านมีอาการนอนไม่หลับ			
14. ท่านไปตรวจวัดความดันโลหิต			
15. ท่านหยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่ายสบายดี			

ภาพผนวก ข
(แผนการสอนสุขศึกษา)

แผนการสอน เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ทั่วไป เมื่อจบการเรียนรู้แล้ว ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจถูกต้อง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสำหรับวางแผนการสอน

ผู้สอน 2 คน

วิธีการสอน

ใช้ภาพพลิก ใช้คู่มือสำหรับผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูง อภิปรายกลุ่มและฝึกปฏิบัติ

จำนวนผู้เรียน 60 คน

ประเภทของผู้เรียน

วัสดุอุปกรณ์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ภาพพลิก

ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย

เครื่องวัดความดันโลหิต

คู่มือสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เวลา 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการ เรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน
- เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ฟัง - ภายหลังการสอน สุขศึกษาผู้ฟังสามารถบอกถึงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง	กล่าวยินดีต้อนรับผู้ป่วยและญาติ และกล่าวนำว่า ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคความดันโลหิตสูงกำลังเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากอัตราป่วยของโรคนี้สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยบุคคลที่มีโอกาสจะเป็นโรคนี้หรือกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการปรากฏ จึงได้รับสมญาว่า "ฆาตกรเงียบ" ทั้งนี้เพราะอาการของโรคความดันโลหิตสูงจะปรากฏหลังจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้อยู่หลายปี ซึ่งขณะเดียวกันมันจะทำให้อวัยวะต่างๆ ถูกทำลาย เช่น หัวใจ สมอง ไต และตา ระดับความดันโลหิต ค่าปกติของความดันโลหิตในผู้ใหญ่ประมาณ 120/80 แต่ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตที่เกิดขึ้นเกิดจากความดันโลหิต ขณะเมื่อหัวใจหดตัว และ คลายตัว เช่น ค่าความดันโลหิตปกติ เมื่อหัวใจหดตัว เฉลี่ยประมาณ 120 มิลลิเมตรปรอทเมื่อหัวใจคลายตัว เฉลี่ย 80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตปกติสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนคนที่ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90 ถึง 160/95 มิลลิเมตรปรอท จัดเป็นพวกความดันโลหิตก้ำกึ่ง ซึ่งความดันโลหิต แต่ละคนจะแตกต่างกันแล้วแต่ อายุ เพศ น้ำหนัก ไลฟ์สไตล์ ให้ความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับการรักษา อาจก่อให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดในสมองแตก	- บรรยาย -ซักถาม - บรรยาย - ซักถาม	- ภาพพลิก - ภาพพลิก	ผู้ฟังทุกคนสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มใด ผู้ฟังทุกคนสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงคือกลุ่มใด	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการ เรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน
- สามารถบอก อาการของโรค ความดันโลหิตสูง ได้อย่างถูกต้อง	สาเหตุส่งเสริมที่มีผลให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปริมาตรของเกล็ดในหลอดเลือด เพิ่มขึ้น ทำให้มีการดูดซึมน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ถ้าเส้นเลือดแข็ง และตีบ รูของหลอดเลือดเล็กลงทำให้ ต้องเพิ่มแรงในการสูบฉีดมากขึ้น ทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น สาเหตุดังกล่าวพบได้มากโดย เกิดจากการดำรงชีวิตไม่ถูกต้อง <u>อาการ</u> 1. ปวดศีรษะ บริเวณ ท้ายทอย มักเป็นตอนเช้า และมีอาการคลื่นไส้ ตามัวร่วมด้วย 2. เลือดกำเดาออก อาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้ปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้หลอดเลือดตีบหรือ แข็งตัว ผลที่ตามมา คือ โรคแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจโต หัวใจวาย เส้นเลือดในสมองแตก หรือ อุดตัน ทำให้เป็นอัมพาต หรือตายได้ อาจเกิดไตอักเสบ หรือไตพิการ ตาพร่า ตามัว หรือตาบอดได้	- บรรยาย - ชักถาม	- ภาพพลิก	- บอกถึงอาการของโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง	
- สามารถบอกข้อ การปฏิบัติได้อย่าง ถูกต้อง	<u>ข้อควรปฏิบัติ</u> 1. รับประทานยา สม่ำเสมอ 2. ไม่รับประทานร่วมกับยาอื่นไม่ว่า จะเป็นยาแก้ไอ หรือ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร หากจำเป็นต้องใช้ควรปรึกษาแพทย์ 3. ไม่ควรเปลี่ยน หรือปรับขนาดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ 4. วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ 5. ไปตรวจร่างกายตามนัด	- บรรยาย - ชักถาม	- ภาพพลิก	- บอกข้อควรปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้การสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	
				เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
- สามารถบอกถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างถูกต้อง - สามารถบอกกล่าวถึง ภายได้อย่างถูกต้อง	<u>การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต</u> 1. เลิกสูบบุหรี่ เหล้า และเบียร์ 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3. พักผ่อนให้เพียงพอ 4. ทำตัวให้ร่าเริง มองโลกในแง่ดี เรียนรู้วิถีหลายความเครียด เช่น ใช้เทคนิครวมพลังจิต โดยสูดลมหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	- บรรยาย - ชักถาม	- ภาพพติก	- บอกถึง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างถูกต้อง	
	<u>การบริหารร่างกาย</u> เริ่มด้วยบริหารส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนาน 5 นาที ท่าที่ 1 หมุนคอวนซ้าย-ขวา ท่าที่ 2 จีบนิ้วมือเตะหัวไหล่ทั้งสองข้างหมุนวนขึ้นลง ท่าที่ 3 หมุนแขนเป็นวงกลมสลับซ้ายขวา ท่าที่ 4 หมุนเอวไปทางซ้าย-ขวา ท่าที่ 5 ยืนจับหมกเก้าอี้ ย่อเข้าขึ้น-ลง ท่าที่ 6 วิ่งซอยเท้าอยู่กับที่ หลังจากนั้นออกกำลังกายนาน 15-20 นาที โดยการเดินเร็ว ว่ายน้ำ ตีลูกขนไก่ หรือปั่นจักรยาน การผ่อนคลายโดยการวิ่งอยู่กับที่ช้า ๆ นาน 5 นาที	- บรรยาย - ปฏิบัติ		- สามารถบอกกล่าวถึง ภายได้อย่างถูกต้อง	
- สามารถบอกข้อควรระวังในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง	<u>ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย</u> 1. ขอคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับวิธีออกกำลังกาย และประเภทกีฬาที่เหมาะสม 2. สวมเสื้อผ้าที่ระบายความร้อนได้ดี และใส่รองเท้าที่กระชับเท้าพอดี 3. ไม่ควรออกกำลังกายช่วงที่กำลังร้อนจัด ควรออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็น	- บรรยาย - ชักถาม	- ภาพพติก	บอกข้อควรระวังในการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง	

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการ เรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน
- สามารถบอกถึง การรับประทานอาหาร ที่เป็น ประโยชน์ ต่อสุข ภาพได้อย่างถูก ต้อง - ญาติหรือผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถ บอกถึงหน้าที่ ของ ตนเองในการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างถูก ต้อง	4. ออกกำลังกายก่อนหรือหลังรับ ประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง 5. ภายหลังออกกำลังกายควรดื่มน้ำ มาก ๆ เพื่อช่วยให้ร่างกายระบาย ความร้อนทางเหงื่อ 6. ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการแบก ผลัดสิ่ง เช่น การยกน้ำหนักหรือ เพาะกาย เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อ ล้าติดสูงขึ้นได้ 7. อย่าออกกำลังกายขณะที่ไม่สบาย หรือบาดเจ็บ 8. ควรหยุดพักเมื่อรู้สึกหายใจไม่ คล่อง หรืออาการเจ็บปวด 9. ควรพักผ่อนให้เพียงพอเมื่อรู้สึก ว่าเหนื่อย <u>การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์</u> 1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ได้ สัดส่วนที่เหมาะสม 2. รับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก ผลไม้ 3. หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม หวานจัด 4. หลีกเลี่ยงอาหารประเภท คอเลสเตอรอลสูง เช่น دنب สมอ ไข่แดง ไม่ควรรับประทานอาหารไขมัน เกินสัปดาห์ 2-3 ฟอง 5. เลือกวิธีการปรุงอาหาร โดยการ ต้ม ดูนึ่ง ปิ้ง หรือเผาแทนการทอด <u>หน้าที่ของคนในครอบครัวในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย</u> 1. อ่านสมุดประจำตัวผู้ป่วย 2. แสดงความสนใจ และห่วงใย 3. ตักเตือนเรื่องการรับประทานอาหาร และไปพบแพทย์ 4. เรียนรู้วิธีวัดความดันโลหิต 5. จัดเตรียมอาหารที่ถูกหลัก	- บรรยาย - จัดถาม - บรรยาย - จัดถาม	- ภาพพลิก - ภาพพลิก - คู่มือ	- บอกถึง การรับ ประทาน อาหารที่มี ประโยชน์ ต่อสุขภาพ ได้อย่างถูก ต้อง - บอกถึง หน้าที่ของ ตนเองได้ อย่างถูก ต้อง	

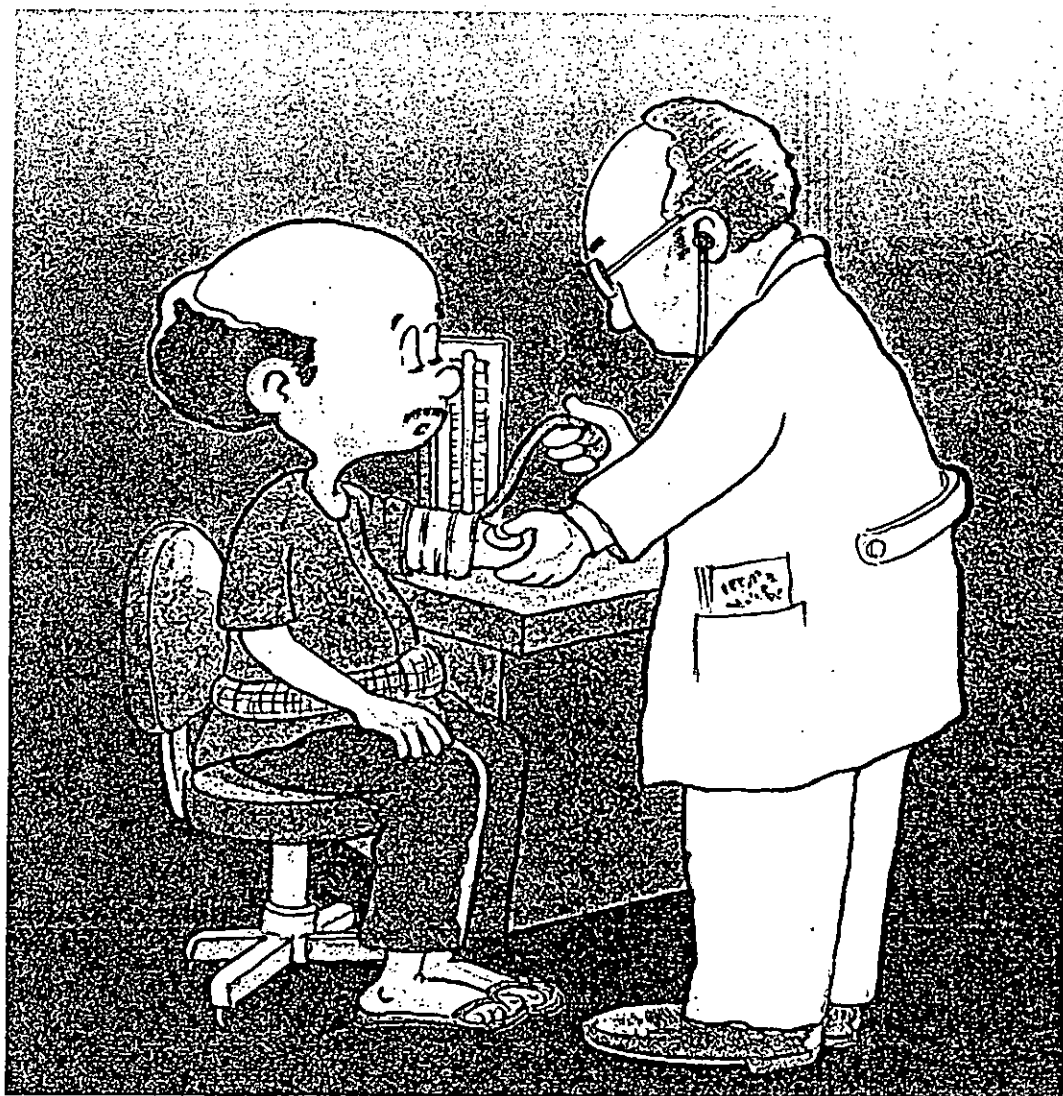
วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการ เรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล	
				เกณฑ์การ ประเมิน	ผลการ ประเมิน
	สรุป การที่ผู้ป่วยเริ่มการรักษาและดูแล สุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง มีญาติ หรือผู้ใกล้ชิดให้การสนับสนุน จะ ช่วยให้การควบคุมโรคความดัน โลหิตสูงได้ผล และไม่เกิดโรค แทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตได้				

ภาพผนวก ค

(คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง)

คู่มือ

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

ชื่อ.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซม.

ที่อยู่.....กลุ่มเลือด.....

ประวัติการแพ้ยา.....

โรคประจำตัวอื่น ๆ 1..... 2..... 3.....

ได้รับการตรวจครั้งแรกเมื่อวันที่...../...../.....

สถานที่ตรวจ.....

ภาวะแทรกซ้อน

ไม่มี

มี

คือ

ไต

หัวใจ

ตา

สมอง

เส้นเลือดส่วนปลาย

บันทึกการตรวจสุขภาพ ครั้งแรก เป้าหมายการรักษา

น้ำหนัก (กิโลกรัม)

ความดันโลหิต (มม.ปรอท)

ระดับโคเลสเตอรอล (มก./ดล.)

ยาลดความดันที่ผู้ป่วยได้รับ

ชนิด / ชื่อยา

ขนาดการรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมอฟุดกับฉันว่า "คุณเป็นโรคความดันโลหิตสูง"

อะไรกัน ? ฉันนะรี ?
แต่ฉันก็รู้สึกสบายดีนี่ !



คงแปลกใจใช่ไหม ถ้าทราบว่า
ตัวเราเองมีความดันโลหิตสูง ทั้งที่
ไม่มีอาการอะไรเลย

ความดันโลหิตสูงได้รับสมญา
ว่า "ฆาตกรเงียบ" ทั้งนี้เพราะว่า
ภาวะความดันโลหิตสูงอาจจะอยู่ได้
หลายปี โดยที่ไม่มีอาการอะไรเลย
แต่ในขณะเดียวกันมันจะทำลาย
อวัยวะต่างๆในร่างกายและทำให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจขาดเลือด
เส้นเลือดในสมองแตก ทำให้เป็น
อัมพฤกษ์ อัมพาต ตาบอด และ
ไตวาย

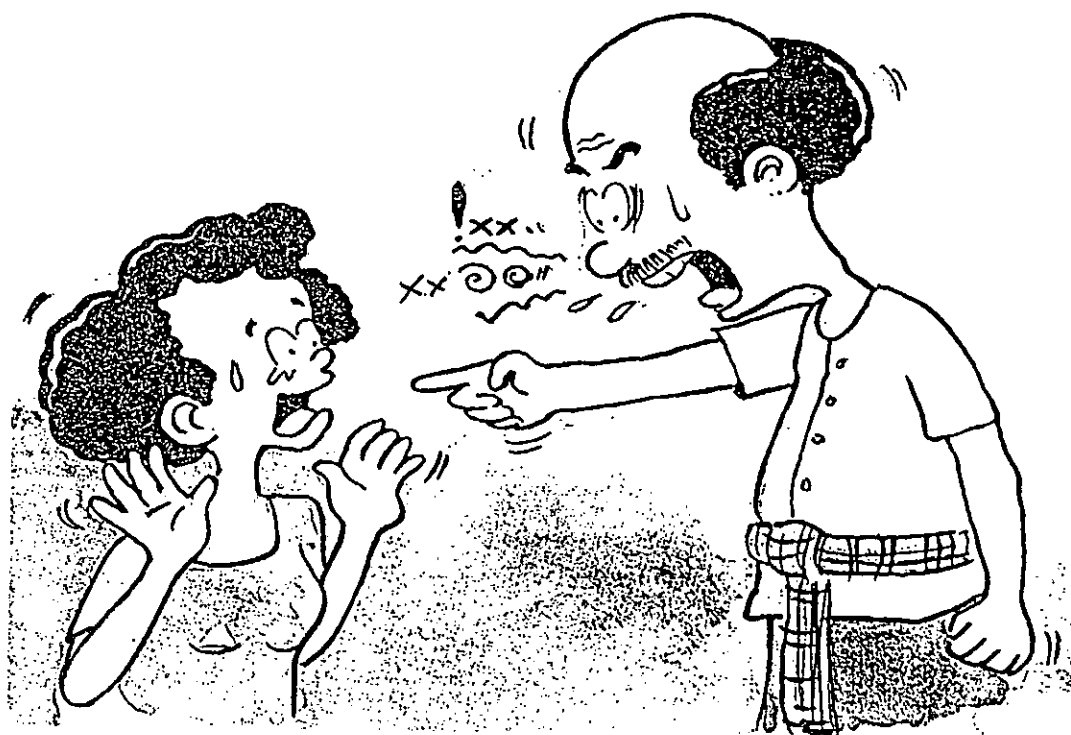
ดังนั้น ทันทีที่คุณทราบว่า คุณมี
"ภาวะความดันโลหิตสูง" จึงควรเริ่ม
ทำการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ใน
ระดับปกติอย่างรีบด่วน

ค่าความดันโลหิตตัวบนอาจสูงถึง 220
โดยที่ไม่มีอาการปวดหัว หรือ เวียนหัวเลยก็ได้

ความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไรกันนะ?

“ความดันโลหิต” เป็นแรงดันที่ควบคุมให้เลือดสามารถไหลเวียนไปทั่วร่างกาย โดยปกติ ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะเครียด ตื่นเต้น โกรธ กำลังสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา

ความดันโลหิตจะต่ำลง เมื่อรู้สึกผ่อนคลายหรือนอนหลับ แต่เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น และคงอยู่อย่างนั้นตลอดเวลา แม้ในขณะพัก แสดงว่า “คุณมีภาวะความดันโลหิตสูง”



อะไรทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ?

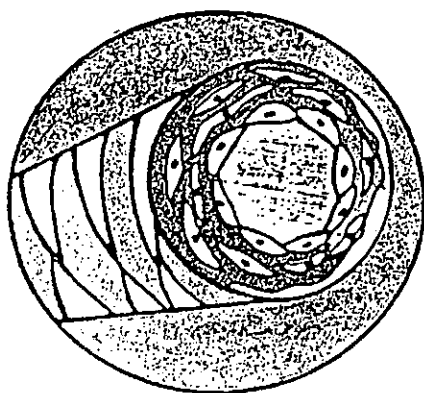
หัวใจมีหน้าที่ในการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย คล้ายกับผู้ชายในภาพที่กำลังปั้มน้ำผ่านท่อ

ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นในกรณีต่อไปนี้ :

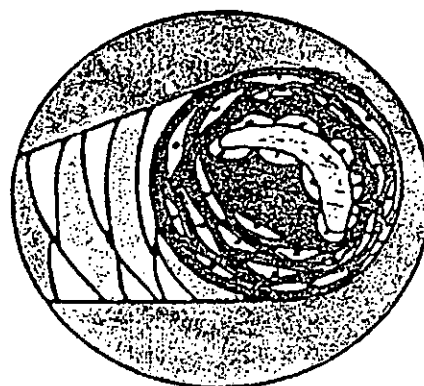


อะไรกันเล่าที่เป็นสาเหตุ?

ผู้ป่วยจำนวนมากที่มี “ความดันโลหิตสูง”
จากการที่มีไขมัน(โคเลสเตอรอล)ไปสะสมอยู่
ในผนังเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดแข็งและตีบ
ซึ่งมักจะเกิดกับคนที่ชอบกินอาหารมัน คนที่
อ้วนและคนที่ไม่ออกกำลังกาย
การกินเค็ม เครียดง่าย สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา
ก็มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น



เส้นเลือดปกติ



เส้นเลือดแข็งและตีบ

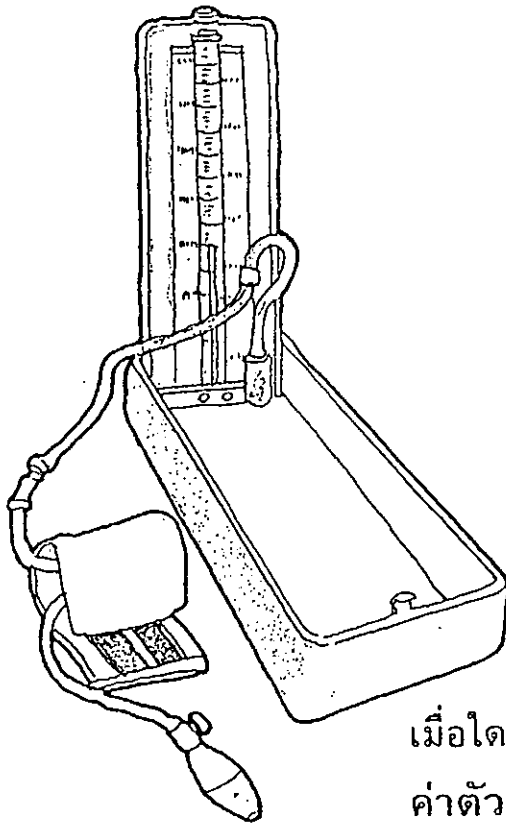
นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุอื่นๆที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้
โดยเฉพาะในเด็กและคนหนุ่มสาว ได้แก่ การเป็นโรคไต
มีความผิดปกติของเส้นเลือด หรือ การใช้ยาบางชนิด

ระดับความดันโลหิตหมายถึงอะไร?

เมื่อแพทย์วัดความดันโลหิตแล้ว จะบอกค่าความดันโลหิต
เป็น 2 ค่า เช่น

$$\frac{180}{100} \text{ mm Hg.}$$

(อ่านว่า หนึ่งร้อยแปดสิบ - ร้อย - มิลลิเมตรปรอท)



ค่าตัวเลขตัวบน หรือค่าที่สูง
เป็นความดันโลหิตขณะที่หัวใจทำการ
บีบตัว เพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ
ของร่างกาย

ค่าตัวเลขตัวล่าง หรือค่าที่น้อยกว่า
เป็นความดันโลหิต ขณะที่หัวใจคลายตัว
ภายหลังการบีบตัวแต่ละครั้ง

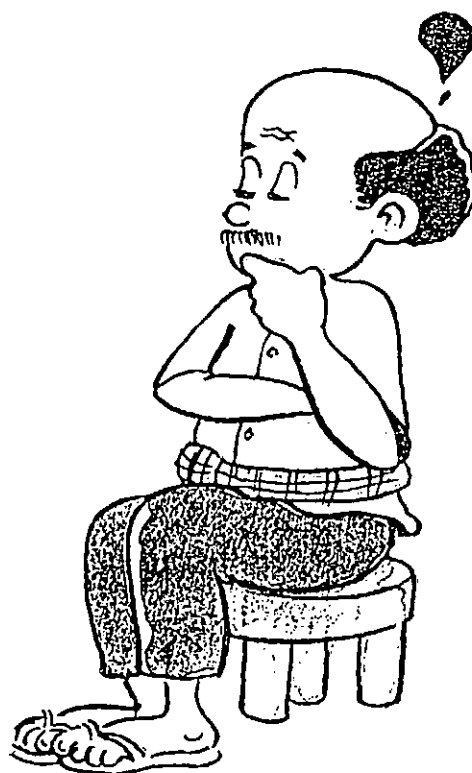
เมื่อใดจะเรียกว่าเป็น "ความดันโลหิตสูง"
ค่าตัวบน ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
ค่าตัวล่าง ตั้งแต่ 95 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

ปกติค่าความดันโลหิต จะขึ้นอยู่กับอายุและขนาดของร่างกายด้วย

เราควรทำอย่างไรดี ? เมื่อความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงไม่สามารถหายขาดได้ แต่ไม่ต้องวิตกกังวล เราสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ ถ้าสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยการปฏิบัติตัวดังนี้ :

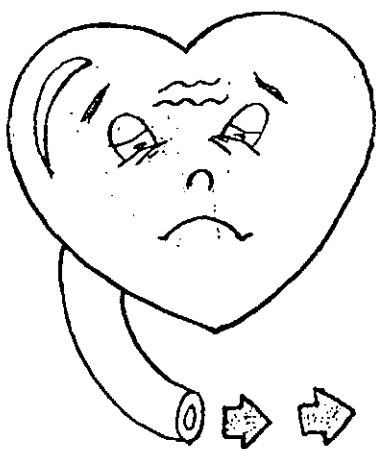
1. กินยาและไปตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ
2. ปรับตัวและปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องและเหมาะสม
3. กินอาหารที่ถูกต้อง และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ



จำไว้ว่า ความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่หายขาด
จำเป็นต้องควบคุมไปตลอดชีวิต

ทำไมจึงต้องกินยาอย่างเคร่งครัด

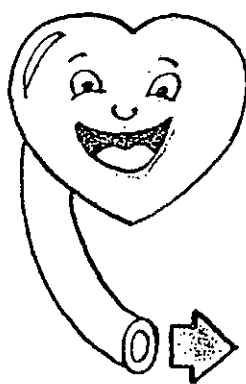
จำได้มั๊ยว่า อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ?



สาเหตุคือ :

- มีเกล็ดและน้ำในเลือดมากเกินไป
- เส้นเลือดแข็งและตีบ
- หัวใจบีบตัวแรงและเร็วเกินไป

ยาบางอย่างช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงโดย :



- ยาที่ช่วยขับเกล็ดและน้ำออกทางปัสสาวะ
- ยาที่ช่วยขยายและทำให้เส้นเลือดอ่อนตัวลง
- ยาที่ช่วยลดความเร็ว และความแรงในการบีบตัวของหัวใจ

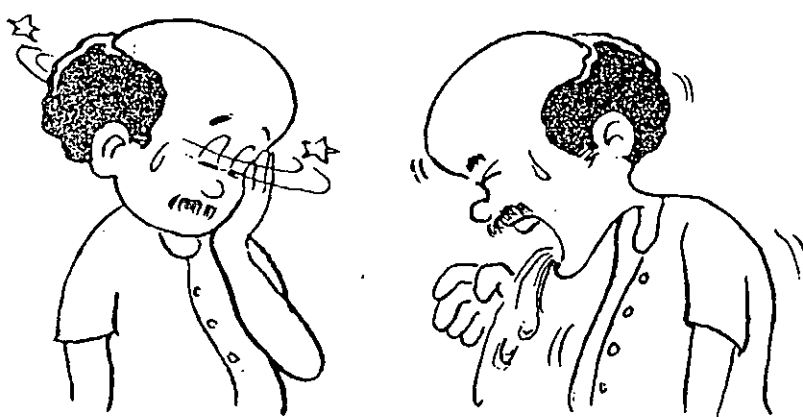
ยาแต่ละชนิดจะออกฤทธิ์แตกต่างกัน ดังนั้น แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัย และเลือกใช้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิดร่วมกันตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

ยาที่มีผลข้างเคียงหรือเปล่า?

ยาบางอย่างอาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการเหล่านี้

เช่น :

- ปวดหัว
- มึนงง
- คลื่นไส้
- อาเจียน
- ใจสั่น
- ปัสสาวะมาก



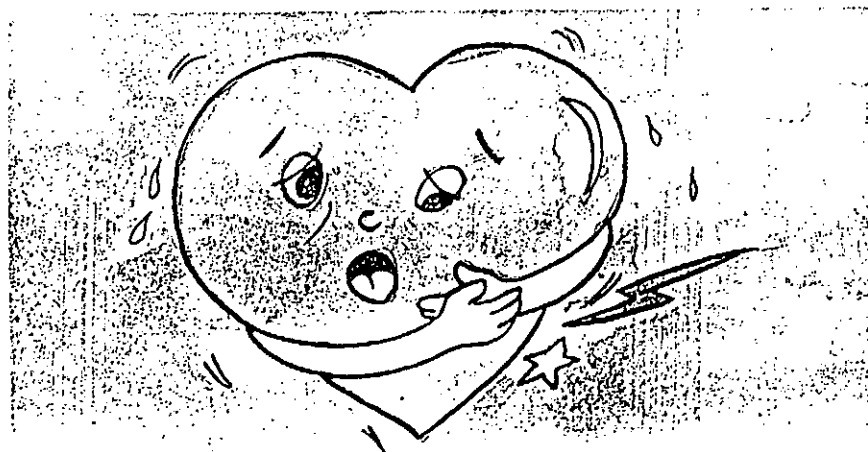
แต่อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกคนและจะหายไปเองในเวลาสั้นๆ
(ภายในเวลาหนึ่งหรือสองวัน)

อย่าเพิ่งยอมแพ้ !

เปิดโอกาสให้ยาได้ออกฤทธิ์ก่อน แม้จะรู้สึกว่าจะไม่ค่อยสบายในช่วงแรกๆก็ขอให้กินยาต่อไปและเมื่อไปพบแพทย์ครั้งต่อไปควรบอกให้แพทย์รู้อาการที่เกิดขึ้น เพื่อแพทย์จะได้ปรับชนิดและขนาดของยาให้เหมาะสมต่อไป

ความดันโลหิตลดลง หยุดยาเองได้มั๊ย ?

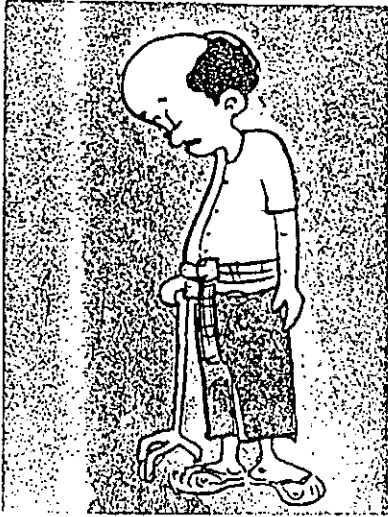
ไม่ควรหยุดยาเอง จนกว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ถ้าหยุดยาเอง ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีก และอาจจะสูงกว่าที่เคยเป็นมาก่อน จนเป็นอันตรายต่ออวัยวะต่างๆของร่างกาย ซึ่งอาจถูกทำลายไปอย่างถาวรไม่สามารถทำการรักษาฟื้นฟูให้ดีขึ้นได้อีก โดยอาจแสดงอาการต่อไปนี้ :



ขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ

มีอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก มือเย็น เท้าเย็น หายใจลำบาก เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ภายในไม่กี่นาที

มีอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออกมาก มือเย็น เท้าเย็น หายใจลำบาก เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ภายในไม่กี่นาที

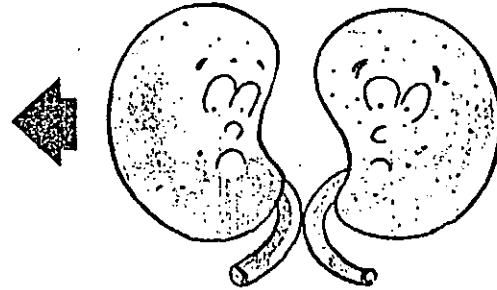


อัมพาต หรือ อัมพฤกษ์

เกิดจากเส้นโลหิตในสมองแตก
 ➡ เมื่อความดันโลหิตสูงมากเกินไป
 โดยมีอาการอ่อนแรง หรือหมด-
 ความรู้สึกของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง

ไตวาย

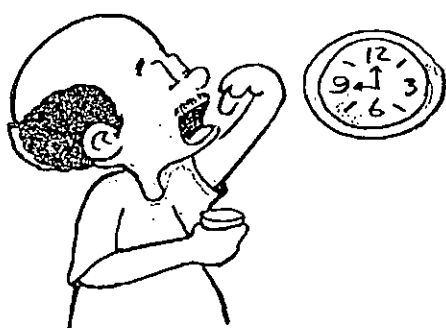
เนื่องจากไม่สามารถทนต่อ
 การขาดเลือดไปเลี้ยงได้นานๆ



ตาพร่ามัวและบอดในที่สุด
 ➡ เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง
 เส้นเลือดฝอยบริเวณตา

ข้อควรจำ สำหรับเก็บไว้เตือนใจ

- กินยาอย่างสม่ำเสมอ

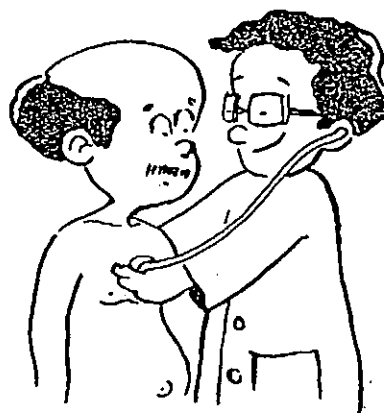


- ไม่ควรกินยาอย่างอื่นร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นยาแก้ไอ หรือ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร หากจำเป็นต้องใช้ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

- ไม่ควรเปลี่ยนขนาดของยา หรือหยุดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์



- ตรวจวัดความดันโลหิต อย่างสม่ำเสมอ

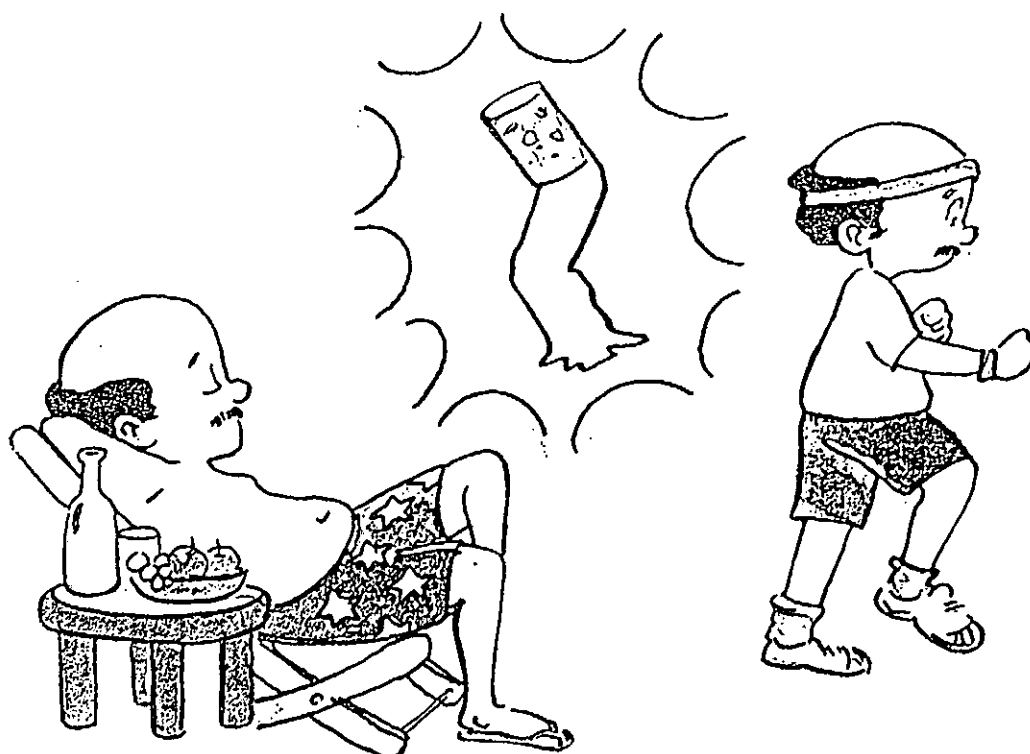


- อย่าลืมไปตรวจร่างกาย ตามที่แพทย์นัดพร้อมทั้ง นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเล่มนี้ไปด้วย และหากมีผลข้างเคียงของยาก็อย่าลืมบอกให้แพทย์รู้ด้วย

ต้องปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างไรบ้าง?

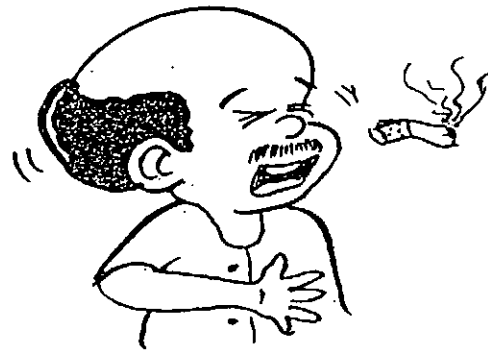
สิ่งที่เราต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง คือ การปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ :

- ๑ เลิกสูบบุหรี่ งดเหล้าและเบียร์
- ๒ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ๓ พักผ่อนให้เพียงพอ และ พยายามทำตัวให้เป็นคนร่าเริง มองโลกในแง่ดี จะทำให้ไม่เครียดง่าย รวมทั้ง เรียนรู้วิธี คลายความเครียดก็จะช่วยได้มาก



สูบบุหรี่ได้ไหม?

ควรเลิกสูบบุหรี่ เพราะสารเคมีที่มีอยู่ในบุหรี่ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ยิ่งถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว การสูบบุหรี่ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้มากถึง 2 เท่าของคนปกติ



และเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ได้มากถึง 8 เท่าของคนปกติ

ถ้าไม่เคยสูบบุหรี่ก็จงอย่าสูบมันเลย

เพราะการสูบบุหรี่ นอกจากจะเสียเงินเป็นประจำแล้ว ยังจะได้คว้นพิษเข้าปอด เป็นการเปิดประตูให้โรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หรือ อัมพาต มาเยี่ยมเยือนในเร็ววันอีกด้วย

เราควรออกกำลังกายอย่างไรดี?

บ่อยแค่ไหน?

ออกกำลังกายเป็นประจำ
อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน

นานเท่าไร?

5 นาที
สำหรับการอบอุ่นร่างกาย

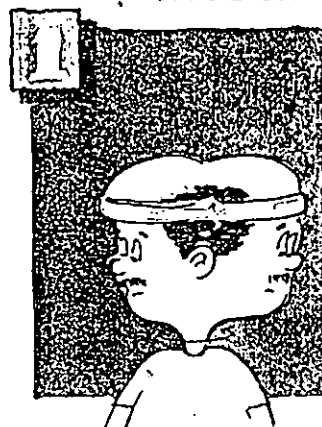


15-20 นาที
สำหรับการ
การออกกำลังกาย



5 นาที
สำหรับการผ่อนคลาย

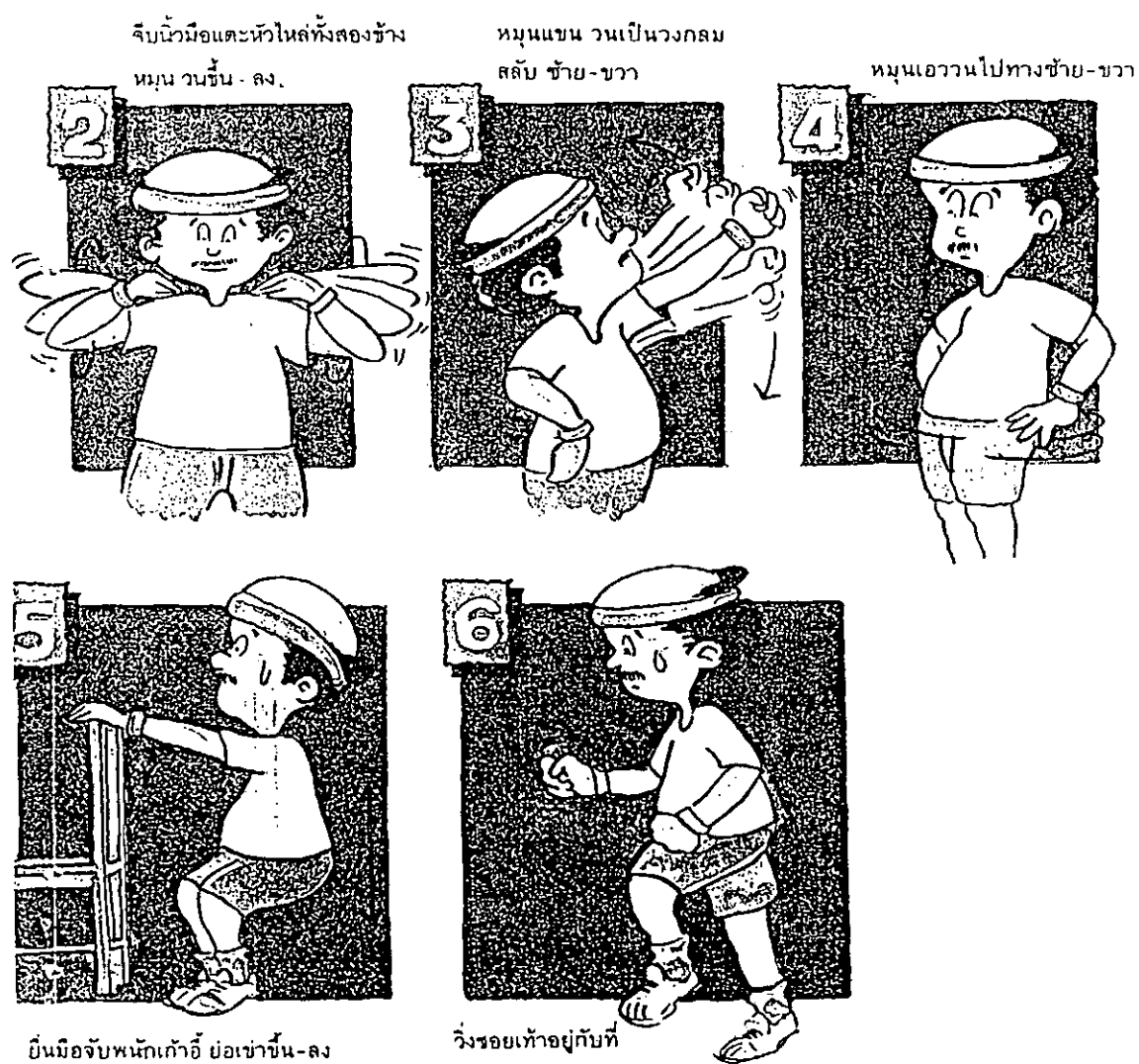
หมั่นทวน ซ้าย-ขวา



- เริ่มต้นด้วยการบริหารส่วนต่างๆ
ของร่างกายตามภาพที่ 1-6

- ตามด้วยการออกกำลังกาย
เช่น การเดินเร็วๆ, ว่ายน้ำ
การตีลูกขนไก่, เล่นเทนนิส
หรือ ปั่นจักรยาน

- จบลงด้วยการวิ่งอยู่กับที่ช้าๆ



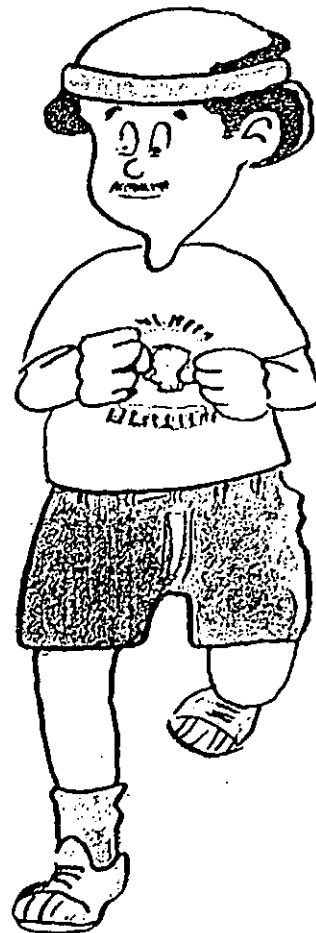
หนักเพียงใด?

เริ่มจากเบาๆ ก่อน วันละเล็กน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น
ช้าๆ ออกกำลังกายให้พอเหงื่อออก แต่ไม่เหนียวมาก

ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การออกกำลังกาย นอกจากจะช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงแล้ว ยังมีประโยชน์มหาศาล อันได้แก่ :

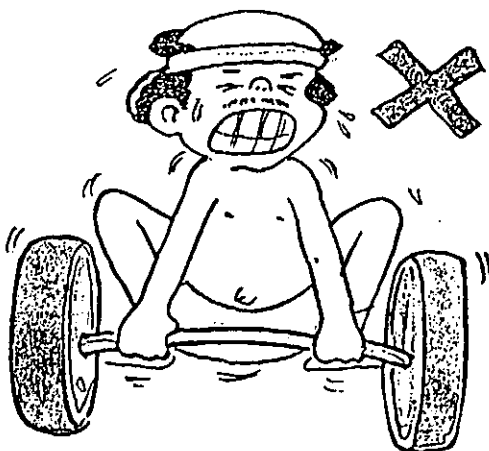
- ทำให้หัวใจแข็งแรง
และสูบฉีดโลหิต ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ
- ช่วยลดน้ำหนักลงอย่าง
ได้ผล เมื่อทำคู่กับการ
กินอาหารให้น้อยลง
- ช่วยลดไขมันในร่างกาย
และไขมันในเส้นเลือด
- ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด
ทำให้นอนหลับได้ง่าย และหลับ
ได้สนิทดี



ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะอายุมากกว่า 30 ปี
ดังนั้น จึงควรใช้ความระมัดระวังในการออกกำลังกาย
โดยปฏิบัติตัวดังนี้ :

- ❶ ให้แพทย์ตรวจสุขภาพ และขอคำแนะนำเกี่ยวกับ
วิธีการออกกำลังกายและประเภทกีฬาที่เหมาะสม
- ❷ สวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายความร้อนได้ดีและใส่รองเท้า
ที่กระชับเท้าพอดี
- ❸ ไม่ควรออกกำลังกายช่วงที่อากาศร้อนจัด
ควรออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็น
- ❹ ออกกำลังกายก่อนหรือหลังกินอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
- ❺ ภายหลังการออกกำลังกายควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยให้
ร่างกายระบายความร้อนทางเหงื่อ



- ❻ ไม่ควรออกกำลังกายด้วยการ
ยก-แบก-ผลัก-ดึง เช่น การ
ยกน้ำหนัก หรือ เพาะกาย
เพราะจะทำให้ความดันโลหิต
สูงขึ้นได้
- ❼ อย่าออกกำลังกายขณะไม่สบาย
เจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บ
- ❽ ควรหยุดพัก เมื่อรู้สึกหายใจ
ไม่คล่อง หรือมีอาการเจ็บปวด

อย่าโหมงานหนัก จนลืมพักผ่อน

จำได้มั๊ยว่าความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร?

- ๑ ความดันโลหิตจะต่ำสุด ในขณะที่พักผ่อนหรือนอนหลับ
- ๒ ความดันโลหิตจะสูงสุด ในขณะที่เกิดความเครียด

ควรพักผ่อนให้พอเพียง

หยุดพักเมื่อรู้สึกเหนื่อย
หรือเครียด อาจหาเวลาไป
พักผ่อน สูดอากาศบริสุทธิ์
ตามชายทะเล สวนสาธารณะ
หรือหางานอดิเรกทำในช่วง
วันหยุด เช่น ปลูกต้นไม้
เลี้ยงแมว สุนัข หรือนก



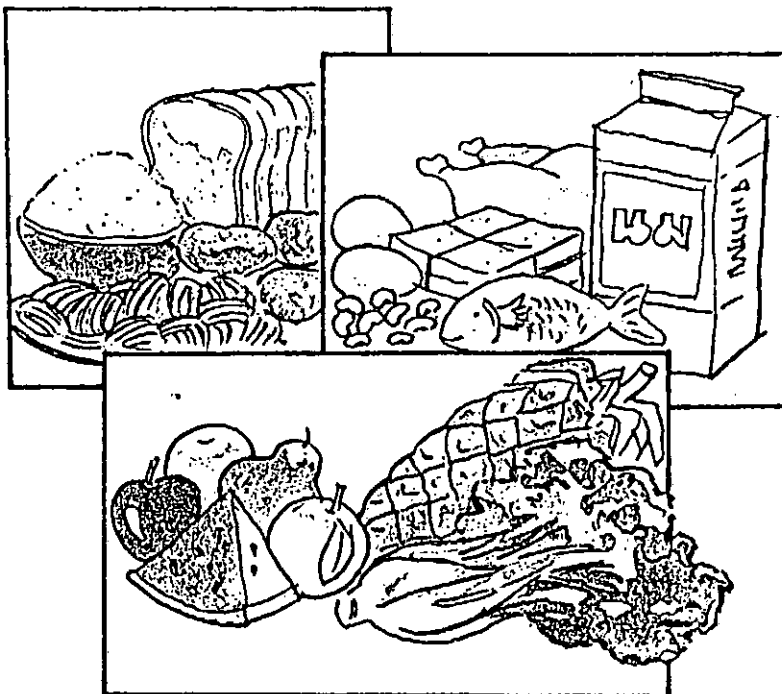
เรียนรู้วิธีการควบคุมความเครียด

ด้วยการทำจิตใจให้แจ่มใส ให้อภัยเมื่อใครทำผิดพลาด ไม่โกรธหรือ
โมโหอะไรง่าย ๆ อาจจะบำบัดอารมณ์ด้วยการนั่งสมาธิ ฟังธรรมหรือสวดมนต์
จะช่วยคลายความเครียดได้

กินอย่างไรจึงจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ?

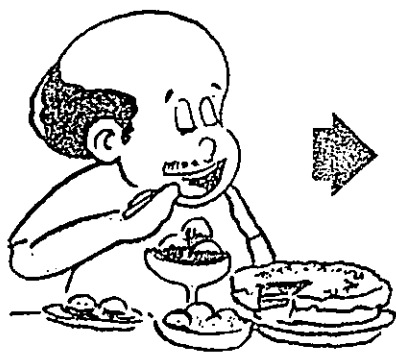
การกินที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ :

- กินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในสัดส่วนที่พอเหมาะ จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน
- กินอาหารที่มีกากมากๆ เช่น ผักสด ผลไม้สด และถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งมีคุณค่าของสารอาหารโปรตีนสูง สามารถทดแทนเนื้อสัตว์ได้
- หลีกเลี่ยงอาหารมัน อาหารเค็ม ขนมหวาน และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ พวกเครื่องในสัตว์ ไข่แดง หนั้หมู หนั้ไก่ หนั้เป็ด ฯลฯ



กินไม่ถูกต้อง ความดันโลหิตจะขึ้นสูง

อะไรจะเกิดขึ้น ถ้าไม่กินอาหารให้ถูกต้อง

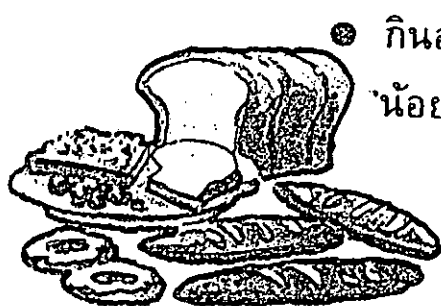


- กินมากเกินไป
- กินพวกไขมัน
มากเกินไป
- กินน้ำตาลมากเกินไป

ทำให้อ้วน และ
เส้นเลือดอุดตันเร็ว
ส่งผลให้ความดัน
โลหิตสูงขึ้น

- กินเค็มมาก

น้ำจะถูกเกลือดูดซึม
เข้าสู่เส้นเลือดมากขึ้น
ทำให้มีแรงดันเพิ่มขึ้น
เกิดความดันโลหิตสูง

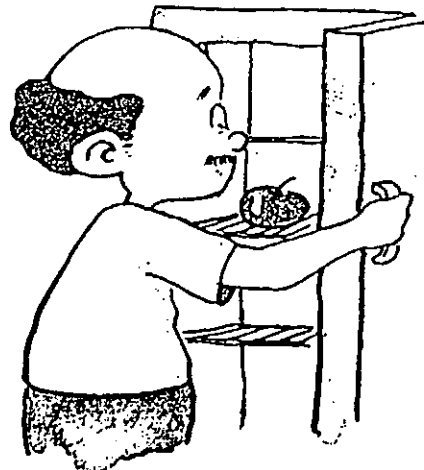
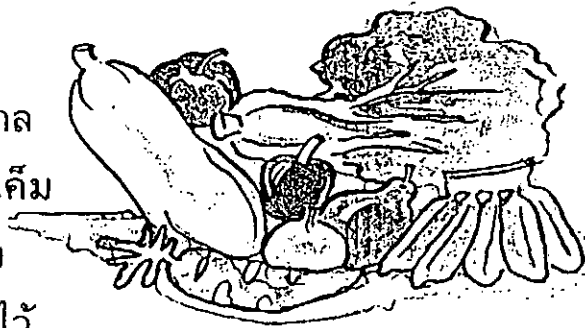


- กินอาหารที่มีกาก
น้อยไป

ทำให้อิ่มช้า กินอาหาร
อื่นได้มากขึ้นและการ
กำจัดโคเลสเตอรอลใน-
เส้นเลือดจะช้าลงไปด้วย

หลีกเลี่ยงการกินมากเกินไปได้อย่างไร?

- ๑ กินอาหารให้น้อยลง
- ๒ กินช้า ๆ
- ๓ กินผักมากๆ
- ๔ ควรลดหรือเลิกใส่น้ำตาล
เกลือ น้ำปลาหรือซอสเค็ม
ในอาหาร และเครื่องดื่ม
- ๕ อย่าตุนหรือเก็บอาหารไว้ในบ้าน โดยเฉพาะพวก
ของขบเคี้ยวเล่นต่างๆ
- ๖ อาหารว่างควรกินน้อยๆ
หรือกินผลไม้รสไม่หวานจัด
แทนของหวาน
- ๗ ไม่ควรชิมอาหารในขณะที่ปรุง
- ๘ หยุดกินอาหารทันที
เมื่อรู้สึกอิ่ม ไม่จำเป็นต้อง
ต้องกินให้หมดจาน
- ๙ อย่ากินอาหารขณะดูโทรทัศน์
ควรกินเฉพาะที่ได้ะอาหารเท่านั้น



จะลดน้ำหนักตัวเองอย่างไรดี?

ก่อนอื่น ต้องชั่งน้ำหนักตัวเอง แล้วบันทึกไว้ จากนั้น ลองคำนวณด้วยวิธีง่ายๆ ซึ่งคิดได้ดังนี้ :

สำหรับผู้ชาย ใช้ความสูง ลบ 100

สำหรับผู้หญิง ใช้ความสูง ลบ 110

ผลลัพธ์ที่ได้นี้ คือ น้ำหนักที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสมกับคุณ แต่หากว่า น้ำหนักตัวจริง ๆ สูงกว่า แสดงว่า คุณอ้วนเกินไปแล้ว ตัวอย่างเช่น :

นายสมชาย สูง 160 เซนติเมตร มีน้ำหนักตัว 70 กิโลกรัม

วิธีคิดสำหรับผู้ชาย : 160 (ความสูง) ลบ 100 เท่ากับ 60

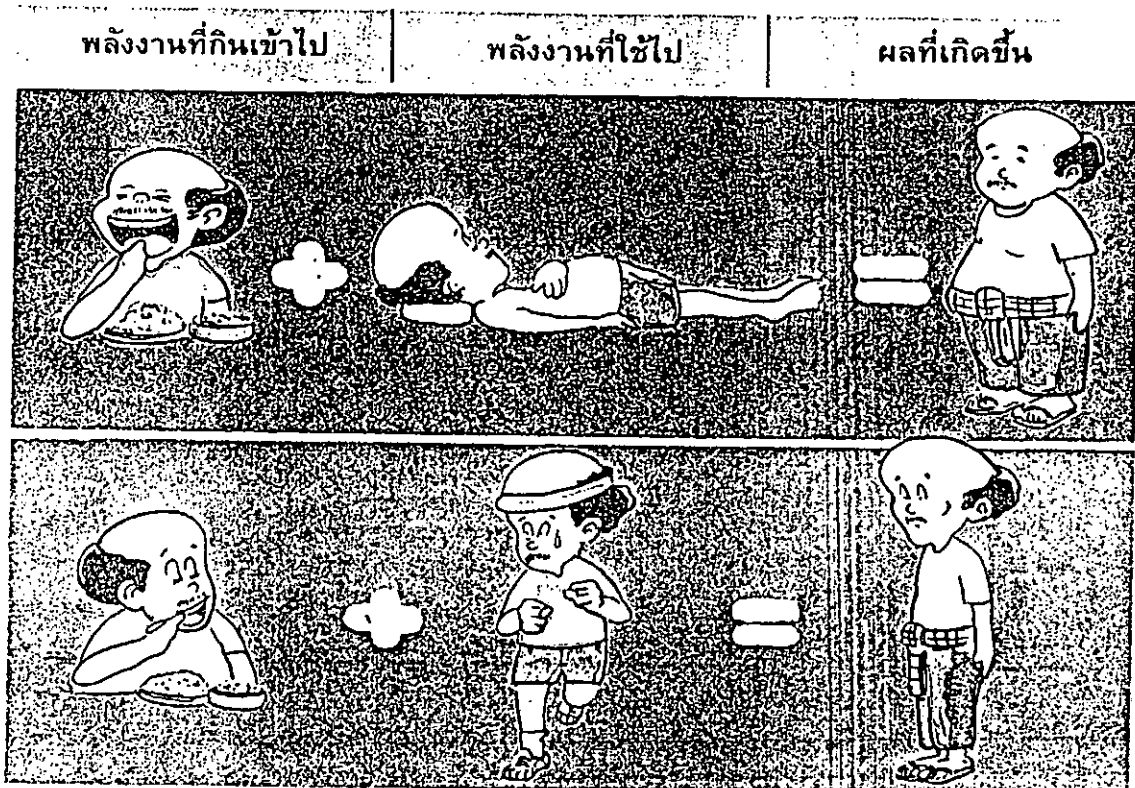
แต่น้ำหนักตัวจริงๆ ของนายสมชาย คือ 70

แสดงว่า นายสมชายมีน้ำหนักมากเกินไป 10 กิโลกรัม หรืออ้วนเกินไป ควรลดน้ำหนักลงมาให้เหลือประมาณ 60 กิโลกรัม



หากน้ำหนักตัวของคุณ สูงกว่าน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นหรือเกินพอดี ก็ควรกินอาหารให้ได้พลังงานเหมาะสมกับชีวิตประจำวันเท่านั้น จำไว้ว่า ต้องใช้พลังงานให้มากกว่าที่กินเข้าไป จึงจะช่วยลดน้ำหนักตัวลงได้

ตัวอย่างเช่น :

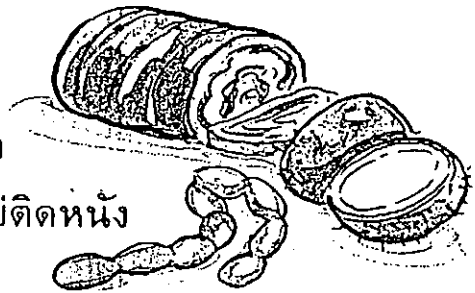


เมื่อค่อย ๆ ลดน้ำหนักลงมาถึงระดับที่ต้องการหรือเหมาะสมได้แล้ว ก็ควรจะรักษาระดับของน้ำหนักให้เป็นเช่นนี้ตลอดไป เพื่อสุขภาพที่ดี

เลือกกินอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ

หลีกเลี่ยงอาหารมัน

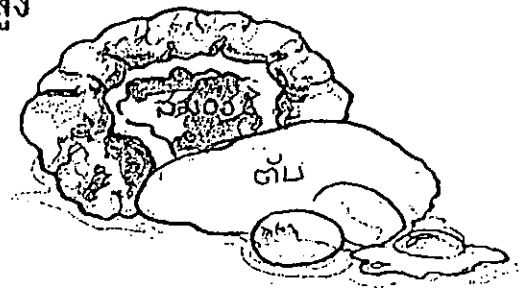
เช่น พวกเนื้อสัตว์ เนื้อหมู กะทิ ไข่กรอก
ควรเลือกกินเนื้อสัน ปลา และเนื้อไก่ที่ไม่ติดหนัง



หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง

เช่น ตับ สมอ ไข่แดง

ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง ผู้ที่มี-
ความดันโลหิตสูงไม่ควรกินไข่แดง
เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง



หลีกเลี่ยงอาหารที่อุดมไปด้วยไขมันเนย

ควรกินนมที่พร่องไขมันเนย จำพวกเนยแข็ง
โยเกิร์ต แทนผลิตภัณฑ์นมที่อุดมไปด้วยไขมัน
เช่น ไอศกรีม เค้กครีม คุกกี้



ใช้น้ำมันที่ไม่อิ่มตัวในการปรุงอาหาร

น้ำมันที่ไม่อิ่มตัว ช่วยลด
ระดับโคเลสเตอรอล
ในเส้นเลือดได้ เช่น
น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา
และน้ำมันข้าวโพด



เลือกวิธีปรุงอาหารให้มีไขมันน้อย

- ใช้น้ำมันให้น้อยที่สุด
แค่เพียงพอให้อาหาร
ติดกระทะก็พอ
- ใช้วิธีต้ม ตุ่น ปิ้ง หรือ
เผา แทนการทอด
- การตุ๋น หรือต้มให้เปื่อย แล้วนำไปแช่เย็น จะทำให้ไขมัน
ลอยตัวแข็งอยู่ส่วนบน เราสามารถเลือกกินส่วนที่ไม่มันได้
โดยตักไขมันที่แข็งทิ้งไป



เราจะกินอาหารที่เค็มน้อยลงได้อย่างไร?

อ่านสลากอาหาร

หลีกเลี่ยงการซื้อผลิตภัณฑ์ที่มี
คำว่า “โซเดียม” เป็นส่วนประกอบ



หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม

เช่น อาหารกระป๋อง หมูแฮม ไส้กรอก
ปลาเค็ม ถั่วเค็ม ไข่เค็ม ของขบเคี้ยว
ที่มีรสเค็ม ผักและผลไม้ดอง

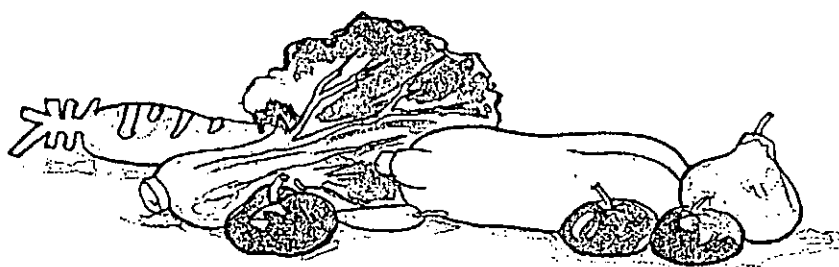


ใส่เกลือหรือน้ำปลาในขณะปรุงอาหาร
ให้น้อยที่สุด ลองปรุงรสด้วย มะนาว
ซิง กระเทียม พริกไทย หรือเครื่องเทศ
แทน อย่าเติมเกลือหรือน้ำปลาก่อนชิม
อาหารเป็นอันขาด

พยายามปรุงอาหารกินเองที่บ้าน

เพราะจะสามารถควบคุมปริมาณความเค็มของอาหารได้ดีกว่า
ไม่ควรเติม หรือจิ้มน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสรสเค็ม เต้าเจี้ยว เกลือป่น
ในอาหารที่ปรุงแล้วอีก

กินอาหารที่มีกากมากๆ



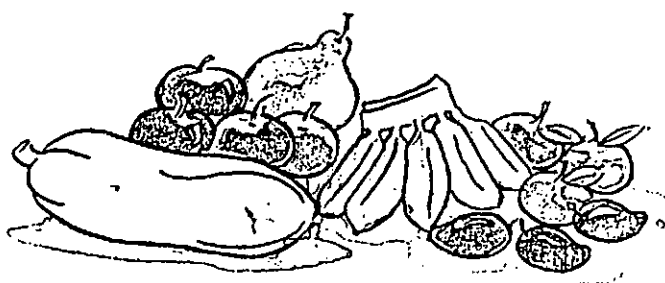
ควรกินผักและผลไม้ด้วยทุกมื้อ



กินข้าวซ้อมมือ แทนข้าวขัดขาว

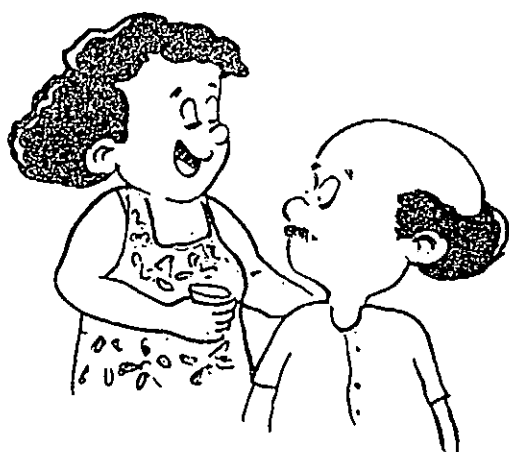
โดยอาจผสมกันก็ได้ หากยังไม่คุ้นเคย

และกินถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่าง ๆ เพื่อชดเชยโปรตีนจากเนื้อสัตว์

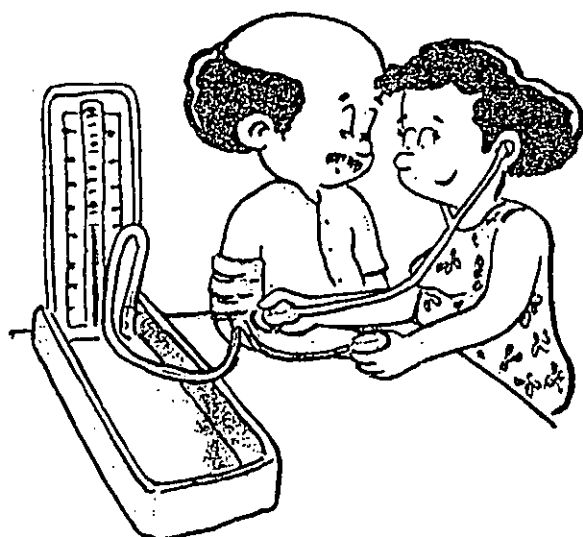


กินผลไม้ที่รสไม่หวานจัด แทนของหวานหรืออาหารว่างอื่นๆ

คนในครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยได้อย่างไร?



- อ่านสมุดประจำตัวผู้ป่วยนี้
พร้อม ๆ กับ สมาชิกใน -
ครอบครัวที่ถูกตรวจพบว่า
มีความดันโลหิตสูง



- สมาชิกในครอบครัวต้องแสดง
ความสนใจ ห่วงใยเกี่ยวกับโรค
หรืออาการที่เป็นอยู่ และเตือน
ผู้ป่วยให้ไปรับการรักษา
ถ้าเขาละเลย
- เตือนเรื่องการกินยา และการ
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- เรียนรู้วิธีการวัดความดันโลหิต
และช่วยวัดให้ผู้ป่วยที่บ้าน



- สมาชิกทุกคนในครอบครัว
ควรมีส่วนช่วยเหลือ และ
และร่วมกันปรับเปลี่ยนวิถี
การดำเนินชีวิตให้เหมาะสม
- จัดเตรียมอาหารที่ครบส่วน
หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง
และเค็ม สำหรับสมาชิกในครอบครัว

- ถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวควรร่วม
มือกันช่วยเหลือให้กำลังใจในการเลิกสูบบุหรี่

- ออกกำลังกาย พักผ่อน
และทำงานอดิเรกด้วยกัน



ตารางนัดตรวจสุขภาพ

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	สถานที่	ผู้นัด
----------	--------------	---------	--------

เราจะบันทึกค่าความดันโลหิตอย่างไร?

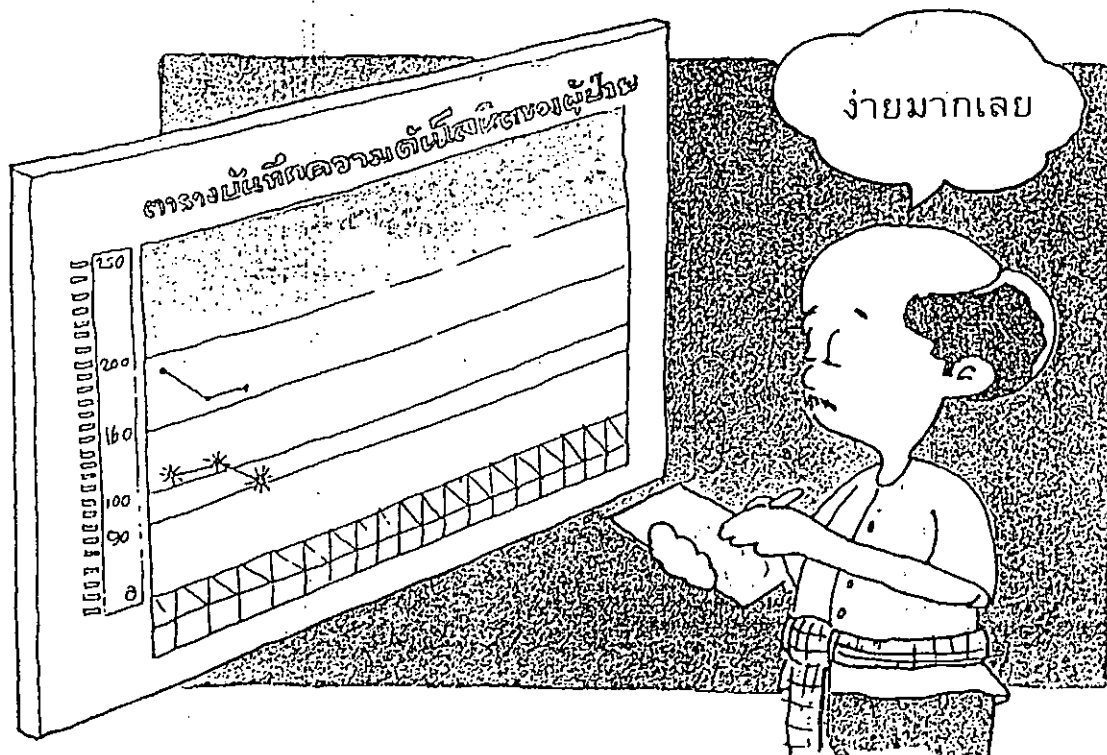
1. เขียนเครื่องหมาย

๐ ลงในระดับค่าความดันตัวบน

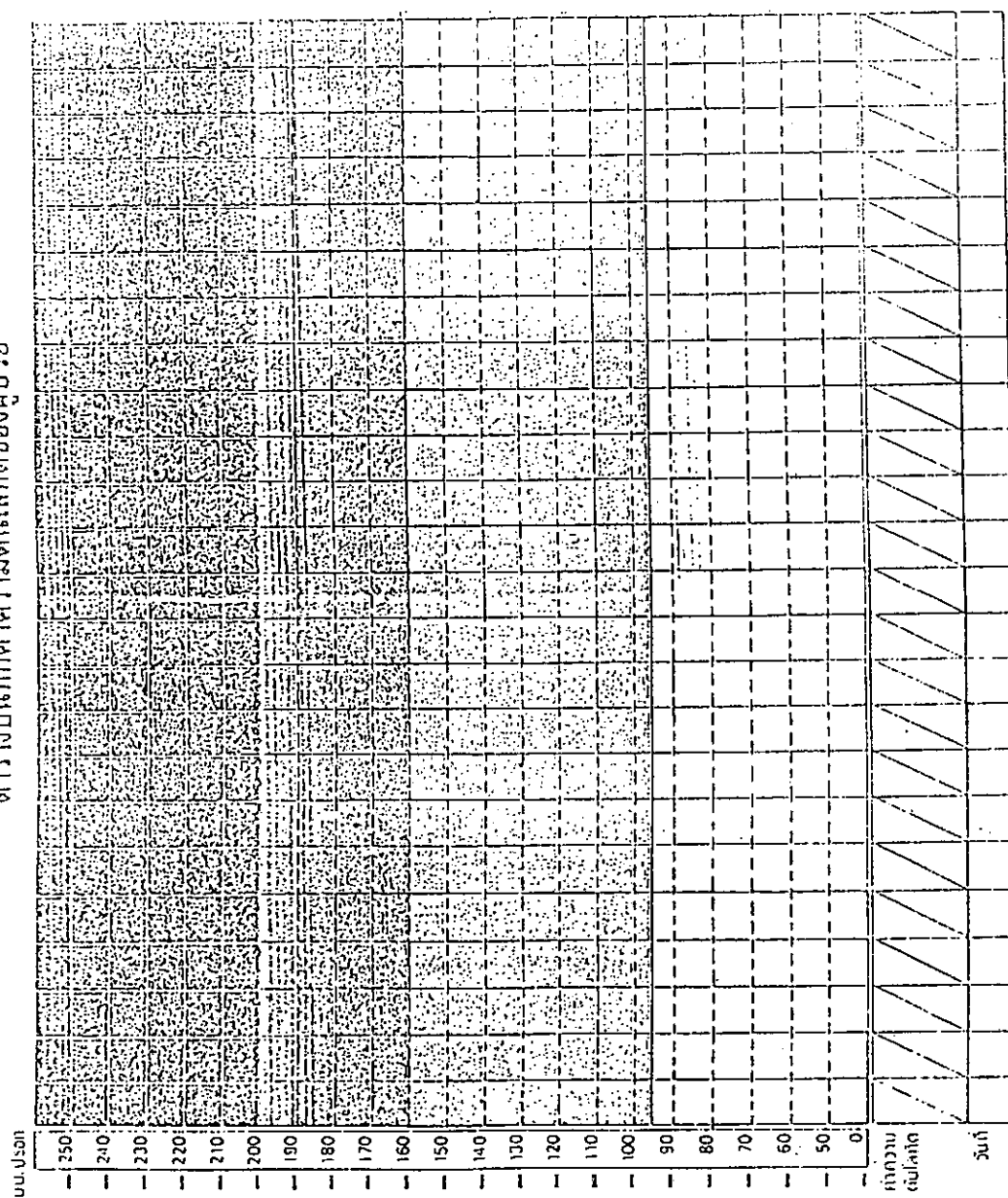
* ลงในระดับค่าความดันตัวล่าง

2. ลากเส้นต่อระหว่างค่าความดันแต่ละครั้ง

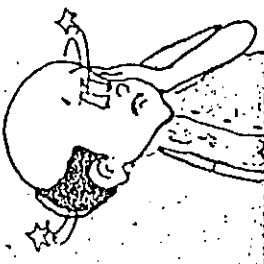
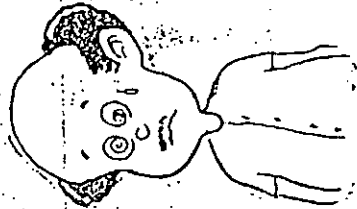
ตัวอย่างเช่น : ค่าความดันโลหิต ของนาย ก. ที่มาตรวจวัด
 ครั้งที่หนึ่ง = $\frac{180}{100}$, ครั้งที่สอง = $\frac{160}{100}$, ครั้งที่สาม = $\frac{160}{90}$



ตารางบันทึกค่าความถี่โลหิตของผู้ป่วย



ความดันโลหิตของฉันทันทีเป็นเท่าไร?

คำตัวบน	คำตัวล่าง	ความดันโลหิตอยู่ในระดับ	คำพยากรณ์
เขียว	เหลือง		- ระดับความดันโลหิตของคุณอยู่ในระดับปกติ - คุณควบคุมระดับความดันโลหิตได้แล้วและขอให้คุณพยายามรักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับนี้ตลอดไป - ถ้าคุณควบคุมอาหารและปรับวิถีการดำเนินชีวิตได้ดี คุณก็ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
ชมพู	เหลือง		- ระดับความดันโลหิตของคุณอยู่ในระดับที่ต้องระวัง - คุณต้องพบหมอบ่อยสม่ำเสมอ อย่าลืม! - คุณต้องกินยาควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด
แดง	เขียว		- ระดับความดันโลหิตของคุณอยู่ในระดับที่อาจเกิดอันตรายได้ตลอดเวลา - คุณต้องพบหมอโดยด่วน และต้องพบหมอดำเนินชีวิตทุกครั้ง - หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย หน้ามืด ตาลาย ต้องรีบไปพบหมอทันที - พบแพทย์โรคความดันโลหิตของคุณ เลวร้ายกว่าโรคอะไรก็ตาม

อย่าลืม !

- ความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องปาลหัวใจ
- ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการอะไรก็ได้
- โรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตที่อันตรายมากที่สุด คือ เส้นเลือดในสมองแตก ทำให้เป็นอัมพาต อัมพาต หรือเสียชีวิตทันที
- โรคแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นโดยไม่ทันรู้ตัว พบคุณ และ เลือกการควบคุมความดัน

วิธีลดความดันโลหิต

กินยาและตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

ปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต

- ๑. เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มเหล้า
- ๒. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- ๓. พักผ่อนให้เพียงพอ
- ๔. ไม่หงุดหงิดหรือเครียดอะไรง่าย ๆ

กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

- ๑. ลดอาหารมันและอาหารรสเค็ม
- ๒. ควบคุมน้ำหนัก

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวทัศนี หงษาครประเสริฐ

เกิดวันที่ 30 เดือน ธันวาคม พุทธศักราช 2506

สถานที่เกิด จังหวัดราชบุรี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 32 ถนน ค่ายหลวง อำเภอบ้านโป่ง
จังหวัดราชบุรี

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 6

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม
จังหวัดราชบุรี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2525 มัธยมศึกษาตอนปลาย (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนรัตนราษฎร์บำรุง

พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี

พ.ศ. 2533 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.ศ. 2540 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสานมิตร