

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช

ปริญญานิพนธ์

ของ

สุธิดา นีรพิงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

พฤษภาคม 2543

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลัก
สูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2543

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และเป็นที่ปรึกษาอย่างดี รวมทั้งรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารต และผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่อง ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาแก้ไข แนะนำ และตรวจแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลฯ หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้าหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ผู้ตรวจการพยาบาล ผู้รับผิดชอบคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ให้ความร่วมมือ

ท้ายที่สุด ขอเทอดพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้ชีวิต ให้การศึกษาเล่าเรียน ให้ความรักความห่วงใย ขอระลึกถึงพระคุณ คุณครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ร่วมงาน เพื่อนๆ และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนสามารถประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สุธิดา นีรพินน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา.....	48
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	48
งานวิจัยในประเทศไทย.....	51
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	56
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	57
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
ลักษณะของเครื่องมือ.....	58
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	59
เกณฑ์การให้คะแนน.....	60
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	61
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	62
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	67
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล.....	67
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	68
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	91
บทย่อ.....	91
ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า.....	91
วิธีดำเนินการวิจัย.....	91
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	91
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	92
อภิปรายผล.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	98
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	99
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก	110
ภาคผนวก ข	120
ประวัติย่อของผู้วิจัย	131

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	เกณฑ์การตัดสินระดับความดันโลหิตสูงในประเทศไทย	12
2	เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรลด (มีโซเดียมมาก).....	26
3	คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง ตามหลักเกณฑ์ของ WHO/ISH และของ JNC-V	31
4	แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	68
5	จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	70
6	คะแนนค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายด้านและโดยรวม.....	71
7	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ.....	72
8	แสดงจำนวน และค่าร้อยละของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม.....	76
9	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเกณฑ์ประเมินจำแนก ตามคะแนนการรับรู้สุขภาพเป็นรายด้าน และโดยรวม	77
10	วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเกณฑ์ประเมินจำแนก ตามคะแนนการรับรู้สุขภาพเป็นรายข้อ ตามรายด้าน.....	77
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ โดยใช้การทดสอบค่า t (t-test)...	80
12	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	81
13	แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามอายุ.....	82
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ.....	82

15	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามอายุ.....	83
16	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการศึกษา	84
17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษา.....	85
18	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	86
19	แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามอาชีพ.....	87
20	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามอาชีพ.....	87
21	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ.....	88
22	แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	89
23	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	89
24	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	90

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ภาวะความดันโลหิตสูง.....	13
2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์.....	43
3 กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	55

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทางด้านเทคโนโลยีทุกรูปแบบ ทำให้สภาพของสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากสังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรมจนถึงสังคมข้อมูลข่าวสาร เกิดการแข่งขัน การเอาตัวรอดเปรียบเพื่อความอยู่รอดอย่างสูง ส่งผลให้ประชาชนในสังคมปัจจุบันมีความเครียดสูง เพราะต้องประสบปัญหาในการปรับตัวที่ไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เกิดความขัดแย้งในตนเอง และสังคมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อวิถีชีวิต และสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากในอดีตปัญหาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ แต่ในปัจจุบันและในอนาคต ปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กองสุขศึกษา. 2539: 1) เนื่องจากประเทศไทยมีวิวัฒนาการทางการแพทย์สาธารณสุขเจริญก้าวหน้าประกอบกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงขึ้น ประชากรเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและแบบแผนทางพฤติกรรมทุกด้าน แนวโน้มของปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) จึงทวีความสำคัญมากขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรคดังกล่าวที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประเทศไทย และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม และวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย และการพักผ่อน การดื่มสุรา การเสพสารเสพติดและบุหรี่ยิ่งมากขึ้น มีความกดดันหรือความเครียดในชีวิต ซึ่งพบได้บ่อยในสภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 30 เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่แข็งตัว และมากกว่าร้อยละ 50 เกิดอันตรายต่ออวัยวะสำคัญ คือ หัวใจ สมอง ไต และภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยอายุสั้น และถึงแก่กรรมลงก่อนระยะเวลาอันสมควรประมาณ 10-20 ปี (พัชรี ดำรงสุนทรชัย. 2531: 18)

นอกจากนั้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็อาจเกิดความพิการจากอัมพาต หรือจอประสาทตาเสื่อมสภาพจนตาบอดได้ การป่วยและตายหรือความพิการที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงนี้ไม่ได้มีผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนถึงประเทศชาติโดยรวมด้วย แบล็คเบิร์นและคนอื่นๆ (Blackburn. and others. 1985: 446-481) ประมาณว่าผู้ที่มีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood

pressure) มีค่าไม่เกิน 100 มิลลิเมตรปรอท จำนวนครึ่งหนึ่งของประชากรมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารีและจำนวนหนึ่งในสี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ส่วนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตในช่วงไดแอสโตลิกมีค่าสูงระหว่าง 100-110 มิลลิเมตรปรอท จำนวนสองในสามมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและจำนวนสามในสี่มีโอกาสเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตในช่วงไดแอสโตลิก จะส่งผลให้เกิดอันตรายจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุหลายประการร่วมกัน เช่น พันธุกรรม ความเครียด ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความผิดปกติของการขับถ่ายเกลือโซเดียมที่ไต ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น (ซูชิฟ ชิวสุทซ์. 2528: 38-43) นอกจากนั้นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนั้นยังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และอาจมีอาการไม่ชัดเจนในระยะต่อมาทั้งที่การดำเนินของโรคและความเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ทำให้อวัยวะสำคัญคือ หัวใจ สมอง ไต และจอประสาทตาถูกทำลายนั้นยังคงดำเนินไปเรื่อยๆ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 129) ดังนั้นภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแล้ว การดูแลรักษา และควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องจึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันและลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ โดยมีเป้าหมายในการป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (เกษม วัฒนชัย, 2532: 82) ได้แก่ การลดอัตราการเกิดโรค และอัตราการตาย โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติให้มากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการคงระดับความดันโลหิตในช่วงซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตในช่วงไดแอสโตลิกให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรกระบบหัวใจ และหลอดเลือดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตและป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะหัวใจวาย สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง การลดและควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกายที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา กาแฟ เป็นต้น การจัดการความเครียด การจัดสรรเวลาสำหรับการพักผ่อน และการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (เกษม วัฒนชัย. 2532: 104; อ้างอิงมาจาก National Institutes of Health. 1997: 20-23)

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตให้ถูกต้อง จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตสูงนี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดคือ ตัวผู้ป่วยเอง โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักสุขศึกษาเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วย

สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด เพราะการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องเท่านั้นที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตลงได้ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหรือไม่ต่อเนื่องแล้ว อาจก่อให้เกิดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนที่รบกวนการดำรงชีวิต อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลามากขึ้น ทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors) ที่ดี มีความตระหนัก และการยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน และจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งความสามารถในการควบคุมสภาวะแวดล้อมอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และมีความสามารถในการเลือกใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สามารถควบคุมและป้องกันผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนได้ อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต (well being) ได้

จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ.2534-2535 (National Health Examination Survey: NHES) พบค่อนข้างชัดเจนว่า เพศชาย และเพศหญิงในเขตเมือง (เขตเทศบาล) มีแนวโน้มของความดันโลหิตสูงกว่าเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ และเมื่อพิจารณาความชุกของโรคความดันโลหิตสูงตามรายภาค ภาคกลางมีความชุกสูงสุด รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคใต้ และน้อยที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ตามบัญชีจำแนกโรคพื้นฐานจากบัญชีจำแนกโรกระหว่างประเทศ แก้ไขครั้งที่ 10 พ.ศ.2539 พบว่าโรคระบบไหลเวียนเลือด เป็นกลุ่มแรกของลำดับกลุ่มสาเหตุการตาย 64,821 คน (108.4 ต่อประชากรแสนคน) และจำนวนการตายตามเพศ และสาเหตุจากความดันโลหิตสูง 3,154 คน (5.3 ต่อประชากรแสนคน) เพศชาย 1,786 คน (6.0 ต่อประชากรแสนคน) เพศหญิง 1,368 คน (4.0 ต่อประชากรแสนคน) และผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง 9,662 คน (16.2 ต่อประชากรแสนคน) (กระทรวงสาธารณสุข. 2539: 84)

สำหรับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) นั้น จะมุ่งเน้นทางด้านพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเอง ให้สามารถใช้บริการที่ถูกต้องในการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราป่วยพิการและอัตราตาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่โดยตรงที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยการใช้กระบวนการหรือวิธีการต่างๆ รวมทั้งการให้บริการเพื่อช่วยเหลือส่งเสริมความรู้ และสมรรถนะของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยเฉพาะปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประชาชนที่นับวันจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งต้องการดูแลรักษาระยะยาว ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการบริหารมีราคาแพง ดังนั้นลักษณะของการบริการสาธารณสุข จึงเปลี่ยนไปจากการมุ่งเน้นที่ “การรักษาโรค” (Curative) มาเป็น

“การดูแลคน” (Caretive) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง ภายใต้การช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเป็นระบบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากสถิติโรงพยาบาลศิริราช มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ในปี พ.ศ.2540 จำนวน 2,752 ราย และปี พ.ศ. 2541 จำนวน 2,489 ราย (เวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนลดลง แต่ก็ยังพบว่ามีจำนวนที่สูงอยู่ ประกอบกับผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นเวลานาน ถึงแม้ว่าจะได้พบเห็นผู้ป่วยหลายประเภท แต่ก็มีความเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง เป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเฉียบพลันที่รุนแรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อนำผลการศึกษาค้นคว้า มาเป็นแนวทางในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป พร้อมทั้งเป็นแนวทางในการจัดระบบให้คำปรึกษาแนะนำทางสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลในการหาทางสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป
2. เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเด็นอื่นๆต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกในวันจันทร์ และวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ดึกสยามินทร์ ในวันจันทร์ วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-20.00 น. ณ โรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2541 มีจำนวน 2,489 ราย จำแนกเป็นชาย 1,135 ราย และหญิง 1,354 ราย (สถิติจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 350 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2543 ถึง 15 มีนาคม 2543

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกระทำ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile : HPLP) ร่วมกับแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 138-143) ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน คือ

1.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับ การปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

1.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับ การรับประทานอาหารให้ได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ และงดการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารที่มีรสเค็ม มีไขมันสูง เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน เป็นต้น รวมทั้งการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ

1.3 การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational activity) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ความสนใจและการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

1.4 รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับระยะเวลาในการนอนหลับ ความต้องการการนอนหลับ ความพอใจต่อการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ เช่น ยา ความเครียด วิธีจัดสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ รวมทั้งเทคนิคการผ่อนคลาย และวิธีการแก้ปัญหาเมื่อนอนไม่หลับ

1.5 การจัดการความเครียด (Stress management) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ประเมินได้เกี่ยวกับกิจกรรมที่กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

1.6 การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน (Self-actualization) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี

1.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว

1.8 การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relation with others) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับ ความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยในการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ

1.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ ภาวะต่างๆ สารพิษ สัตว์ที่เป็นพาหะของโรค รวมไปถึงการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ทั้งในและนอกบ้าน

1.10 การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of health care system) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประเมินได้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยกระทำในการเลือกใช้ประโยชน์จากระบบบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดเจ็บป่วย

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่แพทย์ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของโรคได้ ซึ่งจะค้นหาโดยการซักประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าตรวจทั้งหมดแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ แพทย์ก็จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived health status) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุต่อภาวะสุขภาพของตนเองในขณะที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ประกอบด้วยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ 6 ด้าน คือ

3.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Pior health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเกี่ยวกับความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

3.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพในอนาคต

3.4 การรับรู้ความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อน (Resistance and susceptibility to illness) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3.5 ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อคงภาวะสุขภาพ

3.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกี่ยวกับภาวะของโรค และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเพื่อการควบคุมความรุนแรงของโรคซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่ได้ตามศักยภาพ

4. ปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของปัจจัยแต่ละประการดังนี้

4.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มของปีของอายุผู้ป่วยนับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไปถือเป็น 1 ปีเต็ม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ อายุต่ำกว่า 35 ปี 35-60 ปี และมากกว่า 60 ปี

4.2 อาชีพ ลักษณะอาชีพ หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยึดเป็นหลักในการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพ แบ่งเป็น 7 กลุ่ม คือ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ลูกจ้างบริษัท ค้าขาย เกษตรกร แม่บ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ

4.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา หรือเทียบเท่า และปริญญาตรีหรือสูงกว่า

4.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จนถึงเวลาที่ทำการวิจัย ถ้าระยะเวลาเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่า 5 ปี 5-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป

5. โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทบวงมหาวิทยาลัย สำนักนายกรัฐมนตรี สถานที่ตั้งเขตศิริราช แขวงบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนงานวิจัย การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าทั้งในต่างประเทศ และในประเทศซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension)

ความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งกำลังได้รับความสนใจอย่างมากในวงการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เรียกว่า Primary หรือ Essential Hypertention พบได้ถึงร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 118; อ้างอิงมาจาก Norton. 1995: 628) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด จากการศึกษาส่วนมากพบว่าความดันโลหิตสูงชนิดนี้ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการทั้งด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าต้องมีหลายสาเหตุร่วมกัน (Keer and Nichaman. 1986: 27) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย คาดว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่รู้เลยว่าเขามีความดันโลหิตสูงจนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการทำลายอวัยวะต่างๆของร่างกาย แล้วจึงปรากฏสัญญาณที่เป็นอันตรายแก่ชีวิตซึ่งเรียกลักษณะนี้ว่า “Silent Disease” (Witstrand. 1987: 1) หรือ “Silent Killer” (Norton. 1995: 628) หรือ ฆาตกรเงียบ

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง แรงดันของเลือดที่มีต่อผนังหลอดเลือดอันเนื่องมาจากที่หัวใจบีบตัวและคลายตัว และเมื่อกล่าวถึงความดันโลหิตโดยทั่วไปแล้ว หมายถึง ความดันโลหิตแดง (Arterial Blood Pressure) มีหน่วยการวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสามารถแยกออกเป็น

1. ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เรียกว่า Systolic Blood Pressure เป็นความดันโลหิตสูงสุดในหลอดเลือดซึ่งเกิดอันเนื่องมาจากการที่หัวใจบีบตัวดันเลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Aorta) ความดันโลหิตนี้จะบ่งบอกถึงความสามารถในการยืดขยาย (distensibility) ของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงหัวใจบีบตัว

2. ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว เรียกว่า Diastolic Blood Pressure เป็นความดันโลหิตต่ำสุดในหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดอันเนื่องมาจากการที่หัวใจคลายตัวกลับสู่ภาวะเดิมก่อนที่จะเริ่มบีบตัวอีกครั้งหนึ่ง ความดันโลหิตนี้จะบ่งบอกถึงค่าแรงต้านต่อการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ในทางคลินิกถือว่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีความสำคัญมาก เพราะถ้าความดันโลหิตแดงขณะหัวใจคลายตัวสูง หมายถึงว่า หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อที่จะบีบตัวเอาเลือดออกไปเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพราะแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มมากขึ้น (กนิษฐา พงศ์ถาวรกุล, 2529)

ปกติความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ มีความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัวประมาณ 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวประมาณ 70 มิลลิเมตรปรอท การเขียนจะเขียนในรูปความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว คือ ความดันโลหิตแดงเท่ากับ 120/70 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีดังนี้คือ (จากการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ซึ่งสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก วันที่ 18-20 มกราคม พ.ศ.2538 ณ โรงแรมเฟลิกซ์เวิร์ทแควร์ รีสอร์ท จังหวัดกาญจนบุรี)

1. เกณฑ์การตัดสินภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทยให้ใช้เกณฑ์ตัดสินที่ประยุกต์มาจาก JNC-V (Joint National Committee-V) ดังปรากฏตามตาราง 1

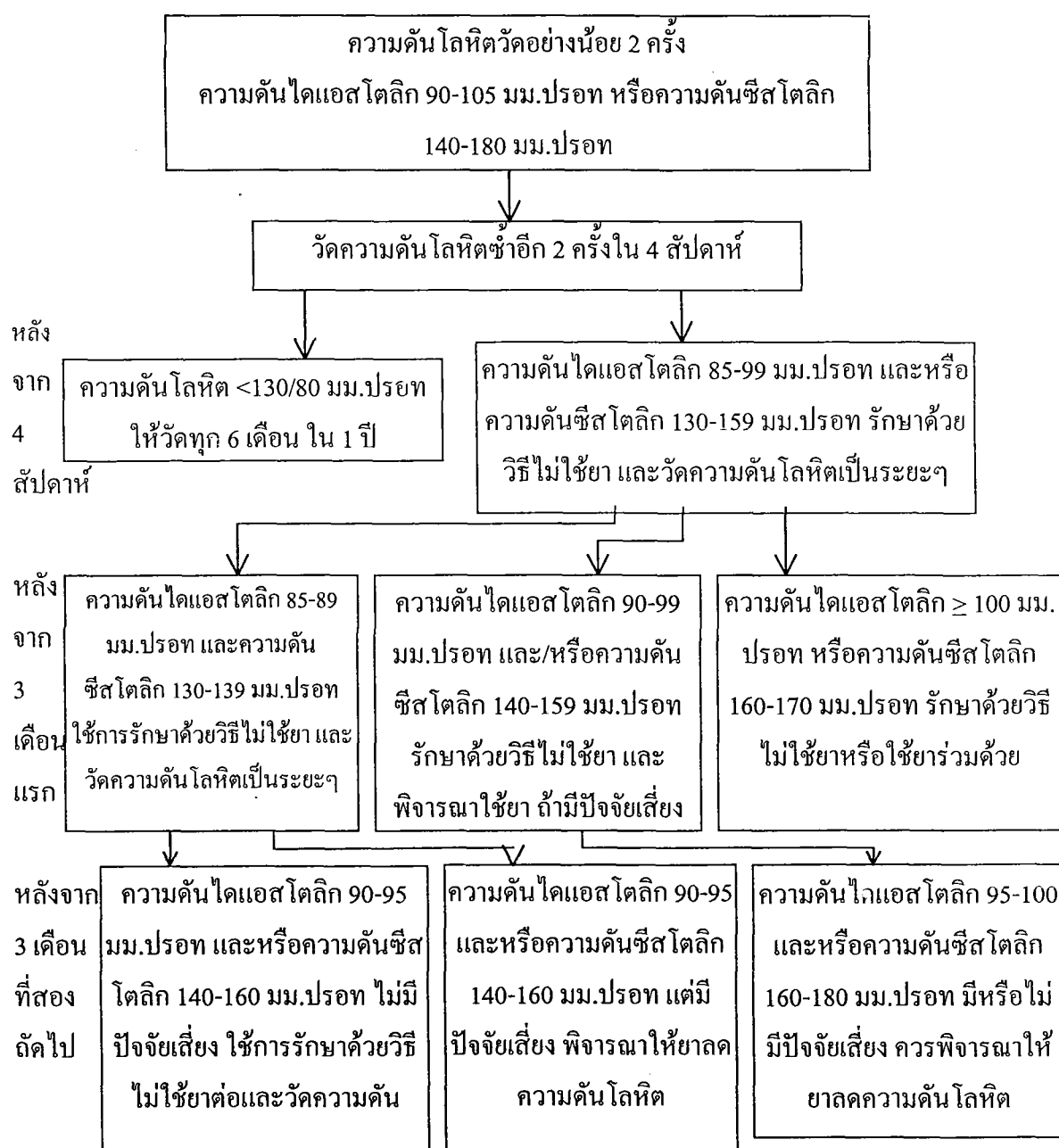
7

ตาราง 1 เกณฑ์การคัดเลือกระดับความดันโลหิตสูงในประเทศไทย

ความดันโลหิต	ความดันโลหิต ในช่วงซิสโตลิก	ความดันโลหิตใน ช่วงไดแอสโตลิก	การดูแลรักษา
ปกติ	< 130	< 85	- ในประชาชนอายุ < 40 ปี วัดความดันโลหิตทุก 1 ปี - ในประชาชนอายุ > 40 ปี วัดความดันโลหิตทุกปี
ปกติค่อนข้างสูง	130-139	85-89	- วัดความดันโลหิตทุก 6 เดือน และให้ศึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Life style modification)
สูงเล็กน้อย	140-159	90-99	- หากไม่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมให้สังเกตอาการ 6 เดือน ร่วมกับการรักษาชนิดไม่ใช้ยา (Non-Pharmacologic treatment) หลังจากนั้นจึงตามด้วยการรักษาชนิดใช้ยา - หากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมให้สังเกตอาการ 4 เดือน หลังจากนั้นจึงเริ่มการรักษาด้วยยา
สูงปานกลาง	160-179	100-109	- รักษาหรือส่งต่อเพื่อรักษา
สูงรุนแรง	180-209	110-119	- รักษาหรือส่งต่อเพื่อรักษา
สูงรุนแรงมาก	> 210	> 120	- รักษาหรือส่งต่อเพื่อรักษา

ที่มา: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. 2539: 123

2. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ให้ใช้แนวทางการดูแลรักษา โดยไม่ใช้ยา รวมไปถึงการดูแลรักษาด้วยยา ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

ที่มา: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. 2539: 168

3. การรักษาความดันโลหิตสูงสำหรับประชาชนทั่วไป (อายุ <60 ปี) ควรเป็นไปตามเป้าหมายการรักษา

4. การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) โดยเฉพาะในกรณีของภาวะความดันโลหิตสูงชนิดซิสโตลิกสูงเพียงอย่างเดียว (Isolated Systolic Hypertension) ให้เริ่มการรักษาเมื่อระดับความดันโลหิต ≥ 160 มิลลิเมตรปรอท โดยเริ่มรักษาจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการลดระดับความดันโลหิต และเริ่มรักษาด้วยยาเมื่อระดับความดันโลหิตสูง ≥ 170 มิลลิเมตรปรอท โดยใช้ยาด้วยความระมัดระวัง และเป้าหมายการรักษาคือ ให้ระดับความดันโลหิต < 160 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนการรักษาในกรณีภาวะความดันไดแอสโตลิกสูง ให้พิจารณาการดูแลรักษาเช่นเดียวกับกลุ่มประชาชนทั่วไป (อายุ < 60 ปี) และความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ > 85 ปี ไม่ควรมีการรักษา หากจำเป็นควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป

วิธีการวัดความดันโลหิตให้ได้ค่าถูกต้องมากที่สุดจึงมีความสำคัญ และควรจะยึดหลักปฏิบัติดังนี้

1. สภาวะของผู้ป่วย

ก. ท่าที่วัดความดันโลหิต

บางคนนิยมวัดความดันโลหิตหลังจากผู้ป่วยนอนราบ แล้วเป็นเวลา 5 นาที แต่ทว่าไป แล้วการวัดในท่านั่งถือปฏิบัติได้ แต่ควรนั่งพักอย่างสงบอย่างน้อย 5 นาที และวางแขนไว้ที่ระดับหัวใจ

ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง ควรจะได้รับการวัดความดันโลหิต ทั้งในท่านั่งและท่านยืน โดยวัดทันทีหลังจากยืนได้ 2 นาที

ข. สิ่งแวดล้อมอื่น

ควรงดดื่มกาแฟอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 15 นาที ก่อนการวัด รวมทั้งไม่ควรได้รับยาประเภทกระตุ้นสารที่หลังจากต่อมหมวกไต เช่น ฟรินิลเอพรีน ยาหยอดขยายรูม่านตา เป็นต้น

ควรเป็นห้องที่สงบเงียบ

การวัดความดันโลหิตในสภาวะต่างๆ กันเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือการวัดความดันโลหิตใน 24 ชั่วโมง จะสามารถทำนายโอกาสการเกิดโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือดได้ดีกว่าการวัดแบบสุ่มเป็นครั้งคราว

2. เครื่องมือ

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

ตรวจเช็คเครื่องวัดความดันโลหิตบ่อยๆ 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

วัดความดันโลหิตที่แขนสูงกว่าปกติควรวัดความดันโลหิตที่ขาด้วย โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 30 ปี หรือผู้ป่วยมีชีพจรที่ขาหนีบเบา หรือช้ากว่าที่ข้อมือ

ข. วิธีการ

บีบลมเข้าในถุงลมยางโดยเร็วจนได้ระดับความดันสูงกว่าความดันซิสโตลิก (ความดันที่คลำ ชีพจรเรเดียลไม่ได้) 20 มิลลิเมตรปรอท

ปล่อยลมออกในอัตรา 3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาที

ความดันไดแอสโตลิก คือ จุดที่เสียงหาย บางกรณีที่มีเสียงต่อเนื่องจนถึงศูนย์ ให้ถือระดับที่เสียงเปลี่ยนเป็นความดันไดแอสโตล

ถ้าเสียงเบา ให้ผู้ป่วยยกแขนสูง กำและเหยียดมือสลับกัน 5-10 ครั้ง แล้ววัดความดันโลหิตใหม่อีกครั้ง

ปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อความดันโลหิต โดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดใน 1 นาที (Cardiac output) และ หรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด (Peripheral resistance) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจาก

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

จากสมการนี้ ความดันโลหิตของผู้ป่วยจะสูงขึ้นได้ต้องเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1. Cardiac output เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่ม หรือปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัวฉีดเลือดออกไปแต่ละครั้งเพิ่ม

2. Peripheral vascular resistance เพิ่มขึ้นจากภาวะหลอดเลือดตีบ ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง หรือจากการที่ซิมพาเทติก โทน (Sympathetic Tone) ของหลอดเลือดเพิ่มมากกว่าปกติ

ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาสาเหตุให้แน่ชัดว่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเพราะเหตุใด เหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อจะเลือกยาที่มีกลไกแก้ไขพยาธิสภาพของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดี

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ WHO แนะนำไว้ (สุกชัย ฅนอมทรัพย์. 2539: 121) 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะใดๆเลย

ระยะที่ 2 ตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- เวนทริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกาย เอกซเรย์ทรวงอก หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- หลอดเลือดแดงฝอยของเรตินามีการตีบทั่วๆไป หรือเฉพาะบางส่วน
- หน้าที่ของไตเสียปานกลาง (อัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ)

ระยะที่ 3 จะมีการทำลายของทั้งหัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือดในลูกตา

- ภาวะหัวใจวาย
- อัมพาตจากเลือดออกในเนื้อสมอง หรือภาวะสมองบวมจากความดันโลหิตสูง

ชนิดร้ายแรง (Hypertensive retinopathy grade 3 หรือ 4)

ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุเป็น 2 ชนิด คือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension)

2. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากโรคไต และความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ โรคพิษแห่งครรภ์ ส่วนใหญ่มักพบในเด็กและผู้ที่มีอายุน้อยไม่เกิน 35 ปี หรือผู้ที่รับประทานยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด หรือ Nonsteroidal anti-inflammatory อะเซม Corleaoxolone, ยา Sympathomimetic amine เป็นต้น หรือผู้มีประวัติเกี่ยวกับไต เช่น การติดเชื้อทางไต อุบัติเหตุบริเวณไต ปัสสาวะเป็นเลือด โรค Pheochromocytoma, Cushing's syndrome, Polycystic kidney ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ โรคหรือความผิดปกติของระบบประสาท ความเครียดอย่างเฉียบพลัน เช่น ภาวะหลังผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บจากแผลไหม้ เป็นต้น ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไป เมื่อได้รับการแก้ไขตามสาเหตุ

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Pathogenesis of essential hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นความดันโลหิตที่สูงขึ้นมาเป็นระยะเวลานาน โดยที่ไม่ทราบสาเหตุของโรค ผู้ที่เป็นโรคนี้จะมีอาการเริ่มเป็นช้าๆ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นทีละเล็กละน้อยเรื่อยมาเป็นเวลาหลายปีโดยไม่มีความผิดปกติมากมาย จึงเกิดเป็นโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงจริงๆ โรคนี้พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคไม่ดีกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (พิกุล บุญช่วง. 2526: 6; อ้างอิงมาจาก Beland and Passor. 1981: 833.) การใช้คำว่า “Essential” เพราะในสมัยก่อนยังไม่ทราบโรคนี้ เพียงแต่เชื่อว่าเป็นอาการ (symptom) ของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) และเชื่อว่าระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นนี้จำเป็น (essential) สำหรับการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองและไต (เกษม วัฒนชัย. 2532: 30) โดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีอาการอะไรยกเว้นแต่สังเกตจริงๆ จะพบว่า ผู้ป่วยมักบ่นปวดศีรษะบ้าง และหน้ามักจะแดงด้วย จนกระทั่งเมื่อมีอาการมากขึ้นแล้ว จึงจะเริ่มมองเห็นอาการทั่วไป เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เวียนศีรษะ ใจสั่น ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือบางครั้งมีเลือดกำเดาไหล จากหลอดเลือดถูกทำลาย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้อีกยังแบ่งเป็นชนิดย่อยได้อีก 2 ชนิด คือ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ร้ายแรง (Benign hypertension) เป็นโรคที่ค่อยๆ เกิดและเป็นอยู่นาน และโรคความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant hypertension) เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และเป็นอยู่ในระยะสั้น ซึ่งถ้าไม่รักษาจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้ ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แต่เชื่อว่ามีผลผิดปกติในการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการร่วมกัน โดยแยกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 134-136; อ้างอิงมาจาก WHO. 1983: 12-19)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่า

- 1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
- 1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ
- 1.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรม และพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ cross section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- 2.1 น้ำหนักตัว น้ำหนักตัวเกินจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้ระดับความดันโลหิตสูง คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 5-10 เท่า ของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดลง

ปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย จะทำให้ความโลหิตต่ำลง นอกจากนั้น ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่จะเกาะเส้นเลือดจนตีบตันก็น้อยลง (อรวิทย์ โทธิ์. 2537: 87) น้ำหนักส่วนเกินคิดจากดัชนีมวลของร่างกาย (body mass index : น้ำหนักเป็น กิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตร²) (ดำรง กิจกุล. 2530: 12-18) ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 27 ถือว่า น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน หรือวัดจากไขมันส่วนเกินบริเวณส่วนกลางของร่างกาย โดยพบว่า รอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 34 นิ้ว (85 เซนติเมตร) ในผู้หญิง หรือ 39 นิ้ว (98 เซนติเมตร) ในผู้ชาย (ดำรง กิจกุล. 2530: 12-18) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ และหลอดเลือด การลดน้ำหนักเพียง 4.5 กิโลกรัม ในผู้ที่น้ำหนักเกินจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ โดยส่งเสริมผลของยาลดความดันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (National Institutes of Health. 1997: 20) และจากการศึกษาของ Framingham โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skin fold) ตรงบริเวณใต้สะบัก สรุปได้ว่า 78% ของชายที่เป็นความดันโลหิตสูง และ 64% ของหญิงที่เป็นความดันโลหิตสูงจัดได้ว่าเป็นคนอ้วน (Obesity) และในกลุ่มหญิงอายุระหว่าง 20-49 ปี พบว่า อุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงจะมากขึ้น ตามปริมาณของ ไขมันใต้ผิวหนัง

2.2 จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับ โขเดียมในรูปของเกล็ดเลือดมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต เนื่องจากเกล็ดเลือดมีคุณสมบัติดูดน้ำได้ดีจึงอาจทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม ทำให้ต้องเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดมากขึ้น ปฏิกริยาตอบสนองของระดับความดันโลหิต เมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล โดยพบว่าผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานมีปฏิกริยาตอบสนองในการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตเมื่อได้รับโซเดียมมากกว่ากลุ่มประชากรปกติ มีการศึกษาหลายเรื่องพบว่าเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความดัน (ธิดาทิพย์ ชัยศรี. 2541:17; อ้างอิงมาจาก National Institutes of Health. 1997: 21) ยิ่งไปกว่านั้นหลายการศึกษาพบว่า การลดปริมาณโซเดียมลงในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์และมีผลกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการลดความดันลดการสูญเสียโปแตสเซียมในปัสสาวะ ลดการเกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต และป้องกันกระดูกพรุนและนิ่วในไต เนื่องจากการลดการขับถ่ายแคลเซียมผ่านไต (ธิดาทิพย์ ชัยศรี. 2541: 18; อ้างอิงมาจาก National Institutes of Health. 1997: 21) การจำกัดจำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับต่อวัน จึงอาจสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Kerr and Nichaman. 1986: 27-104) ฮุสตัน (Houston. 1986: 179-185) ได้กล่าวไว้ว่า การจำกัดเกล็ดเลือดเป็นการรักษาขั้นแรกที่ดีควรเลือกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปกติปริมาณเกล็ดเลือดที่ร่างกายต้องการต่อวันคือ 500 มิลลิกรัม ซึ่งเกล็ด 1

ช้อนชา จะให้ปริมาณโซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม และในอาหารตามธรรมชาติหลายประเภทก็มีโซเดียมเล็กน้อย ดังนั้นแม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลยร่างกายก็ได้รับโซเดียมเพียงพอแล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินที่ได้จากการปรุงรสอาหารออกไปจากร่างกายได้หมด ก็จะมีโซเดียมส่วนเกินค้างอยู่ในร่างกายเกิดน้ำคั่งตามมา มีอาการบวมและระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (อรวิทย์ โทธิ. 2537: 83) ดังนั้นจึงควรลดปริมาณโซเดียมปานกลางคือ ไม่ควรรับประทานเกิน 6 กรัม ของเกลือโซเดียมตลอดไปตลอดวัน

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เพราะสามารถต่อต้านผลของยาลดความดันและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคลมปัจจุบัน (National Institutes of Health, 1997: 21) สโต๊ค (Stoke. 1984: 759-762) และอรวิทย์ โทธิ. (2537: 88) กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไป อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับที่เอชชิมะและคนอื่นๆ (Ueshima and others. 1984: 585-592) ที่กล่าวสนับสนุนว่าถ้าดื่มสุรวันละ 25-55 กรัม จะมีผลทำให้ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรลดการดื่มต่อวันไม่เกิน 1 ออนซ์ (30 มิลลิลิตร) ส่วนในผู้หญิงและคนพอมควรดื่มไม่เกินวันละ 0.5 ออนซ์ (15 มิลลิลิตร) เพราะร่างกายผู้หญิงและคนพอมดูดซึมแอลกอฮอล์ได้ดีกว่าผู้ชาย ปริมาณแอลกอฮอล์นี้พบว่าไม่เพิ่มระดับความดันโลหิต และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยมาก (National Institutes of Health. 1997: 21)

2.4 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยให้สมรรถนะทางกายดีขึ้น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยลดระดับความดันโลหิต ลดน้ำหนักตัว และลดระดับไขมันในเลือด คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 (อรวิทย์ โทธิ. 2537: 87) การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องให้ได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปลอดภัยได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีดีขึ้น และจะทำให้พบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ เพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน (Brien and Malley. 1983: 66-67) จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอสามารถลดน้ำหนักและเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย ทั้งยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคของหลอดเลือดหัวใจ และสาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดได้ ระดับความดันโลหิตสามารถลดลงเนื่องจากการออกกำลังกายระดับปานกลาง คือ ประมาณ 30-45 นาที โดยการเดิน (National Institutes of Health. 1997: 21)

2.5 ความเครียด ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือด เพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธิก ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต

หนูเจริญกุล. 2536: 137) โดยเฉพาะความเครียดทางอารมณ์นั้น การจัดและผ่อนคลายความเครียด จึงสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (Griffin and Kee. 1986: 59-67) สิ่งที่จะก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ มีความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว เป็นต้น การลดความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือการทำสมาธิ ผ่อนคลายหัวใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถช่วยทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้เล็กน้อย แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และใช้ระยะเวลาานจึงจะได้ผล (อรวิทย์ โทธิ์. 2537: 88)

2.6 จำนวนโปแตสเซียมที่ร่างกายได้รับ การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงอาจจะป้องกัน หรือต่อต้านการเกิดความดันโลหิตสูง และคงไว้ซึ่งการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (National Institutes of Health. 1997: 22) ปริมาณที่แนะนำคือ 50-90 มิลลิออสโมลต่อวัน (mmol/day) โดยได้จากปลา ผลไม้ และผัก แต่ควรระวังในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไต หรือได้รับยาที่ยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) หรือกลุ่มที่ต้านแองจิโอเทนซิน ทุ รีเซพเตอร์ (Angiotensin II receptor blockers) (National Institutes of Health. 1997: 22)

2.7 จำนวนแคลเซียมที่ร่างกายได้รับ จากการศึกษาของแคลฟิฟอร์เนียและคนอื่นๆ (National Institutes of Health. 1997: 22) พบว่าการได้รับอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูง และการเพิ่มการบริโภคแคลเซียมมีผลลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงบางราย (National Institutes of Health. 1997: 22)

2.8 อธิปไตยอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งแม้จะยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง แต่พบว่านิโคตินในบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัว โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย และเส้นโลหิตในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังส่งผลให้การขยายลดความดันได้ผลไม่เต็มที่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงควรงดการสูบบุหรี่ (National Institutes of Health. 1997: 23; อรวิทย์ โทธิ์. 2537: 88) นอกจากบุหรี่แล้วการดื่มกาแฟอย่างมากคือมากกว่า 10 แก้วต่อวัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 137) เพราะคาเฟอีนมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตอย่างเฉียบพลัน (National Institutes of Health. 1997: 22) และจากการศึกษาของสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่ง ถึงเรื่องบริโภคนิสัยของประชาชนในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ระบุว่ากาแฟเพียงแก้วเดียวมีผลต่อระดับสารโคเลสเตอรอลในเลือด ซึ่งระดับสารโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจะมีผลต่อเนื่องกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เพราะเป็นเหตุให้ไขมันไปเกาะตามหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแคบลง ขณะเดียวกันก็ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเกิดกับหลอดเลือดหัวใจก็อาจทำให้เสียชีวิตเพราะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (อรวิทย์ โทธิ์. 2537: 90) อธิปไตยจากฐานทางเศรษฐกิจก็พบว่าการเกิดความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความคับข้องใจ

หรือความไม่พึงพอใจต่อฐานะความเป็นอยู่ เป็นต้น (Beare and Myer. 1990: 123) ส่วนบุคลิกภาพก็มีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้เช่นผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ คือ เสี่ยงดัง โกรธง่าย ชอบการแข่งขัน (WHO. 1983: 28) กริฟฟินและคี (Griffen and Kee. 1986: 60-63) กล่าวว่าปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขปรับเปลี่ยนได้คือ การบริโภคอาหารรสเค็ม ไขมันสูง ความอ้วน ความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขปรับเปลี่ยนไม่ได้คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว ดังนั้นโรคความดันโลหิตสูงจึงน่าจะควบคุมได้บางส่วน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Complication of essential hypertension)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่ทราบว่าเป็นโรคนี หรือขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยเป็นไปได้ยากและจะมีการทำลายอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย คือ

1. สมอง

แรงต้านทานในหลอดเลือดเมื่อเป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง และเกิดตุ่มโป่งพองเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้ตุ่มโป่งพองนี้แตก เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง หลอดเลือดแข็งเกิดการอุดตันได้ ซึ่งหลอดเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลอดเลือด และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองจะขยายตัว เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy) ทำให้เกิดอาการต่างๆ ของระบบประสาทกลางที่อาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตสูงให้ได้ภายในเวลารวดเร็วเป็นนาทีถึงชั่วโมง สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงทุกชนิดที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว (กรี เจริญลาภ. 2532: 274) และภาวะสมองพิการนี้มักเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมองเสียไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงแก่กรรมถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วที่ นอร์ตัน (Norton. 1995: 630) กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคสมองปัจจุบันถึง 7 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

2. หลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนา และแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก เกิดการอุดตัน เกิดลิ่มเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยง

อวัยวะอื่นๆ ได้ เช่น หัวใจ สมอง ไต และโรคที่พบได้มากคือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือด หรือ เส้นเลือดตีตันในสมอง ไตวายจากไตเสื่อมสภาพ เป็นต้น

3. หัวใจ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น พองตัวขึ้น ทำงานหนักเพื่อบีบไล่เลือด เนื่องจากสู่แรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้น กล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่ถ้าความดันโลหิตยังสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจก็ไม่สามารถจะขยายตัวให้เพียงพอกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนยานลง ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือเกิดภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงไหลกลับไปสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากขึ้น เกิดอาการบวมทั้งตัว และเกิดอาการหัวใจห้องล่างขวายในที่สุด (กวี เจริญลาภ. 2532: 276; Perry and Jessor. 1985: 169; Zanchetti. 1986: 73; Strate and others. 1986: 153)

4. ไต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรัง หรือมีความดันโลหิตสูงมาก จะมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่องทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญคือ การคั่งของของเสีย เช่น เครียตินินและสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่เป็นพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการคั่งของของเสียในระดับสูง เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง ทำให้ความดันโลหิตสูงที่อยู่แล้วกลับสูงมากขึ้นกว่าเดิม และทำให้การไหลเวียนของเลือดได้ผลน้อยลงด้วย จนอาจจะเกิดการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด

5. จอประสาทตา

หลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัวในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงถาวร หรือรุนแรง อาจทำให้หลอดเลือดแตกและอุดตัน มีเลือดซึมออก เป็นผลให้มีการทำลายประสาทตาให้เสื่อมสภาพ เกิดตามัว เลือดออกในลูกตาและจอประสาทตาทำให้ตาบอดได้ โดยการเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามลำดับขั้นตอนแบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สมชาย โลจายะ, 2536: 491)

Grade 1 การเปลี่ยนแปลงของเรตินามีน้อย ประกอบด้วยหลอดเลือดที่ตีบลงเล็กน้อย หรือมีหลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็ง (Sclerosis)

Grade 2 มีหลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็ง (Sclerosis) มากขึ้น มี Arterial light reflex กว้างขึ้น หลอดเลือดดำตรงที่หลอดเลือดแดงไหลผ่านจะถูกกด มีการหดตัวของหลอดเลือดแดงโดยทั่วไป หรือเป็นเฉพาะบางแห่ง กลุ่มนี้ระดับความดันโลหิตจะสูงกว่ากลุ่มแรกและการพยากรณ์โรคก็เลวกว่า

Grade 3 มีการบวมของจอประสาทตาเกิด Cotton-wool exudate และหย่อมเลือดออก หลอดเลือดในม่านตาจะหดตัว เกร็ง พวกนี้มักมีระดับความดันโลหิตสูงมากเป็นอยู่นาน

Grade 4 มีการเปลี่ยนแปลงเช่นใน Grade 3 แต่มี Papilledema ร่วมด้วย

แนวทางในการควบคุมความดันโลหิต

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การลดและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะเป้าหมาย (Target organ) อันได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และจอประสาทตาซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นการควบคุมด้วยยาและไม่ใช้ยา โดยผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิต (National Institutes of Health, 1997.) ทั้งนี้ต้องสะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และบุคคลสามารถปฏิบัติตามได้ (Kochar and Danicks. 1978: 61) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การควบคุมด้วยยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยาร่วมกัน เพราะในการรักษาโรคนี้ แท้จริงต้องมีการควบคุมการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องต้องร่วมด้วย เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนักตัว การพักผ่อน และลดความตึงเครียด เป็นต้น จึงจะสามารถทำให้การรักษาทางยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อนึ่งการรักษาโรคนี้จะต้องรักษาไปตลอดชีวิต บางคราวอาจหยุดการรักษาได้เป็นระยะๆ แต่ก็ต้องวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ จะถือเอาอาการเป็นเกณฑ์ไม่ได้ เพราะการแสดงอาการนั้นไม่แน่นอน หรืออาจไม่มีอาการแสดงอะไรเลย ดังนั้นการมีความเข้าใจในเรื่องการรักษาด้วยยา และการมีความรู้ การรับรู้ มีเจตคติที่ดีและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง จึงมีความสำคัญมากที่จะใช้เป็นแนวทางในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ โดยความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาล และที่สำคัญที่สุด คือ ตัวผู้ป่วย

1. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-style Modification) เป็นวิธีที่นิยมมากที่สุดในปัจจุบัน (National Institutes of Health. 1997: 29-33.)

1.1 การควบคุมน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมีแคลอรี และไขมันต่ำ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนจะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงระดับความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย (Nissinen and others. 1987: 139) หลักในการควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับคนไทยตารางมาตรฐานที่นิยมใช้คือของเจลลิฟฟ์ (Jelliff) และ ดร.จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้เสนอการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ว่าเป็นสัดส่วนระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงยกกำลังสอง (Brien and Malley. 1983: 51)

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ดัชนีมวลกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีมวลกายร้อยละ 20 ถือว่าเข้าขั้นอ้วน ดังนั้นผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่า 27.2 ในเพศชาย และร้อยละ 26.9 ในเพศหญิง ถือว่าเป็นคนอ้วนต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง โดยเฉพาะอาหารไขมัน ซึ่ง 1 กรัม จะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี จะต้องลดลงตามพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย อีกทั้งต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัวและระดับไขมันในเลือดสูงด้วย จากการศึกษาพบว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในคนอ้วนสูงกว่าปกติ 4.5 เท่า (อารี วัลยะเสวี และ คนอื่นๆ 2521: 159)

1.2 การปรับพฤติกรรมการบริโภค

อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน นม ไข่ ผัก ผลไม้ ข้าว และอาหารแปรรูปอื่นๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่อาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว เกลือ โซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Nissinen and others. 1987: 149) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารดังกล่าว (Houston. 1986: 179-185; Ueshima and others. 1984: 585) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังในเรื่องการกินอาหารจำกัดโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับที่จำกัดโซเดียมมากที่สุด เป็นเวลานานๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากกับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะมีการจำกัดโซเดียมก็ต้องงดเว้นสิ่งที่จะปรุงรสอาหารให้เค็ม และการรับประทานอาหารที่ปรุงรสเค็มไม่ได้ตามความพอใจนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความสุขในการกิน อาจไม่ยอมกินอาหาร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโภชนาการ และสุขภาพของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้นได้ แพทย์จึงมักกำหนดให้จำกัดในระดับที่ต่ำกว่าคนปกติเพียงเล็กน้อย

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและสิ่งอื่นๆ รวมทั้งหมด ปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมาก คือ 3-7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในของสารประกอบคลอไรด์ คือ “เกลือ” ดังนั้น ถ้าคำนวณจากปริมาณโซเดียมที่ได้รับให้เป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ ก็เท่ากับว่าคนปกติได้รับ “เกลือ” โซเดียมคลอไรด์ วันละประมาณ 7.5-17.5 กรัม

โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนใหญ่อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ คือ โซเดียมคลอไรด์ แต่ส่วนน้อยเป็นสารประกอบอื่นที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ฉะนั้น คนเราได้รับโซเดียมส่วนมากจากเกลือซึ่งมีรสเค็ม และส่วนน้อยจาก

สารประกอบอื่นๆ ของโซเดียมที่มีโซเดียมคลอไรด์ ซึ่งมีได้มีรสเค็มนั่นเอง นอกจากนั้นยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย

การจำกัดโซเดียม มีระดับการจำกัดแตกต่างกันหลายระดับ ตั้งแต่มีการจำกัดเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงระดับจำกัดมาก ที่นิยมปฏิบัติกันแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. จำกัดอย่างเบาที่สุด คือ ลดลงกว่าระดับที่คนปกติได้รับเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 2,500 มิลลิกรัม

2. จำกัดเพียงเล็กน้อย คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,500-2,000 มิลลิกรัม

3. จำกัดปานกลาง คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม

4. จำกัดอย่างมาก คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 500 มิลลิกรัม

5. จำกัดอย่างมากที่สุด คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 250 มิลลิกรัม

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอาหารโซเดียม อาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อขาดน้อยจะทำให้เกิดตะคริว และถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงประเภทอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก) รายละเอียดดังตาราง 2 และข้อสรุปในการปฏิบัติตนเมื่อจำกัดโซเดียมดังนี้

1. ไม่ใช้อาหารที่ทำเค็ม หรือดองเปรี้ยว รวมทั้งคองหวาน มาประกอบอาหาร ใช้แต่อาหารหลักที่มีได้ผ่านกรรมวิธีถนอมอาหาร โดยใช้เกลือหรือเติมเกลือ

2. ไม่ปรุงรสเค็มในขณะหุงต้ม หรือประกอบอาหารด้วยเกลือ หรือน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสเค็มอื่นๆ หรือซอสที่มีรสเค็มแฝงอยู่ด้วย หากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก และปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดน้อย

3. ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งอาหารจำกัดโซเดียม หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะปรุงหรือควบคุมการปรุงประกอบอาหารได้ จำเป็นต้องกินอาหารที่ปรุงมาแล้ว เช่น อาหารที่ปรุงขายควรกินอาหารที่ปรุงประกอบมาแล้วมีรส “อ่อนเค็ม” เท่านั้น ไม่กินอาหารที่ปรุงรสมากจนเค็มมาก เป็นอันตรายและในกรณีที่อาหารมีรส “อ่อนเค็ม” ก็ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสใดๆ ที่มีเกลือในขณะกินอีก

4. รับประทานอาหารหลัก เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ และไขมัน ในปริมาณที่แพทย์หรือนักกำหนดอาหารแนะนำ ในกรณีที่จำกัดระดับน้อยที่สุดรับประทานอาหารหลักได้มากเท่าที่ต้องการ

5. ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงแต่งด้วยวิธีการซับซ้อน และไม่รู้ว่ามิโซเดียมมากน้อยเท่าไร เช่น ขนมประเภทขนมปัง ลูกเกด เค้ก หรือรู้ว่ามิโซเดียมมาก เช่น น้ำแกงที่ใส่ผงชูรส ผักชีที่ต้มในน้ำใส่โซดาไบคาร์บอเนต เค้กที่ใส่ผงฟู ฯลฯ

6. หากน้ำบาดาลหรือน้ำประปากร่อย สงสัยว่าจะมีโซเดียมมากควรเก็บน้ำฝนไว้ดื่ม

7. ไม่รับประทานยาโดยแพทย์มิได้สั่ง และเมื่อเจ็บไข้ไปพบแพทย์ที่มีโซเดียม แพทย์รักษาประจำ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่าต้องจำกัดโซเดียม เพื่อแพทย์จะได้หลีกเลี่ยงยาที่มีโซเดียมมาก

ตาราง 2 เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
1. หมูข้าว ข้าวสวย ข้าวต้มเปล่า ข้าวเหนียวหนึ่ง เส้นก้วยเตี่ยว ขนมหิน มักกะโรนี สปาเกตตี้ วุ้นเส้น ข้าวโพดหนึ่ง ต้มหรือเผา ไม่ใส่เกลือ ข้าวโพดคั่ว ไม่ใส่เกลือ มันเทศหนึ่งหรือต้มหรือเผา มันเทศต้มน้ำตาล เผือก หนึ่งหรือต้มหรือต้มน้ำตาล ข้าวเม่าราง (รับประทานกับน้ำกะทิ และน้ำตาล	(ใส่เกลือ) ข้าวมัน ข้าวเหนียวหมูนกะทิ (ใส่เกลือ) ขนมหิง ปอนธรรมา (ใส่เกลือจึงมีโซเดียมมีใช้น้อย) เส้น บะหมี่ มีสัว แป้งก้วย บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กและ ข้าวต้มสำเร็จรูปชนิดแห้งบรรจุซอง ข้าวโพดต้ม ข้าวโพดที่ขายกันทั่วไป (ซุบน้ำเกลือ) ข้าวโพดคั่ว ที่ปรุงแต่งรส (เค็มหรือหวาน) ข้าวเม่าหมี ข้าวเม่า คลุก (พรมน้ำเกลือ) ข้าวโพดคั่วคลุกเนยชนิดใส่ เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง ข้าวเกรียบปลา และข้าว เกรียบชนิดอื่นๆ
2. หมูเนื้อสัตว์ (ที่มีได้ปรุงแต่งรส) เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น หมู เนื้อไก่ ปลา กุ้ง ปู หอย เนื้อ ปลาน้ำเค็ม ไข่เป็ด ไข่ไก่ ไข่่นกกระทา นม ถั่วเหลือง เต้าฮวย	ปู กุ้งและหอยน้ำเค็ม (ถ้ารับประทานต้องคำนวณ ปริมาณโซเดียม) และไม่กินชนิดที่เค็มจัด เช่น หอยแครง หอยแมลงภู่ เนื้อสัตว์ ทุกชนิดที่ใส่ เกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาแห้ง ปลาเค็ม กุ้งแห้ง ปู เค็ม หอยดอง (ใช้เกลือหรือน้ำปลา) หมูแฮม หมู เบคอน หมูแผ่น หมูหยอง หมูตั้ง กุนเชียงหมูยอ ไข่กรอกทุกชนิด ปลาร้า ปลาเจ่า กุ้งเจ่าส้มพริก ปลาส้ม อาหารเนื้อบรรจุกระป๋อง เช่น ปลากระ ป๋อง เนื้อกระป๋อง กุ้ง และปู บรรจุกระป๋อง ไข่ เค็ม เต้าหู้ เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว
3. หมูน้ำมัน นมสด นมผง นมข้นจืด ไอศกรีมชนิดไม่เค็มเกลือ ไม่เค็มโซเดียมแอลจินต	นมเค็มโกโก้ ช็อคโกแลต โอวัลติน หรืออื่นๆ ที่มี โกโก้ เนยแข็ง ไอศกรีมที่เค็มเกลือ เค็มโซเดียมแอลจินต (ทำให้ ไอศกรีมเนื้อละเอียด)

ตาราง 2 (ต่อ)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
4. หมูปัก ส่วนใหญ่มีโซเดียมน้อย เช่น ผักบุ้ง ผักกาด หอม มะเขือเทศ แตงกวา มะเขือเปราะ มะเขือยาว กระเจี๊ยบ ถั่วสด ดอกกระหล่ำ เห็ดสด ฯลฯ	ผักสดบางชนิดที่มีโซเดียมมาก เช่น หัวผักกาด สี แสด สีม่วงแดงและสีขาว (รวมทั้งใบด้วย) ผักดองทุกชนิด ทั้งดองเค็ม และดองเปรี้ยว ผักกระป๋องทุกชนิด (ใส่เกลือ) เช่น มะเขือเทศกระป๋อง และน้ำมะเขือเทศ ชนิดบรรจุกระป๋อง
5. หมูผลไม้ ผลไม้สดส่วนมากมีโซเดียมน้อย แพทย์จึงมักอนุญาตให้กินได้มาก หากว่าไม่จำกัดพลังงาน เช่น ส้ม กล้วย มะละกอ สับปะรด ผลไม้เชื่อมหรือดื่มน้ำตาล เช่น กล้วยเชื่อมหรือดื่มน้ำตาล เช่น กล้วยเชื่อม (ถ้าจะราดกะทิต้องไม่ใส่เกลือในกะทิ)	ผลไม้ที่นำไปปรุงแต่ง เช่น กล้วยฉาบ (ใส่เกลือเล็กน้อยเพื่อให้รสแหลม) กล้วยบวชชี (ใส่เกลือ) ผลไม้แช่อิ่ม (ที่เคล้ากับเกลือก่อน) ผลไม้ดอง (ดองกับเกลือก่อนจึงนำมาปรุงแต่งรสอื่น) ผลไม้แห้งบางชนิด โดยเฉพาะที่ส่งมาจากต่างประเทศ อาจมี Sodium sulphite ใส่มาด้วยเพื่อป้องกันมิให้มีสีคล้ำ)
6. ไขมัน น้ำมันพืชบริสุทธิ์ น้ำมันสัตว์บริสุทธิ์ เนยแท้และเนยเทียมชนิดไม่ใส่เกลือ กะทิ (มีโซเดียมบ้าง แต่ไม่มากนัก ต่างจากน้ำมันพืชซึ่งไม่มีโซเดียมเลย)	เนยแท้และเนยเทียมชนิดใส่เกลือ (ถ้ากินต้องคำนวณปริมาณโซเดียม) กะทิที่ใส่เกลือ
7. เบ็ดเตล็ด เครื่องปรุงรสที่ไม่ใส่เกลือเลย น้ำตาลทรายขาว (นับว่าไม่มีโซเดียม น้ำตาลทรายแดง มีโซเดียมมากพอใช้ ไม่ควรใช้มากนัก ใช้ผสมกับน้ำตาลทรายขาวเพื่อให้ได้กลิ่นรสที่แปลกออกไป) น้ำเชื่อมที่ทำเองจากน้ำตาลทรายขาว (ไม่ใส่เกลือ) น้ำผึ้ง น้ำส้มพริกดอง (มีแต่พริกกับน้ำส้มเท่านั้น) น้ำมะนาวกันสดๆ	เครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือทุกชนิด เกลือ น้ำปลา น้ำบูดู ซอสถั่ว ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ และซอสอื่นๆ มัสตาร์ดเหลือง (ชนิดเหลว) น้ำส้มพริกดองชนิดพริกดำ (ใส่เกลือด้วย) พริกป่นชนิดผสมเกลือด้วย น้ำเชื่อมบรรจุขวด (มีโซเดียมมากพอใช้)

ตาราง 2 (ต่อ)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
พริกป่น (ที่มีได้ผสมกับเกลือ) กาแฟและผงโกโก้ชนิดธรรมดา อาหารและขนมที่ทำจากวัตถุดิบที่มีโซเดียมน้อย และมีได้ใส่เกลือหรือและส่วนประกอบของโซเดียมอย่างอื่น ตัวอย่าง เช่น ข้าวเหนียวเปียก ข้าวโพด ลูกบัว ถั่ว ผัสดก มัน ข้าวต้มน้ำร้อน สาหร่ายเปียกใส่ข้าวโพดหรือลูกบัว หรืออื่นๆ แป้ง มันเปียกใส่ผัสดก ลูกบัว ถั่วเขียว (คือเต้าส่วน) ขนมเหล่านี้หยอดกะทิที่มีได้ใส่เกลือ แกงบวดทุกชนิด ขนมบัวลอย ขนมปลากริม ขนมขง ขนมเทียนใสหวาน	ผงโกโก้ชนิดละลายง่าย น้ำหวานบรรจุขวด น้ำอัดลม ชุปก้อน ชุปกระป๋อง ชุปผง ขนมที่ใส่เกลือด้วย เช่น ขนมที่หยอดกะทิที่ใส่เกลือ ตะโก้ทุกชนิด (ใส่เกลือไว้ในส่วนหน้าของตะโก้ ข้าวแขก ข้าวเหนียวกะทิ ขนมไข่เต่า ขนมครองแครง ขนมครก ทองม้วนเค็ม ข้าวตังสำเริงรูป ขนมแป้งจี๋ ขนมจาก กล้วยบัวขจี ขนมเทียนไส้ถั่ว (มีรสเค็ม) ขนมประเภทอบทุกชนิดที่ใส่ผงฟู เช่น เค้ก ลูกทึ่โดนัท รวมทั้งขนมอื่นๆ เช่น ขนมปังกรอบ ปลาทองโก้ ซาลาเปา

ที่มา : กวี เจริญลาภ 2526: 619-622

หมายเหตุ

1. นำนมเป็นอาหารที่มีโซเดียมมากพอใช้ แต่เป็นอาหารหลักที่มีประโยชน์มาก จึงควรจะจำกัดต่อเมื่อจำเป็น คือ เมื่อต้องกินอาหารจำกัดโซเดียมระดับ จำกัดมาก เท่านั้น
2. ผักสดถ้าต้มใส่น้ำมาก (ไม่ใส่เกลือ) และนาน ปริมาณโซเดียมในผักจะลดลงเล็กน้อย เพราะละลายออกมาในน้ำ

3. มะพร้าวชูด 1 ชีด (100 กรัม) มีโซเดียม 23 มิลลิกรัม กะทิชั้นปานกลาง 1 ถ้วยตวง คั้นจากมะพร้าว 200 กรัม ก็จะมีโซเดียมไม่เกิน 46 มิลลิกรัม ถ้าในการประกอบอาหารใช้กะทิชั้นปานกลาง 1 ถ้วยตวง ก็จะมีโซเดียม 23 มิลลิกรัม

4. ควรระวังน้ำที่นำมาใช้ประกอบอาหาร เช่น หุงข้าว ต้มแกง ถ้าน้ำนั้นมีโซเดียมมาก (อาจมีรสกร่อย) อาหารที่ทำย่อมมีโซเดียมมากไปด้วย

1.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คืออัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และยังช่วยลดกรดไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้การออกกำลังกาย ยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด แก่ร่างกายและจิตใจ (Greenland and Briody. 1984: 79) จึงน่าที่จะมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยแบ่งประเภทของการออกกำลังกายเป็น 2 ชนิด คือ การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) และแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) (Kochar and Danicks. 1978: 96-97)

1.3.1 การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกาย โดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อไม่คงที่ และความตึงตัวคงที่ ได้แก่ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ การถีบจักรยาน การเดินเร็วๆ การวิ่งเหยาะๆ มีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง กฤษฎา บานชื่น. (2528: 44-46) กล่าวว่า การออกกำลังกายชนิดนี้เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่น แขน ขา หลัง อย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลาง เป็นเวลานานพอสมควร เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เช่น การรำมวยจีน การกระโดดเชือก การแกว่งแขน และการเดินแอโรบิก เพื่อบริหารปอด หัวใจ และระบบหมุนเวียนเลือด

1.3.2 การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกาย โดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น การยกของมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การผลัก การดึง การจุก การแบกหาม การเข็น หรือการใช้แรงมากๆ กดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง

1.4 การหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และภาวะเครียด (Kochar and Danicks. 1978: 8) ซึ่งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้เป็นการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เกิดอันตราย โดยการปฏิบัติดังนี้

1.4.1 งดการสูบบุหรี่ แม้การสูบบุหรี่จะเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง แต่สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมเพเทติกให้หลั่งสารเอพิโคลามีน ซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำ

ให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต (Pudday and others. 1985: 483-493) หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด

1.4.2 การดื่มสุรา การดื่มสุรา (Ethanol) เล็กน้อย หรือดื่มสุราในระยะแรกๆ สารแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีผลให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวนมากหรือดื่มในเวลานานจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kannel and others. 1986: 820-825) เมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งการขับถ่ายกรดยูริกทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลายจากการศึกษาของ เอสชิมา และคนอื่นๆ (Ueshima and others. 1984: 585-592) พบว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้การออกซิเดชั่นของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง หรือแตก และระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในกรณีที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาโดยยา การดื่มสุราอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้ เมื่อเปรียบเทียบการลดสุราจาก 537 ซีซี เป็น 57 ซีซี อาจลดระดับความดันโลหิตได้ 6.9/4.0 มม.ปรอท (Pudley and others. 1989)

สรุปในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนหรือปานกลางควรเริ่มต้นการรักษาโดยวิถีการปรับพฤติกรรมประจำวัน (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1988; Report of the British Hypertension Society Working Party. 1989) ดังนี้

- ถ้าน้ำหนักตัวเกิน การลดน้ำหนักถือว่าเป็นวิธีแรก
- ปริมาณเกลือโซเดียม ควรไม่เกิน 2 กรัม หรือ 88 มิลลิโมลต่อวัน แต่ต้องระวังไม่ให้ลดปริมาณเกลือแคลเซียม

- ปริมาณโปแตสเซียมเพิ่มได้ ถือว่าเป็นประโยชน์ ซึ่งได้จากผลไม้ส่วนใหญ่
- ฝึกหัดให้รับประทานอาหารที่มีกากมาก และไขมันชนิดอิ่มตัวน้อยลง
- กาแฟอาจไม่ต้องจำกัด ยกเว้นผู้ที่ไวต่อสาร Caffeine
- ไม่สนับสนุนให้สูบบุหรี่ เพราะจะไปเสริมให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ
- ไม่ห้ามการดื่มสุรา แต่ไม่ควรเกินวันละ 1 ออนซ์ของ Ethanol
- แนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ

- การฝึก Relaxation therapy ชนิดใดชนิดหนึ่งมีประโยชน์ในการลดความดันโลหิต

เมื่อปรับพฤติกรรมประจำวัน 3-6 เดือน แล้วไม่ได้ผลจึงควรพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยา และยังคงให้ปฏิบัติตามมาตรการนี้ควบคู่ไปด้วย

2. มีการควบคุมด้วยยา

มีการศึกษาในต่างประเทศว่าการรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา สามารถลดอัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงสามารถใช้เป็นหลักเกณฑ์ต่างๆ และจะต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

คำจำกัดความ ความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง และสามารถจัดลำดับความรุนแรงของความดันโลหิตออกเป็นรุนแรงน้อย ปานกลาง และรุนแรงมาก ตามหลักเกณฑ์ของ WHO/ISH และของ JNC-V ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 คำจำกัดความของความดันโลหิตสูง ตามหลักเกณฑ์ของ WHO/ISH และของ JNC-V

WHO/ISH			JNC-V		
ความดันโลหิต	SBP	DBP	ความดันโลหิต	SBP	DBP
ปกติ	<140	<90	ปกติ	<130	<85
สูงน้อย	140-180	90-105	ปกติ (สูง)	130-139	85-89
	140-160	90-95	สูงน้อย	140-159	90-99
สูงปานกลางและรุนแรง	>180	>105	สูงปานกลาง	160-179	100-109
ตัวบนสูง	>140	>90	สูงรุนแรง	180-209	110-119
ก้ำกึ่ง	140-160	>90	รุนแรงมาก	≥ 210	≥ 120

ที่มา: แนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (2539: 149)

จากการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตยิ่งสูงมาก จะมีอันตรายมากขึ้นตามลำดับ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าจำเป็นต้องรักษาด้วยยาในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงปานกลาง และรุนแรงทุกราย สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อย อาจมีความเห็นต่างกันบ้างในแนวทางการรักษา เช่น WHO/ISH

ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีอยู่มากและจะเพิ่มอีกในอนาคต สามารถแบ่งยาออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ 7 กลุ่ม คือ

1. ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นยาที่ใช้มานานและได้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิต สามารถลดอัตราเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตได้ ราคาถูกสะดวกในการใช้ ใช้ได้ดีในผู้ป่วยสูงอายุ อาการข้างเคียงและผลเสียของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ระดับโพแทสเซียมต่ำ คลอเลสเตอรอลสูงขึ้น ระดับน้ำตาลสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลเสียในผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และมีรายงานว่า การใช้ Diuretic รักษาความดันโลหิตในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ควรให้ยาในขนาดต่ำ

2. ยากันเบต้า (Beta-blockers) ยาจะออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (Sympathetic inhibitor) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยอายุน้อย ระดับเรนินสูง ราคาถูก ได้ผลดีในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้

3. ยากันแอลฟา (Alpha - blockers) สามารถลดความดันโลหิต โดยลด Peripheral resistance ไม่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ผลเสียอาจทำให้เกิด Orthostatic hypotension และ impotence

4. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง (Centrally acting agents)

5. ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ยาขยายหลอดเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง

6. ยาด้าน เอซีอี (Angiotensin converting enzyme inhibitors: ACE Inhibitors) ใช้ได้ผลดีเป็นยากลุ่มใหม่ที่มีอาการข้างเคียงน้อย ขณะนี้ได้รับความนิยมมากขึ้น ราคาสูง อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ อาการไอ และระดับโพแทสเซียมสูง

7. ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลายมากขึ้น ราคาสูง อาจป้องกัน Atherosclerosis ได้ สามารถใช้รักษาหลอดเลือดหัวใจตีบ และใช้ในผู้ป่วยโรคไตได้

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ซึ่งถือเป็นขบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย

นอกจากนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2528: 378; สังวาล แก้วประเสริฐ. 2532: 17) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่างๆเกี่ยวกับการรับรู้และสรุปคุณลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) จึงกล่าวว่า มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกันแต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างหลายคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จรรยา สุวรรณทัต. (2527: 141) ได้สรุปความหมายและคุณลักษณะต่างๆไว้ว่าการรับรู้ หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่สมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล แล้วแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมิแรงผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์ เป็นเครื่องช่วยทำให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล หรืออาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้เหล่านั้น

กระบวนการรับรู้ (The Perception process) จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การสัมผัสหรืออาการสัมผัส คนเรารับรู้สิ่งเร้าโดยทาง หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง อวัยวะเหล่านี้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการรับสัมผัส แล้วส่งต่อไปเป็นประสบการณ์ทางสมอง เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อไป

2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้ากับการรับรู้ตามปกติ บุคคลมักเกิดการรับรู้ได้ โดยไม่ต้องสัมผัสกับสิ่งเร้าทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่อยมา จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะสัมผัสสิ่งเร้าเพียงบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ การจัดระเบียบของสิ่งเร้าทำให้มองเห็นภาพส่วนรวมได้ชัดเจน

3. การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้ มักดำเนินไปคู่กับการรับสัมผัสเสมอถ้าเราถูกเร้าด้วยสิ่งที่เคยพบเห็นมาก่อน เราก็มักแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว

4. ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ในการแปลความหมาย หรือตีความของความรู้สึกลึกจากการสัมผัสเพื่อให้เป็นการรับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมหรือความจัดเจนที่เคยมีมาแต่หนหลัง บางทีการขาดความรู้หรือประสบการณ์เดิมก็ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความจริงได้มาก ซึ่งจำเนียร ช่วงโชติ (2516: 34) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคลดังนี้

สิ่งเร้า ----- > การรับรู้ ----- > การตอบสนอง
(Stimulies) (Perception) (Response)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้ของบุคคล จะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ความสนใจ อายุ อาชีพ และความเกี่ยวข้องของสิ่งเร้ากับบุคคลนั้นเป็นสำคัญ หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคมของบุคคลนั่นเอง ซึ่ง จำเนียร ช่วงโชติ (2528: 150) ได้สรุปถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้เป็น 2 ประการคือ

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการหรือแรงขับคุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม
2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือคำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อๆ กันมา ทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลทำให้มีการรับรู้ต่อเรื่องราวเหตุการณ์และภาวะแวดล้อมต่างๆ แตกต่างกันไป

นอกจากปัจจัยสำคัญดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ อีก ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ปาก ลิ้น ผิวหนัง ฯลฯ ความสามารถของสมอง และประสาทสัมผัสที่จะรับเลือกจัดหมวดหมู่และตอบสนอง รวมทั้งลักษณะขนาดและชนิดของสิ่งเร้า กล่าวคือบุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว ถ้าสิ่งเร้านั้นมีความเข้มข้นมาก ขนาดของสิ่งเร้านั้นใหญ่มากและสะกดตา โดยเฉพาะสิ่งเร้าใหม่ๆ ที่เราไม่คุ้นเคย บุคคลจะใส่ใจและเกิดการรับรู้ หากพบว่า มีความแตกต่างของสิ่งเร้าเกิดขึ้น และหากสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำๆ และมีการเคลื่อนไหว บุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งเร้านั้นได้ดีและรวดเร็ว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคน หลีกเลียงไม่ได้ (Brunner and Suddarth, 1988: 6) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528: 374)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งซ่อนยาและคน

อื่นๆ (Sonja and others. 1981: 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพของคนนั้น ไม่ได้หมายความว่า ปราศจากโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา ดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยเขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ มักจะหมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน แต่อย่างไรก็ตามความหมายของคำว่าสุขภาพนั้นได้มีการกำหนดไว้ทั้งในความหมายเชิงทฤษฎี (Theoretical definition) และความหมายเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ดังเช่น องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอ เท่านั้น ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งต่างๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในด้านเพศสัมพันธ์ การมีอุดมโนทัศน์ในทางที่ดี มีความหวัง และแรงจูงใจ การมีความรู้ ความรับผิดชอบในบทบาทและความสำเร็จ ส่วนความเจ็บป่วย จะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่างๆ และการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Shortridge. 1980: 8) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากมาย และผู้ป่วยแต่ละคนจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ คำนิยาม “สุขภาพ” ของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้น เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละคน ให้สามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาแนวทางในการศึกษา เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้อย่างแท้จริง

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้นรายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพพอสรุปประเด็นสำคัญๆได้คือ ในปัจจุบันและส่วนใหญ่จะใช้เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้นโดย บรูกและคนอื่นๆ (Brook and others. 1979: 9-27) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมี ความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่ง หรือ ความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวล มากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคล นั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับ เหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมมีความพร้อมที่จะ เผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้นขึ้นอยู่กับ ความรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดเกี่ยวกับการ ให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้น อยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏเป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการ เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ ประเมินสุขภาพของเขาวางอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพใน อดีตได้ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้ เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคต จาก การคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากผู้อื่น จะส่งผลถึงความหวัง หรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการ สนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้มีความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพใน อนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ที่เลวร้าย ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพใน อนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance susceptibility to illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความเชื่อมั่นในแพทย์ หรือมีความเชื่อเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทัศนคติที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือมีโอกาที่จะเกิดการกลับซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็就会有ความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดได้ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่า อาจไม่มีความผิดปกติใดๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจ และให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจตระหนักถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้นจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรคแนวโน้มการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาที่มีการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษาที่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle. 1981: 11) พฤติกรรมของมนุษย์ เริ่มต้นตั้งแต่เมื่ออยู่ในครรภ์มารดา แล้วค่อยๆ พัฒนาตามการเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกายและวุฒิภาวะ เกิดเป็นพฤติกรรมทางความคิด ทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2527: 98) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทักษะ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืนการนั่ง การเดิน การขับรถ ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้นั้นๆ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึง คือ แฮริสและกลูเตน (Pender 1987: 38; citing Harris and Gluten 1979:17-29) ได้ให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ ส่วนก๊อทแมน (จินตนา ยูนิพันธุ์ 2532: 44-45 อ้างอิงมาจาก Gochman. 1988: 4) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ (Health related behavior) ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และพาแลงก์ (Palank. 1991: 816) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนั้นแฮริสและกลูเตน (Harris and Gluten. 1979: 6) ได้นิยามให้ความหมายคลุมไปถึง การรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวนคณต์ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรม 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหารทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมือ ฯลฯ

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดินการวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิมนาสติกปลา การพักผ่อนหย่อนใจ ในวันสุดสัปดาห์ การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดต่างๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจหาเชื้อไวรัส HIV การตรวจร่างกายเพื่อตรวจสอบสภาพของหัวใจ การเอกซเรย์ประจำปี และการไปนัดพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น แมคคานิก (Machanic. 1978) กล่าวถึง พฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำ และตัดสินใจที่จะหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งจะเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย จึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่างๆ นั้นหายไปได้เอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดของตัวผู้ป่วยเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender. 1978: 57) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner 1993: 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคลครอบครัวกลุ่มชน ชุมชน และสังคม

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล (Hayduck and other. 1993: 132; citing Pender. 1987) และรูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory) คือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 57) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยมีจุดประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 57-60) กล่าวถึง การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เช่น จากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ (Cognitive Perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors)

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้นี้นับว่าเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่า ปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้ (Pender. 1987: 60; Stuijbergen and Becker. 1994: 3)

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และเพนเดอร์ (Pender. 1987: 61) ยังกล่าวอีกว่า บทบาทของการให้คุณค่าของสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ยังต้องการการศึกษาต่อไป เพราะยังมีตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific values) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เพนเดอร์ (Pender. 1987: 61) ได้อธิบายถึงผลของการรับรู้การควบคุมสุขภาพว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า บุคคลที่รับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จ หรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) “สุขภาพ” ของบุคคลจะส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสุข (Self actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือการที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพของคนแตกต่างกัน จะมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health-Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ตนกระทำนั้น มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้นในขณะเดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง และส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors) สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นการคาดคะเนหรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลลบต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 58) ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือปัจจัยนี้มีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ปัจจัยปรับเปลี่ยนประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษาและรายได้ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) พบว่า ปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคล รวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ ล้วนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

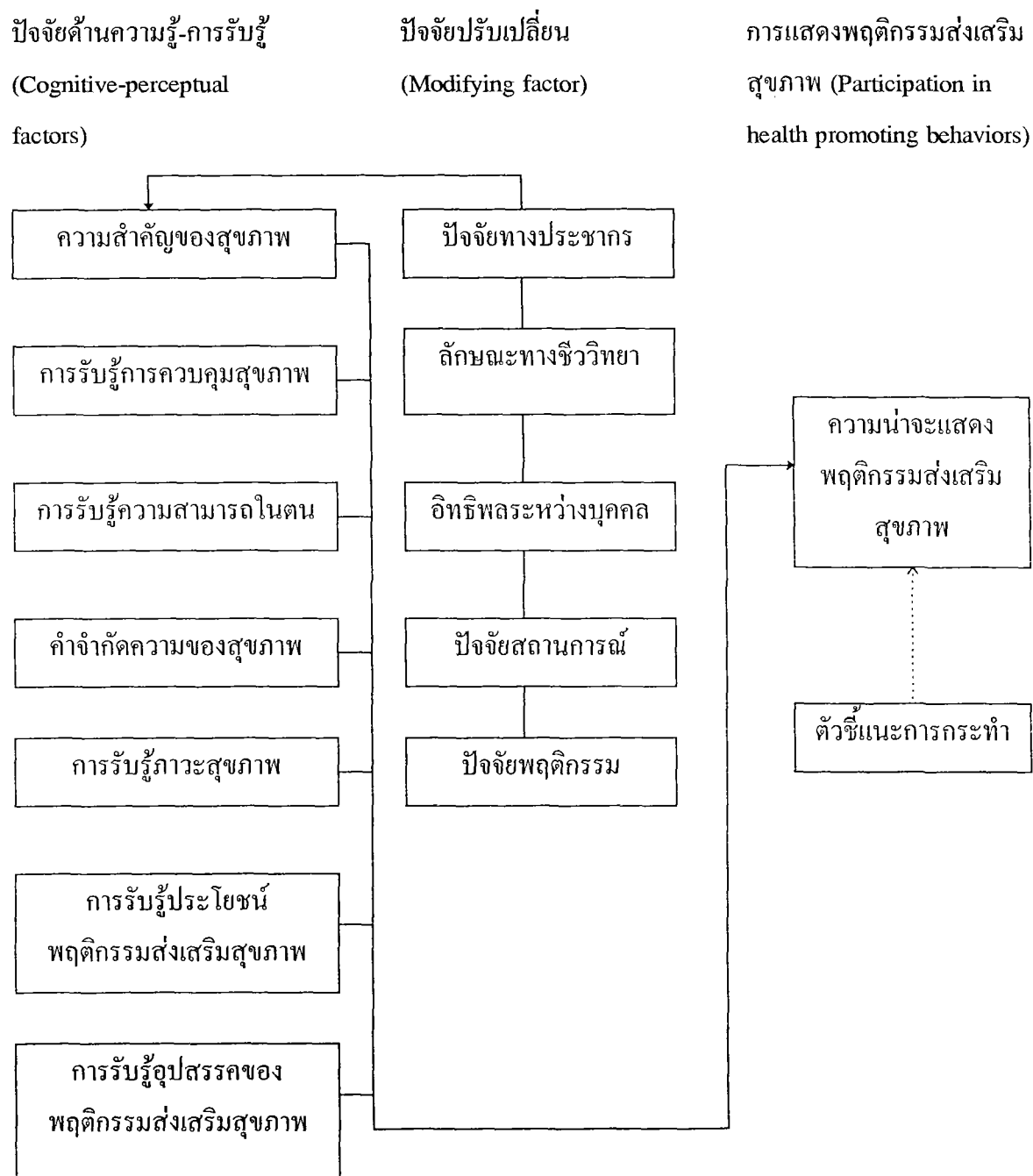
2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้นโดยทางเลือกยิ่งมีมากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น ดังเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่คลอโรสเตอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจจะต้องการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสบการณ์ของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญามีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการ โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้ จากประสบการณ์เดิมทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั่นคือความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action)

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 68-69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย (Feeling good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกายเป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียดและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล เปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่จะผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยนและตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ (Pender. 1987: 58) ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender. 1987: 58) ซึ่งแสดงได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

ที่มา : Pender. 1987: 58

จากภาพประกอบ 2 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ด้าน ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีอิทธิพล (ความสัมพันธ์) โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factors) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อย ดังกล่าวแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดของหัวใจ สมอง ไต และตา ซึ่งควรคำนึงถึงปัจจัยปรับเปลี่ยน หรือปัจจัยพื้นฐาน ที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อย ดังกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987: 58) ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987: 76) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health-protecting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกัน หรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอิ่มเอมใจนั้น สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles) ดังนั้น เพนเดอร์ (Pender. 1987: 135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมากและสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment : LHHA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางลบ 10 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in self care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือหรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหาร และในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึงการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนอื่นในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ขณะนั่งหรือยืน

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับ รวมไปถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความสุขสบาย และทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพที่ดีตามมาในที่สุด

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับ อากาศเป็นพิษ สารพิษ การดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่างๆ กับสุขภาพ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่ใช้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย จากบุคลากรที่มีสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นั้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้นี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพล

ทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้รับความสนใจมากขึ้นจากบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการทำการกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (Stuifbergen and Becker. 1994: 3) ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ประสบปัญหาต่างๆ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยจัดปัญหาต่างๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุก และมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคลเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะเจ็บป่วย นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลกระทบกับบุคคลมากที่สุด การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง จะมีผลทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่พอใจกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด ดังรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factors) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมักจะคิดว่าตนสบายดีทำให้ละเลยเพิกเฉยต่อการปฏิบัติตนและแผนการรักษา รู้สึกกับข้อจำกัดกิจกรรม ในทางตรงกันข้ามหากมีอาการแทรกซ้อนและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อร่างกาย และจิตใจของตนอย่างรุนแรงเกินความเป็นจริง จะเกิดความเศร้าโศกและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และถ้าผู้ป่วยรับรู้ต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริง ตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเอง เห็นประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตนตามแผนการรักษาถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่ามีความลำบาก อุปสรรคขัดขวางอยู่บ้าง ผู้ป่วยก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยไม่ยุ่งยากลำบาก โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผน ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ ถือว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอีกด้วย (Pender. 1987: 64) กล่าวคือการรับรู้ภาวะสุขภาพทาง

ลบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียดวิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไปก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้สภาวะสุขภาพในทางบวก ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสมเกิดแรงกระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาและการปฏิบัติกิจกรรม สุขภาพที่ดีทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคล ยังมีความเกี่ยวข้องกับความถี่ และความจริงจังและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย (Pender. 1987: 64)

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่การรับรู้สภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยนโดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเอาใจใส่และมีความริเริ่ม คงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานนั้นมีความสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานบางตัว เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมาศึกษา ดังนี้

1. อายุ

อายุ ต่อพฤติกรรมสุขภาพมีการศึกษาหลายคน บางกลุ่มพบว่า มีผล และบางกลุ่มพบว่าไม่มีผล

2. เพศ

พฤติกรรมสุขภาพในบางอย่าง จะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้พฤติกรรมทั้งสองเพศมีความแตกต่างกัน

3. อาชีพ

ลักษณะอาชีพเป็นตัวเสริมแรง ที่มีผลเพิ่มความเครียดทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

4. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่บุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องได้ดีกว่าบุคคลที่มี

ระดับการศึกษาต่ำ โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Marino and Kooser. 1981: 56) ประสบการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นย่อมรบกวนภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น ซึ่งมักจะต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ฉะนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีผลดีต่อภาวะสุขภาพต้องกระทำอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จึงจะดำรงและส่งเสริมภาวะสุขภาพได้ ดังนั้นปัจจัยที่ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการบริการ เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

งานวิจัยในประเทศ

เคิร์ชท และโรเซนสตอค (Kircht and Rosenstock. 1977) ศึกษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับประธานยาตามแพทย์สั่งโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติการป่วยมากกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรค และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์กับการรับประธานยาตามแพทย์สั่ง และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการรับประธานยาตามแพทย์สั่ง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคกับการปฏิบัติในการควบคุมอาหาร มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เฮอร์เชย์ และคนอื่นๆ (Hershey and others. 1980: 1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพและรายงานการรับประทานยาจากผู้ป่วยเอง ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงการควบคุมโรค ปัจจัยด้านผู้ให้การรักษาพยาบาล การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ ระยะเวลาในการรักษา และประสบการณ์ต่างๆ มีความสัมพันธ์กับการร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความร่วมมือในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ถึงการควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคต่างๆ และระยะเวลาในการรักษา เป็นตัวทำนายความร่วมมือในการรักษา

มาริโน และคูเซอร์ (Marino and Kooser. 1981: 56) ได้ศึกษาและพบว่าประสบการณ์ในทางลบ ที่เกิดขึ้นย่อมรบกวนภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความสนใจในความปลอดภัยของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น ซึ่งมักจะต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาและปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender. 1982: 161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี และมีรายได้สูงขึ้น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ที่สูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ที่จะแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

ไอเซน (Eisen. 1985: 185-210) ได้ศึกษาโดยการทดลองจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเน้นการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงที่ตนหรือคู่่นอน จะตั้งครรภ์ การรับรู้ผลเสียหรือความรุนแรงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ออยู่ในระยะวัยรุ่นตอนต้น ประโยชน์ที่จะได้รับจากการไม่มีเพศสัมพันธ์หรือการใช้วิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์มากขึ้น โดยวัยรุ่น 2 ใน 3 ยังคงไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เหมือนเดิม และความสม่ำเสมอของการใช้วิธีการคุมกำเนิด ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 50 ซึ่งไอเซน และคนอื่นๆ ได้เสนอว่าปัญหาการไม่ใช้บริการคุมกำเนิดมิใช่เกิดจากความไม่รู้ถึงวิธีการคุมกำเนิด แต่สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้คุมกำเนิดคือ การเข้าไม่ถึงบริการ การประเมินว่าเมื่อใช้วิธีการคุมกำเนิดแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหยาบประเภทกับการไม่รู้เกี่ยวกับอัตราเสี่ยงของตนในการตั้งครรภ์ และการประเมินค่าใช้จ่ายของการใช้วิธีคุมกำเนิดสูงกว่าความเป็นจริง ไอเซนจึงทดลองจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาที่เป็นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แทนการมุ่งให้เฉพาะความรู้เรื่องการคุมกำเนิดซึ่งผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาสามารถเพิ่มการรับรู้และการปฏิบัติในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้น

นิสซึเนน (Nissinen and others. 1987: 129-135) ได้ศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 65-74 ปี ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมไม่ดีต่อสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 64) ได้ศึกษาและพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าความกังวลมีมากเกินไป จะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

มูห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp and Broeman. 1988: 543, 637-646) ได้ศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนและการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด ส่วนอายุมีผลทางอ้อมเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ยาคิชกิ และมาฮอน (Yarchiski and Mahon. 1989: 89) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า มักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง จึงเป็นผลให้ไม่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเท่าใดนัก

บาร์เนตต์ (Barnett. 1989: 179) ได้ศึกษาพบว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น เป็นผลมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แคมป์เบลล์ ฟอรัซิท (Campbell Forsyth. 1990: 75) ได้ศึกษาการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน

พาแลงก์ (Palank. 1991: 823) ได้ศึกษาและพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และวิธีผ่อนคลายดีกว่าเพศชาย

อเล็กซี (Alexy. 1989: 179) ได้ศึกษาและพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มการงาน มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ

วูด (Wood. 1991: 135) ได้ศึกษาเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 150 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการควบคุม และจัดการกับน้ำหนักส่วนเกิน

สตีฟเฟอเจนและเบกเกอร์ (Strifbergen and Becker. 1994: 3-13) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ทุพพลภาพมีความพิการด้านร่างกาย จำนวน 117 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในหมวดของการตระหนักในคุณค่าของตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

งานวิจัยในประเทศ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527: 182) ได้ศึกษาและพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการชักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า

จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528: ก) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพ มีที่อยู่แน่นอน ไม่ต้องไปต่างจังหวัด จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ส่วนผู้ป่วยที่มีที่อยู่แน่นอน แต่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี

เยาวลักษณ์ มหลิทธิวัฒน์ (2529: 96) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง

เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล (2531: 31) ได้ศึกษาการปรับตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่ว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดสั้น นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคสั้น

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531: 47) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตัน ผลการศึกษาพบว่า อายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน

นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532: 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 161 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัย

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2532: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลการใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 241 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

สิริอร พัวศิริ (2533: ก-ข) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

จิรประภา ภาวิไล (2535: 97) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

อังคณา นวลยง (2535: ข) ได้ศึกษาและพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับความเครียด วิดกกังวล และถ้าความวิตกกังวลมีมากเกินไป จะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ส่วนผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536: 52) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังไม่เข้าใจเรื่องการกินยา เพราะคิดว่าเฉพาะเมื่อมีอาการ เมื่อสบายดีก็จะเลิกหรือเมื่อมีอาการมากก็จะเพิ่มยาเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง ผู้หญิงส่วนใหญ่อยากจนด้อยการศึกษา มีโอกาสที่จะแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ ก่อนข้างน้อย การที่จะชักถามบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกเกรงใจมาก เพราะทราบว่าเจ้าหน้าที่เหล่านี้มีเวลาจำกัด

สมจิต หนูเจริญกุล (2536: 137) ได้ศึกษาและพบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาชีพที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคาม เช่น นักธุรกิจ นักบิน มีโอกาสเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงได้

เกษม เล่งเวลาสถิติ และจรรยา สันตยากร (2537: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาย้อนหลังเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมกับภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 150 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 50 คน และเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ 100 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ตอบแบบสอบถาม การศึกษาจากบันทึกการตรวจโรคของแพทย์ การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ น้ำหนัก การประคบประหงมไม่สบายใจ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การลิ้มรับประทานยา แม้ว่าปัจจัยอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ เช่น การจำกัดอาหารเค็ม การออกกำลังกาย แต่ก็ยังเป็นปัจจัยที่ควรเน้นในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

เพ็ญศรี เกิดนาค (2537: 111-126) ได้ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่าประชาชนที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

พรทิพา ศุภราศรี (2538: ข) ได้ศึกษาผู้ป่วย 150 ราย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า เพศชาย และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี มีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

อรอนงค์ สัมปัญญา (2539: ค) ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล 3 แห่ง ของ จังหวัดลพบุรี จำนวน 245 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี เป็นผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539: ข) ได้ศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ในความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าความคาดหวังในความสามารถของตน ความตั้งใจมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามความคาดหวังในประสิทธิผล อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง

ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541: ง) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, ดากสิน และศิริราช จำนวน 160 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระยะที่เป็นโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

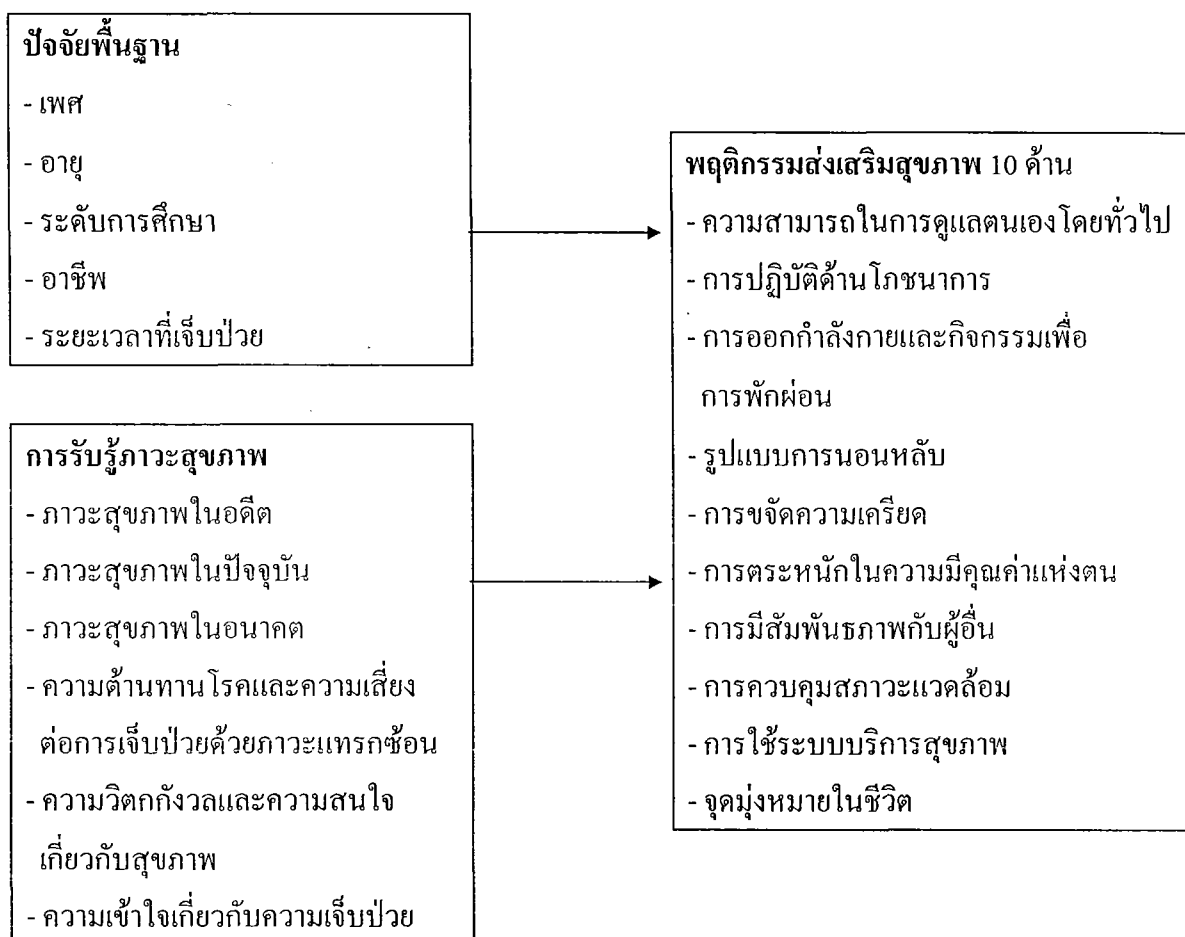
กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 58) ซึ่งกล่าวไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน ดังนี้คือ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้านนี้

เกิดจากอิทธิพลของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และสามารถประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทั่วไปของบุคคลและคนอื่นๆ มี 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความต้านทานโรค และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อน ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ 6 ด้านนี้ ถ้าเป็นไปในทางที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ในเรื่องการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 3 แสดงกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ที่มา: อรอนงค์ สัมพันธุ์. 2539: 45 อ้างอิงมาจาก Pender 1987: 58

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มที่ประกอบอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

บทที่ 8

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคลที่มีความแตกต่างในด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ดึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 2,489 ราย (สถิติเวชระเบียน ปี พ.ศ.2541)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ในวันจันทร์และวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ดึกสยามินทร์ในวันจันทร์, วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-20.00 น. โรงพยาบาลศิริราช

โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้สูตร ยามาเน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2534: 27; อ้างอิงมาจาก Yamane. 1970: 580) โดยกำหนดให้มีความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 350 ราย

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทนประชากร

e แทนความคลาดเคลื่อน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาใช้บริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ตึกสยามินทร์ โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงเวลาที่ศึกษาจนครบจำนวน 350 คน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เลือกผู้ช่วยสัมภาษณ์เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคนละ 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลของการศึกษารุ่นนี้ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคนอื่นๆ (Brook. and other. 1979) และแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541: 109-110) ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน รวมทั้งหมดมีจำนวน 25 ข้อดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต มี 5 ข้อ คือ ข้อ 1-5 ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวก มี 4 ข้อ คือ ข้อ 1-4 ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 5

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มี 3 ข้อ คือ ข้อ 6-8 เป็นข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวกทั้งหมด

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต มี 5 ข้อ คือ ข้อ 9-13 เป็นข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวกทั้งหมด

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อน มี 4 ข้อ คือ ข้อ 14-17 เป็นข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวกทั้งหมด

5. ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ มี 4 ข้อ คือ ข้อ 18-21 ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางบวก มี 3 ข้อ คือ ข้อ 18-20 ข้อความที่แสดงการรับรู้ทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 21

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 138-143) และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของริดาทิพย์ ชัยศรี (2541: 105-107) ประกอบด้วยคำถาม 10 ด้าน รวมทั้งหมดมีจำนวน 48 ข้อ คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป 8 ข้อ คือ ข้อ 1-8 ข้อความที่แสดงในทางบวก มี 7 ข้อ คือ ข้อ 1-5, ข้อ 7-8 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 6

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ 10 ข้อ คือ ข้อ 9-18 ข้อความที่แสดงในทางบวก มี 3 ข้อ คือ ข้อ 9, ข้อ 12, ข้อ 15 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 7 ข้อ คือ ข้อ 10-11, ข้อ 13-14, ข้อ 16-18

3. การออกกำลังกายและการพักผ่อน 6 ข้อ คือ ข้อ 19-24 ข้อความที่แสดงในทางบวก มี 5 ข้อ คือ ข้อ 19-21, ข้อ 23-24 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 22

4. รูปแบบการนอนหลับ 3 ข้อ คือ ข้อ 25-27 ข้อความที่แสดงในทางบวก มี 2 ข้อ คือ ข้อ 25-26 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 27

5. การจัดการความเครียด 5 ข้อ คือ ข้อ 28-32 ข้อความที่แสดงในทางบวก มี 3 ข้อ คือ ข้อ 29, 31-32 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 2 ข้อ คือ ข้อ 28, ข้อ 30

6. การตระหนักในควมมีคุณค่าแห่งตน 3 ข้อ คือ ข้อ 33-35 เป็นข้อความที่แสดงในทางบวกทั้งหมด

7. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 3 ข้อ คือ ข้อ 36-38 เป็นข้อความที่แสดงในทางบวกทั้งหมด

8. การควบคุมสภาวะแวดล้อม 2 ข้อ คือ ข้อ 39-40 เป็นข้อความที่แสดงในทางบวกทั้งหมด

9. การใช้ระบบบริการสุขภาพ 3 ข้อ คือ ข้อ 41-43 เป็นข้อความที่แสดงในทางบวก 2 ข้อ คือ ข้อ 41 และข้อ 43 ข้อความที่แสดงในทางลบ มี 1 ข้อ คือ ข้อ 42

10. จุดมุ่งหมายในชีวิต 5 ข้อ คือ ข้อ 44-48 เป็นข้อความที่แสดงในทางบวกทั้งหมด

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 อันดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบสัมภาษณ์วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จไปให้กรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ตรวจสอบแล้วพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ข้อเสนอแนะต่างๆแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจอีกครั้ง
6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปหาคุณภาพเครื่องมือ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 มีข้อความที่มีความหมายทางบวกและทางลบ สำหรับคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 อันดับ ดังนี้

1.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

1.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ประเมินการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ (ดัดแปลงมาจากหลักเกณฑ์ประเมินของ วิเชียร เกตุสิงห์. 2534)

ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง การรับรู้อยู่ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ระดับต่ำ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 มีข้อความที่มีความหมายทางบวกและทางลบ สำหรับคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 3 อันดับ ดังนี้

2.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก ถ้าตอบว่า

ปฏิบัติประจำ ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

2.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า

ปฏิบัติประจำ ให้ 0 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 2 คะแนน

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ (ดัดแปลงมาจากหลักเกณฑ์ประเมินของวิเชียร เกตุสิงห์. 2534)

ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 30 ข้อ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 50 ข้อ ไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ตรวจแก้ไขและได้ตัดออก เหลือแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ 25 ข้อ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 48 ข้อ

2. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ตรวจสอบแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความถูกต้อง ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อ (Validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ถือว่าเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งมาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ช่วงเวลา 07.00-12.00 น. ทุกวัน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 50 คน

4. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้ภาวะสุขภาพ 0.635 และค่าความเชื่อมั่นทางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 0.784

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึง คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยสัมภาษณ์นำแบบสัมภาษณ์ ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ในวันจันทร์ และวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น. และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ดึกสยามินทร์ วันจันทร์ วันพุธ และวันพฤหัสบดี เวลา 17.00-20.00 น. โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2543 ถึง 15 มีนาคม 2543

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical package for the Social Sciences) มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. คิดอัตราร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคะแนนการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ตามรายข้อ รายด้าน และโดยรวม
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่าที่ t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 6
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยการ

ทดสอบค่า F (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, ข้อ 3, ข้อ 4 และข้อ 5 เมื่อพบว่ามีความสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้ของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 หาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 138)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมด
 n แทน จำนวนของประชากรในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 143)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถตรวจสอบและวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้

2.1.1 หาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหา โดยแต่ละท่านพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2538: 117)

+1 เมื่อแน่ใจข้อคำถามนั้นว่ามีความสอดคล้องตามจุดประสงค์

0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

-1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการ

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ
จุดประสงค์ที่ต้องการ

ΣR แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 125-126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\Sigma S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อ

S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนรวมทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อ 2-5 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541: 236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
 MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean square)
 ระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean square)
 ภายในกลุ่ม

ถ้าผลการทดสอบค่าเอฟ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธี นิวแมน-คูลต์ (Newman - Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 251-252)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-statistics ที่ได้จากตาราง
 MS_w แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม
 n แทน จำนวนคะแนนแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$n = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_K}}$$

เมื่อ K แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $n_1, n_2, \dots, n_K$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k
 ตามลำดับ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรสถิติที (t-test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 6 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 164-170)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

โดยที่

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
$\bar{x}_1$ และ $\bar{x}_2$		แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
s_1^2 และ s_2^2		แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
n_1 และ n_2		แทน	จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
df		แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และการแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ t-distribution

F แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ F-Distribution

p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)

df แทน จำนวนชั้นความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)

SS แทน ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Squares)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Squares)

r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมเอสพีเอสเอส/พีซี (SPSS/PC+: Statistical Package for the Social Science/Personal Computer Plus) การวิเคราะห์ แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน และโดยรวม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ข้อ 6 และข้อ 6

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยใช้การทดสอบค่า F (F -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2-5 เมื่อพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls)

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ณ โรงพยาบาลศิริราช โดยแจกแจงความถี่และคิดอัตราเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	139	39.71
หญิง	211	60.29
รวม	350	100.00
อายุ(ปี)		
น้อยกว่า 35	3	0.86
35 – 60	183	52.28
มากกว่า 60	164	46.86
รวม	350	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	2.29
ประถมศึกษา	148	42.28
มัธยมศึกษา	79	22.57
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	38	10.86
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	77	22.00
รวม	350	100.00
อาชีพ		
รับราชการ	41	11.71
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	41	11.71
ลูกจ้างบริษัท	52	14.86
ค้าขาย	30	8.57
เกษตรกร	35	10.00
แม่บ้าน	98	28.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	15.15
รวม	350	100.00
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ต่ำกว่า 5 ปี	95	27.14
5 – 10 ปี	154	44.00
10 ปีขึ้นไป	101	28.86
รวม	350	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่โรงพยาบาลศิริราช ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.29 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 39.71

อายุ ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.28 รองลงมาคือ อายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 46.86 สำหรับผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีเพียงร้อยละ 0.86

ระดับการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.28 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.57 สำหรับระดับการศึกษาของผู้ป่วยที่มีจำนวนน้อยสุดคือ ต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.29

อาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 28.00 อาชีพรองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 15.15 สำหรับอาชีพที่มีจำนวนน้อยสุดคือ ก้าขาย คิดเป็นร้อยละ 8.57

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ส่วนใหญ่เวลา 5-10 ปีคิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.86 ส่วนที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.14

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ร้อยละค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตามรายด้านและโดยรวม

ตาราง 5 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	225	64.29
ปานกลาง	125	35.71
รวม	350	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 64.29 และส่วนน้อยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.71 โดยไม่พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

ตาราง 6 คะแนนค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 350)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. ความสามารถในการดูแลตนเองฯ	1.55	0.22	ดี
2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ	1.10	0.29	ปานกลาง
3. การออกกำลังกายและการพักผ่อน	1.24	0.25	ปานกลาง
4. รูปแบบการนอนหลับ	1.52	0.35	ดี
5. การจัดการความเครียด	1.43	0.36	ดี
6. การตระหนักในควมมีคุณค่าแห่งตน	1.59	0.40	ดี
7. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	1.00	0.43	ปานกลาง
8. การควบคุมสภาวะแวดล้อม	1.60	0.46	ดี
9. การใช้ระบบบริการสุขภาพ	1.46	0.41	ดี
10. จุดมุ่งหมายในชีวิต	1.73	0.31	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	1.39	0.17	ดี

จากตาราง 6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 7 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1.81	0.40	ดี
2. ท่านรับประทานยารักษาความดันอย่างสม่ำเสมอ	1.97	0.16	ดี
3. ท่านมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดทุกครั้ง	1.76	0.42	ดี
4. ท่านอ่านหนังสือ/คำแนะนำการปฏิบัติตัว	0.88	0.70	ปานกลาง
5. ท่านปรึกษาแพทย์/พยาบาลเรื่องการปฏิบัติตัว	1.09	0.63	ปานกลาง
6. ท่านลดหรือเพิ่มขนาดของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง	1.97	0.27	ดี
7. ภายหลังการตรวจของแพทย์ ท่านสอบถามถึงผลการตรวจ	1.32	0.48	ปานกลาง
8. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันท้องผูก	1.67	0.50	ดี
รวม	1.55	0.22	ดี
ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ			
9. ท่านรับประทานอาหารในแต่ละวันได้ครบทั้ง 5 หมู่ และหมุนเวียนอาหารที่รับประทาน	1.27	0.58	ปานกลาง
10. ท่านเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร	0.78	0.63	ปานกลาง
11. ท่านใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร	0.63	0.82	ต่ำ
12. ท่านรับประทานผลไม้ต่างๆ	1.36	0.50	ดี
13. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู แกงกะทิ อาหารทอดน้ำมัน	0.66	0.47	ต่ำ

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
14. ท่านรับประทานพวกของหวาน	0.80	0.41	ปานกลาง
15. ท่านรับประทานผักทุกชนิด	1.55	0.62	ดี
16. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์มากกว่า 60 มล./วัน	1.78	0.48	ดี
17. ท่านสูบบุหรี่	1.47	0.84	ดี
18. ท่านดื่มชาหรือกาแฟ	0.73	0.69	ปานกลาง
รวม	1.10	0.29	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน			
19. ท่านใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ทำสวน	1.61	0.58	ดี
20. ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเดินเร็ว นาน 15-20 นาที/ครั้ง	0.64	0.63	ต่ำ
21. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์	0.64	0.66	ต่ำ
22. ท่านทำงานหนักที่ต้องออกแรงยก ดึง หรือค้นวัตถุ สิ่งของต่างๆ	1.18	0.69	ปานกลาง
23. เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด ท่านนอนพักทันที	1.71	0.46	ดี
24. ท่านฟังและลุกขึ้นยืนช้าๆอย่างระมัดระวัง	1.68	0.47	ดี
รวม	1.24	0.25	ปานกลาง
ด้านรูปแบบการนอนหลับ			
25. ท่านนอนหลับสนิทได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน	1.68	0.51	ดี
26. ท่านนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน 1-2 ชม./วัน	1.18	0.63	ปานกลาง
27. ท่านรับประทานยานอนหลับก่อนนอน	1.70	0.48	ดี
รวม	1.52	0.35	ดี
ด้านการจัดการความเครียด			
28. ท่านพยายามลืมปัญหาต่างๆที่เกิดโดยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา	1.63	0.42	ดี
29. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านพยายามแก้ปัญหาอย่างมีสติ	1.47	0.59	ดี
30. ท่านแสดงอารมณ์โกรธรุนแรงเมื่อเครียด	1.15	0.64	ปานกลาง

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
31. เมื่อท่านมีความเครียดท่านใช้วิธีคลายเครียด เช่น ทำสมาธิ หายใจด้วยกระบ้งลม ทำงานอดิเรก ฟังเพลงดูทีวี	1.70	0.49	ดี
32. ท่านปรึกษาหารือกับคนที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมีความทุกข์	1.19	0.56	ปานกลาง
รวม	1.43	0.36	ดี
ด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน			
33. ท่านเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	1.71	0.46	ดี
34. ท่านทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว เช่น ช่วย ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ดูแลบุตรหลาน	1.70	0.52	ดี
35. ท่านทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น เป็นกรรมการ ทำงานสาธารณประโยชน์	1.10	0.69	ปานกลาง
รวม	1.59	0.40	ดี
ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น			
36. ท่านมีการติดต่อกับญาติมิตรตลอดเวลา	1.34	0.62	ดี
37. ท่านรู้จักและติดต่อกับผู้ป่วยอื่นๆที่เป็นโรคเดียวกัน	0.56	0.66	ต่ำ
38. ท่านพูดคุยในเรื่องต่างๆ ไปกับแพทย์/พยาบาล	1.11	0.62	ปานกลาง
รวม	1.00	0.43	ปานกลาง
ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม			
39. ท่านจัดบ้านได้น่าอยู่และสะอาด	1.62	0.49	ดี
40. ท่านจัดที่อยู่อาศัยของท่านให้มีความปลอดภัย	1.59	0.52	ดี
รวม	1.60	0.46	ดี
การใช้ระบบบริการสุขภาพ			
41. ท่านสอบถามแพทย์/พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย	1.29	0.66	ปานกลาง
42. ท่านซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงตามที่แพทย์เคยสั่ง มารับประทานเอง	1.56	0.68	ดี
43. ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ	1.54	0.51	ดี
รวม	1.46	0.41	ดี

ตาราง 7 (ต่อ)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	X	S	ระดับ
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต			
44. ท่านหวังว่าจะดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ	1.95	0.28	ดี
45. ท่านหวังว่าจะทำหน้าที่การงานเดิมได้	1.91	0.39	ดี
46. ท่านหวังว่าจะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย	1.82	0.55	ดี
47. ท่านหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว	1.17	0.96	ปานกลาง
48. ท่านหวังว่าแม้จะป่วยเป็นโรคจะไม่เพิ่มภาระให้ครอบครัว	1.81	0.55	ดี
รวม	1.73	0.31	ดี

จากตาราง 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปโดยรวมอยู่ในระดับดี และส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ยกเว้นพฤติกรรมในการอ่านหนังสือ/คำแนะนำการปฏิบัติตัว การปรึกษาแพทย์/พยาบาล เรื่องการปฏิบัติตัว และการสอบถามถึงผลการตรวจภายหลังจากการตรวจของแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับประทานผลไม้ต่างๆ ผักทุกชนิด การดื่มสุรา เครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ อยู่ในระดับดี ส่วนการรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ การเคี้ยวเคี้ยวหรือน้ำปลาในอาหาร การรับประทานพวกของหวาน การดื่มน้ำชา กาแฟ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากอยู่ในระดับต่ำ

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรม การนอนพักผ่อนที่เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด และง่วงซึมๆ อย่างระมัดระวัง อยู่ในระดับดี การทำงานหนักในการออกแรง ยก ค้าง ดันวัตถุ สิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการออกกำลังกายจนเหงื่อออก และการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อยู่ในระดับต่ำ

พฤติกรรมด้านการนอนหลับโดยรวมดี มีการนอนหลับในเวลากลางวัน 1-2 ชม./วัน อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด โดยรวมดี แต่การแสดงอารมณ์โกรธ จุนเจียว เมื่อเครียด และการปรึกษาหารือคนที่ไว้วางใจเมื่อมีความทุกข์ อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าแห่งตน โดยรวมดี มีการทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การติดต่อญาติมิตรตลอดเวลาอยู่ในเกณฑ์ดี การพูดคุยเรื่องต่างๆ ไปด้วยแพทย์/พยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการติดต่อกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันอยู่ในระดับต่ำ

พฤติกรรมการควบคุมสภาวะแวดล้อม โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยการทำบ้านให้สะอาด น่าอยู่ และการจัดที่อยู่อาศัย ให้มีความปลอดภัยอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมการใช้ระบบบริการสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี มีการสอบถามแพทย์/พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนพฤติกรรมด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว อยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 8 แสดงจำนวน และค่าร้อยละของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	151	43.14
ปานกลาง	199	56.86
รวม	350	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.90 และส่วนน้อยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.14 แต่ไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ

ตาราง 9 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเกณฑ์ประเมินจำแนกตามคะแนน การรับรู้สุขภาพเป็นรายด้าน และโดยรวม (n=350)

การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	3.16	0.45	ปานกลาง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	3.96	0.39	ดี
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต	3.40	0.44	ปานกลาง
4. การรับรู้ความต้านทานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน	4.09	0.40	ดี
5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ	3.39	0.42	ปานกลาง
6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	4.29	0.42	ดี
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	36.7	0.22	ดี

จากตาราง 9 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ในอนาคต และความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 10 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของเกณฑ์ประเมินจำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ ตามรายด้าน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ		S	ระดับ
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต			
1. ที่ผ่านมามีสุขภาพที่ดี	2.31	0.83	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่า การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งดี	4.39	0.55	ดี
3. ที่ผ่านมามีสุขภาพดี	3.04	0.75	ปานกลาง
4. ท่านเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง	2.83	0.72	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น	3.21	1.03	ปานกลาง
รวม	3.16	0.45	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน			
6. ท่านคิดว่าผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	4.49	0.58	ดี
7. อาการที่เด่นชัดที่สุดของโรคความดันโลหิตสูง คือ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย	3.88	0.60	ดี
8. ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	3.48	0.78	ดี
รวม	3.96	0.39	ดี
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต			
9. ท่านจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	4.01	0.49	ดี
10. ท่านมีโอกาสที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร	2.44	0.91	ปานกลาง
11. ท่านมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ	3.46	0.78	ดี
12. ท่านอาจมีโอกาสดูดาพร่ามัว	4.06	0.74	ดี
13. ท่านมีโอกาสเป็นโรคไตวายได้	3.03	0.85	ปานกลาง
รวม	3.40	0.44	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความต้านทานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน			
14. การลดขนาดยารักษาความดันโลหิต อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	3.64	0.81	ปานกลาง
15. ความอ้วนและการมีระดับไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคหัวใจ	4.02	0.54	ดี
16. การรับประทานอาหารเค็มจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	4.24	0.46	ดี
17. ถ้าควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต โรคหัวใจ โรคสมอง จะน้อยลง	4.43	0.51	ดี
รวม	4.09	0.40	ดี

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านการรับรู้ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ			
18. ท่านคิดว่าการสอบถามถึงระดับความดันโลหิตเป็นสิ่งจำเป็น	4.08	0.61	ดี
19. ท่านมีความกังวลว่าต่อไปท่านอาจจะเป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพาต โรคตา ตามมาได้	3.20	0.78	ปานกลาง
20. ท่านมีความกังวลว่าท่านจะอายุสั้น จากโรคความดันโลหิตสูง	3.24	0.77	ปานกลาง
21. ท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิต	2.50	0.81	ปานกลาง
รวม	3.39	0.42	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย			
22. ความอ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง	4.13	0.59	ดี
23. การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้	4.59	0.50	ดี
24. โรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เป็นอัมพาตได้	4.48	0.53	ดี
25. การควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้	3.95	0.67	ดี
รวม	4.29	0.42	ดี

จากตาราง 10 แสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่การคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งดี อยู่ในระดับดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ทั้งหมดจะอยู่ในระดับดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต คือ รับรู้ว่าจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ว่ามีโอกาสเป็นโรคหัวใจ หรือเกิดตาพร่ามัวมากกว่าคนปกติ อยู่ในระดับดี ส่วนรับรู้ว่าจะเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร และมีโอกาสเกิดไตวายได้อยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความต้านทานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี นอกจากเรื่องการลดขนาดยา รักษาความดันโลหิต อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่เรื่องการสอบถามถึงระดับความดันโลหิตเป็นสิ่งจำเป็นอยู่ในระดับดี

การรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทั้งหมดอยู่ในระดับดี คือ มีการรับรู้ถึงความอ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เป็นอัมพาตได้ การควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยลดความดันโลหิตได้ อยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศและการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้การทดสอบค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 6

ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ โดยใช้การทดสอบค่า t (t -test)

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	139	1.32	0.16	-5.83**	<.01
หญิง	211	1.42	0.16		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.32 และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 เมื่อทำการทดสอบแล้ว พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 1 โดยที่ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

ตาราง 12 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ดี	151	1.38	0.18	0.20	.840
ปานกลาง	199	1.39	0.16		

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.38 และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 1.39 ซึ่งจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยใช้การทดสอบค่า F (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 4 ข้อ 5 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls)

ตาราง 13 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S
น้อยกว่า 35 ปี	3	1.62	0.08
35-60 ปี	183	1.35	0.01
60 ปี ขึ้นไป	164	1.43	0.01
รวม	350	1.46	0.04

จากตารางที่ 13 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 1.62 รองลงมาได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.43 ส่วนอายุ 35-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.35

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	2	0.72	0.36	12.00**	<.01
ภายในกลุ่ม	347	9.62	0.03		
รวม	349	10.34			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 14 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกันมีอย่างน้อย 1 กลุ่ม ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายคู่จำแนกตาม
อายุ

อายุ		อายุ 35-60 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	อายุน้อยกว่า 35 ปี
	$\bar{X}$	1.35	1.43	1.62
อายุ 35-60 ปี	1.35	-	0.08*	0.27*
อายุ 60 ปีขึ้นไป	1.43		-	0.19
อายุน้อยกว่า 35 ปี	1.62			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่อายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 35-60 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 35-60 ปี ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 16 แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	1.20	0.17
ประถมศึกษา	148	1.40	0.16
มัธยมศึกษา	79	1.35	0.16
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	38	1.32	0.16
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	77	1.42	0.17
รวม	350	1.38	0.17

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 1.42 รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 ส่วนการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 1.20

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	0.66	0.16	5.84**	<.01
ภายในกลุ่ม	345	9.68	0.02		
รวม	349	10.34			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นราย
คู่จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่า ประถม	อนุปริญา หรือเทียบเท่า	มัธยม ศึกษา	ประถม ศึกษา	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	1.20	1.32	1.35	1.40	1.42
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.20	-	0.12	0.15*	0.20*	0.22*
อนุปริญาหรือเทียบเท่า	1.32	-	-	0.03	0.08*	0.10*
มัธยมศึกษา	1.35	-	-	-	0.05*	0.07*
ประถมศึกษา	1.40	-	-	-	-	0.02
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.42	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญาหรือเทียบเท่า และระดับมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา อนุปริญาหรือเทียบเท่า และมัธยมศึกษา และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 19 แสดงจำนวนค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
รับราชการ	41	1.42	0.15
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	41	1.34	0.12
ลูกจ้างบริษัท	52	1.30	0.16
ค้าขาย	30	1.34	0.19
เกษตรกร	35	1.39	0.16
แม่บ้าน	98	1.44	0.16
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	1.39	0.17
รวม	350	1.38	0.17

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุดเท่ากับ 1.44 รองลงมาได้แก่ อาชีพรับราชการ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 ส่วนอาชีพลูกจ้างบริษัท มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.30

ตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	6	0.90	0.15	5.45**	<.01
ภายในกลุ่ม	343	9.43	0.02		
รวม	349	10.33			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ข้อ 4 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ลูกจ้าง บริษัท	ค้าขาย	พนักงานรัฐ วิสาหกิจ	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	เกษตรกร	รับราชการ	แม่บ้าน
	$\bar{X}$	1.30	1.34	1.34	1.39	1.39	1.42	1.44
ลูกจ้างบริษัท	1.30	-	0.04	0.04	0.09*	0.09*	0.12*	0.14*
ค้าขาย	1.34		-		0.05	0.05	0.08	0.10*
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1.34			-	0.05	0.05	0.08	0.10*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.39				-	-	0.03	0.05
เกษตรกร	1.39					-	0.03	0.05
รับราชการ	1.42						-	0.02
แม่บ้าน	1.44							-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาชีพ แม่บ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอาชีพลูกจ้างบริษัท อาชีพค้าขาย และอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนอาชีพรับราชการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอาชีพลูกจ้างบริษัท และอาชีพเกษตรกร มีพฤติกรรมดีกว่าอาชีพลูกจ้างบริษัท ส่วนผู้ไม่ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอาชีพลูกจ้างบริษัท ส่วนอื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 22 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	จำนวน	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5 ปี	95	1.34	0.17
5-10 ปี	154	1.39	0.17
10 ปี ขึ้นไป	101	1.42	0.16
รวม	350	1.38	0.17

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน 10 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระยะการเจ็บป่วย 5-10 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่ำกว่า 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด เท่ากับ 1.34

ตาราง 23 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.35	0.17	6.16**	<.01
ภายในกลุ่ม	347	9.98	0.02		
รวม	349	10.33			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้อง

สมมติฐานข้อ 5 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีการของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls) ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นรายคู่ จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		ต่ำกว่า 5 ปี	5-10 ปี	10 ปีขึ้นไป
	$\bar{X}$	1.33	1.39	1.42
ต่ำกว่า 5 ปี	1.33	-	0.06*	0.09*
5 – 10 ปี	1.39	-	-	0.03*
10 ปี ขึ้นไป	1.42	-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่ำกว่า 5 ปี และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 5-10 ปี และผู้ป่วยมีระยะเวลาเจ็บป่วย 5-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี ส่วนคู่อื่นๆพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้าน เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 350 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ตอน คือ
ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย
ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส/พีซี (SPSS/PC+: Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน และโดยรวม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้การทดสอบค่า t (t-test)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยใช้การทดสอบค่า F (F-test) เมื่อพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 350 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.29 มีอายุระหว่าง 35-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.28 และ 46.86 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.28 และ 22.57 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ คือ อาชีพแม่บ้าน รองลงมา คือ อยู่บ้านเฉยๆ คิดเป็นร้อยละ 28.00 และ 15.15 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี รองลงมาคือ ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 44.00 และ 28.86 ตามลำดับ

2. สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.29 ส่วนเกณฑ์ต่ำไม่มี สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน และรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู แอ่งกะทิ อาหารทอดน้ำมัน การออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก นาน 15-20 นาที และอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ การรู้จักและติดต่อกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่เป็นโรคเดียวกัน

3. ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.86 และการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน และรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำไม่มี

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามตัวแปรพบว่า

4.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

4.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4.6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.29 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดีนั้น อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ป่วยมาแล้ว 5-10 ปี จึงน่าจะยอมรับว่าตนเองว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานนี้เอง ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งอาจได้ความรู้จากแพทย์ พยาบาล หรือจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหลายๆด้าน จึงอยู่ในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539: ก) ที่ศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้

ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉลี่ยดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.86 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ด้านการรับรู้ความต้านทานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 35-60 ปี เป็นวัยที่กำลังทำงานเพื่อประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว อาจประเมินตนเองว่ายังมีสุขภาพดีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของซอนย่า และคนอื่นๆ (1981: 221-229) ที่ได้ศึกษาผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ถ้าสามารถประกอบอาชีพได้ แม้ว่าจะเจ็บป่วย แต่เราก็จะประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับงานวิจัยของธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541: ก) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 143) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537: 117) ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี ที่มีเพศต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน

ในการศึกษารุ่นนี้พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย อาจกล่าวได้ว่าเพศหญิงมีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย เพศหญิงมักสนใจสื่อรอบๆตัวมากกว่าเพศชาย เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพ หรือการสอบถามพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ ดังนั้นเมื่อเพศหญิงมีการเจ็บป่วยก็จะรีบแสวงหาการรักษาและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของมูห์แมนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988: 637-646) พบว่าเพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศ

ชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและวิธีการผ่อนคลายดีกว่าเพศชาย

2.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531: 47) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก้นว่าอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 35 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอายุ 35-60 ปี และผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอายุ 35-60 ปี อาจอธิบายได้ว่าช่วงอายุ 35-60 ปี เป็นช่วงของการทำงานเป็นวัยผู้ใหญ่ มีหน้าที่รับผิดชอบมากมาย และมักจะเป็นผู้นำครอบครัว หรือเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้เขาเหล่านั้นไม่ค่อยใส่ใจในเรื่องการดูแลตนเองมากนัก จึงเป็นเหตุให้กลุ่มอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภลักษณ์ บุญความดี (2541: ก) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในกรุงเทพฯ พบว่าผู้ที่มีอายุในวัยผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ นิสัยการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และไม่ค่อยออกกำลังกาย ทำกิจกรรมที่ใช้แรงน้อยลง

2.3 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพรทิพาสุภราศรี (2538: 85) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา

และต่ำกว่าประถมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งถ้ามองภาพโดยรวมจะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับประภัสสร เลียวไพโรจน์ (2523: 42) ที่ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534: 18) สุกร พริ้งเพริศ, (2538: 14) ว่าปัจจัยด้านการศึกษาเป็นตัวกำหนดความสามารถในการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค และพบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงมีความสามารถเหล่านี้สูงกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของครุณี ขุนหวัด และคนอื่นๆ (2534: 128) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมัธยมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ดีกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับเพนเดอร์ (1987: 58) ที่กล่าวว่า ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้

2.4 จำแนกตามการประกอบอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประกอบอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ประกอบอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2533: 37) พบว่าลักษณะอาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลตัวหนึ่ง ซึ่งอาชีพที่มีการปฏิบัติงานโดยมีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น รับจ้าง ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ) อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน และทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน) สามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบ และจำกัดเวลามากนัก

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาชีพแม่บ้าน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจ อาชีพค้าขาย และอาชีพลูกจ้างบริษัท ส่วนผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ เกษตรกร หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าอาชีพลูกจ้างบริษัท ถ้ามองในภาพรวมผู้ที่ประกอบอาชีพที่กำหนดเวลาไม่แน่นอน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่อาชีพมีกำหนดเวลาแน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลภักดิ์ สำราญจิตร (2538: 90) ที่พบว่า พ่อบ้าน แม่บ้าน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตดีกว่ากลุ่มทำงานนอกบ้าน เพราะกลุ่มที่มีงานทำต้องเดินทางไปประกอบอาชีวนอกบ้าน

จะเครียดไม่มีเวลาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสอดคล้องกับการวิจัยของนงลักษณ์ นฤวัตร (2533: 41) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน โดยพบว่ากลุ่มที่ทำงานบ้านจะมีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีกว่ากลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน และการศึกษาของไพบูลย์ สุรวงษ์ และสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (2532: 161-162) พบว่า อาชีพ มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และการปรับตัวซึ่งมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง

2.5 จำแนกตามระยะที่เจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพลินพิศ เลหะวระกะมล (2531: 31) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดลิ้น นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคสั้น

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 5-10 ปี และ 10 ปีขึ้นไป จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป ได้ใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้และปรับตัวพอสมควร จึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับและสนใจ กระตือรือร้นที่จะดูแลสุขภาพตนเอง พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ตนเองสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระของสังคม และเป็นที่ยอมรับของสังคม สำหรับกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี อาจจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีน้อยกว่า ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมสุข สิงห์ปัญญนท์ (2540: 81) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าระยะการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และร่วมทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 72) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

2.6 จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน

ข้อ 6 ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวูด (อรอนงค์ สัมพัญญ์, 2539: 49; อ้างอิงมาจาก Wood, 1991: 135) ซึ่งได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและจัดการกับน้ำหนักเกิน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและจัดการกับน้ำหนักเกิน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528: 107) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือรักษาโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ในเรื่องเพศ อาชีพ เศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และรายด้าน อยู่ในระดับดี นอกจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และการพักผ่อน และด้านการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ในอนาคต และความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

1. จัดกิจกรรมการสอนเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยจัดทำมาตรฐานการสอนสุขศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาทุกๆด้าน และเน้นการปรับเปลี่ยนความรู้ การรับรู้ และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงระดับความสามารถในการเรียนรู้ ความพร้อม แรงจูงใจ และความต้องการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีสื่อทัศนูปกรณ์อย่างเหมาะสมเพียงพอ เช่น โทรทัศน์วงจรปิด สไลด์ ภาพพลิก โปสเตอร์ และจัดทำคู่มือการสอน คู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เอกสารแผ่นพับ แจกไปอ่านทบทวนภายหลังการสอน รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

2. จัดทำโครงการบริการให้คำปรึกษาต่อเนื่องในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

และผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวและ/หรือผู้ดูแล

3. ประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุหรืออุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ และช่วยหาแนวทางและวางแผนในการแก้ไขสาเหตุหรืออุปสรรคเหล่านั้น เช่น การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่เคยสอบถามแพทย์/พยาบาล เมื่อมีความสงสัยเกี่ยวกับโรคการรักษา การปฏิบัติตัว ควรหาสาเหตุต่างๆ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหา

4. จัดทำโครงการกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้สมาคมกับผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อชี้แนะ ให้กำลังใจ ติดตามช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มโดยเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และส่งผลต่อภาวะสุขภาพดี เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยกลุ่มที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง กลุ่มที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ เพื่อหาสาเหตุและช่วยอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจน ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น การศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว และยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา ในเรื่องการรับประทานยา การลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง การเดิมเครื่องปรงรสเค็ม การรับประทานเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือโซเดียม การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน การออกกำลังกายที่เหมาะสมทั้งวิธีการและความสม่ำเสมอ การเผชิญและจัดการความเครียด การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เป็นต้น

2. ควรศึกษาเชิงทดลองเพื่อหาวิธีการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เช่น ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการให้ระบบสนับสนุนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ และปัจจัยปรับเปลี่ยนด้านอื่นๆ ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความสำคัญ

ของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่อยู่ในเขตชนบทและเขตเมือง

บรรณานุกรม

- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. กรุงเทพฯ : พัฒนาศึกษา, 2532.
- เกษม เล่งเวหาสดิษฐ์, จรรยา สันตยากร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในคลินิก โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- กวี เจริญลาภ. ภาวะความดันโลหิตสูง. ในภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532: 273-291.
- _____. อาหารบำบัดโรค. เอกสารการสอนชุดวิชาหน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช กรุงเทพฯ: หจก.เจริญการพิมพ์, 2526: 619-622.
- กฤษณา บานชื่น. ถ้าผู้ป่วยถามเรื่องการออกกำลังกายแบบแอโรบิค คุณหมอบอกได้ไหม วารสารคลินิก. 1(4): 44-46; เมษายน, 2528.
- กมลภัก สำราญจิตร. การศึกษาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- กองสุขศึกษา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2540-2544) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539: 1-2.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: หน้า 374-378 เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- คณินิจ พงศ์ถาวรกุล. สัมพันธ์ศาสตร์พื้นฐานของการไหลเวียนโลหิตสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แม็ค จำกัด, 2529.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- จรรยา สุวรรณทัต. “ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก,” ในเอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527.
- จำเนียร ช่างโชติ และคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2516: 34.
- _____. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: กิ่งจันทร์การพิมพ์, 2528.

- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- จันทิรา ไตรวงศ์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- จริยวัตร คมพักษณ์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ศ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ชูชีพ ชีวะสุทธิ. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: หน้า 38-43. มีเพียพรีนท์, 2528.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ: หน้า 236. เทพเนรมิตร การพิมพ์, 2541.
- ครุณี ชุมหวัด, วาสนา ปุรมณีวิวัฒน์ และเยาวลักษณ์ เลาหะจินดา. “เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ.” วารสารพยาบาลศาสตร์. 9 (2): 115-130; เมษายน-มิถุนายน 2534.
- ดำรง กิจกุล. คู่มือการลดความอ้วน กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2530.
- ทัศนีย์ หงษาครประเสริฐ. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- นงลักษณ์ นฤวัตร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเท้าและสภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- บงอร ชมเดช. สรีรวิทยาของระบบไหลเวียน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- ประภัสสร เลี้ยวไพโรจน์. “อุปสรรคต่อการบริการทางการแพทย์,” ใน รายงานการวิจัยประกอบการสอนวิชา ศ.473. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทักษะการวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพฯ: พีระพัฒนา, 2527: 98.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- พรทิพา สุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- พิกุล บุญช่วง. การศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล,
2526. อัดสำเนา.
- พัชรี คำรงสูงทระชัย. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยใช้เทปคำบรรยายประกอบ
ภาพพลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอกอหิว
รพ.บาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง จังหวัด
นนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภาย
หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล,
2531. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ศูนย์
หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี “กรณีศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางชีวจิต สังคมวิทยาต่อ
ความดันเลือด,” รามาชิปตีเวชสาร. 12(3): 159-162; กรกฎาคม-กันยายน, 2532.
- เขาวลัทธิ มหาลิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม
ความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอ เมือง จังหวัด
ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
บริษัทศึกษาพร, 2531.

- วิเชียร เหตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2534.
- _____. คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ. นนทบุรี: นปท., 2534.
- วรารักษ์ นาครัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อุดลำนนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- _____. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ของการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินต์, 2536: 134-137.
- สมชาย โลจายะ. ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร, 2536.
- สมสุข สิงห์ปัญญนที. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อุดลำนนา.
- สังวาล แก้วประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ ความเจ็บปวดกับผลควบคุมความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดลำนนา.
- สุพร พริ้งเพริศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อุดลำนนา.
- สุภาพ ใบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539-2540.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. แนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อุดลำนนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มีเดียพรินท์ จำกัด, 2532.

- สุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดพังงา.
 กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536: 52.
- สุกัญญา บุญความดี. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ศิริราช โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: แผนกเวชระเบียนและสถิติ,
 2541.
- ศุภชัย ธนอมทรัพย์. เกณฑ์การตัดสินความดันโลหิตสูง. รายงานการสัมมนาแนวทางใน
การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย นนทบุรี: สำนักงานปลัด
 กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- สุกวารินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- อารี วัลยะเสวีและคนอื่นๆ. โรคโภชนาการเล่ม 2. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี, 2521: 159.
- อรวิทย์ ไทเก็ก. ลดความดันโดยไม่ใช้ยา. ในวารสารอาหารกับโรค. กรุงเทพฯ: สมาคมคหเศรษฐ-
 ศาสตร์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2537.
- อรอนงค์ สัมพันธุ์. การศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
 อัดสำเนา.
- อังฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ
ปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- อังคณา นวลยง. การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์กับความเครียด วิตกกังวล.
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- Alexy, B. "Factors associated with participation or nonparticipation in a work place wellness
 center," Research Nurse Health. 14(10): 179; November, 1989.
- Barnett, F.C. The relationship of selected cognitive perceptual factor to health promoting
behaviors of adolescents. The University of Texas at Ausin, 179; 1989.
- Beare, P.G. & Myer J.L. Principles and practice of adult health nursing. St. Louis: The
 C.V. Mosby Company, 1990.
- Becker, M.H. and others. "The Health Belief Model and personals Health Behavior," Health
Education Monographs 2 (4): 409-419; March, 1974.

- Beland, I.L. & Passor, I.V. Clinical Nursing Pathophysiological and Psychosocial Approaches. Philadelphia: Macmillan Publishing, 1981.
- Brain and Malley. High Blood Pressure: What it means for you and how to control it. Singapore: P.G. Publishing Ltd., 1983.
- Brook, H.R. and others. "Over view of adult Health Status Measures Fielded," Medical Care. 17 (4): 121-131; April, 1979.
- Blackburn, H. And others. "The primary prevention of high blood pressure: a population approach," Prev Med. 14(2): 466-481; February, 1985.
- Brunner, L.S. and Suddarth, D.S. The Lippincott Manual of Nursing Practice. 3rd ed. Philadelphia: L.B. Lippincott, 1988.
- Campbell-Forsyth, L. "Patients' perceived knowledge and learning need concerning radiation therapy," Cancer Nursing. 13(8): 81-89; August, 1990.
- 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: Academic press, 1985.
- Framingham off spring study from Garrison FJ. Kennel WB, "Strokes J. III, and other: Med" 16 (6): 235; June, 1987.
- Griffin, L.S., & Kee, J.L. "Primary hypertension suggestion for preventive approach," Family Communication, 8(2): 59-67; February, 1986.
- Gochman. Health Behavior: emerging research perspective. New York: Plenum Press, 4: 1988.
- Greenland and Briody, M.C. "Rehabilitation of in MI survivor," Post Graduate Med. 7(3): 79-96; March, 1984.
- Harris, D.M. and Guten, S. "Health-Protective behavior: An exploratory study," Journal of Health Social Behavior. 17(4): 17-29; Junly-August, 1979.
- Hershey, J.C. and others. "Patient compliance with antihypertensive medication," American Journal of Public Health 70(10): 1081-1089; October, 1980.
- Houston. M.C. "Sodium and hypertension," Active internal medicine, 14(1): 176-185; January, 1986.

- Kannel, W.B., and others. "Physical activity and Physical demand on the job and risk of cardiovascular disease and death," The Framingham Study. American Heart Journal. 12(10): 820-825; October, 1986.
- Kerr, G.R. & Nichaman, M.Z. Salt and hypertension. Public Health Review, 14(2): 27-104; February, 1986.
- Kircht and Rosenstock. "A National Study of Health Beliefs," Journal of Health Human Behavior. 7(2): 243-254; March-April, 1977.
- Kochar, M., & Danick, L.M. Hypertension Control. St Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Marino, L.B., & Kooser JA "The Psychosocial care of cancers clients and their families: periods of high risk," Cancer Nursing. 4(9): 53-86; September, 1981.
- Machanic, D. Medical Sociology. 2nd edition New York: Free Press, 1978.
- Murray, R.B. and Zentner, J.P. Nursing assesement and health promotion strategies though the life span. 4th ed. California: Appleton & Lance, 1989.
- Muhlenkamp, A.F. and Broeman, N.A. "Health beliefs Health vale and positive health behaviors," Western Journal and Nursing Research. 10(12): 637-647; December, 1988.
- National Institutes of Health. The sixth report of the joint nation committee on prevention, and treatment of high blood pressure. Paper presented at the 6th Congress of The National Heart, Lung, and Blood Institute Bethesda, 1997.
- Norton, J.M. "Hypertension," In Introduction Nursing Care of Adults. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995.
- Nissinen, A. and others. "Health behavior of on elderly population in Estern Findland in 1982," Journal of Gerontology, 20(3): 129-149; May-June, 1987.
- Palank, C.L. "Determinants of Health-Promotion Behavior," Nursing Clinics of North America, 30(6): 815-832; December, 1991.
- Perry & Jessor. "The concept of health promotion of adolescence drug abuse," Health Education Quartery, 12(4): 169-184; April, 1985.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practics. New York: Appleton Century Crofts, 1978.
- _____. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century Crofts, 1982.
- _____. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed, California: Appleton and Lance, 1987.

- Pudday, I.B. and others. "The effect of stopping smoking on blood pressure A controlled Trial," Chronic Disease; 38(7): 483-493; July, 1985.
- Pudley, Packer, Vamdongeu and others. J Hypertension 7 (Suppl 6), 1989.
- Stuifbergen, A.K. and Becker, H.A. "Predictors of Health Promoting Life Styles in Persons with Disabilities," Research in Nursing & Health. 17(1): 3-13; January, 1994.
- Sonja, M. and others. The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical consultation," Social Science Medicine, 15(3): 221-229; March, 1981.
- Shortridge, L.M. and Lee, E.J. Introduction to nursing Practice. New York: McGraw Hill Book Company, 1980.
- Strate, M. and others. Prognosis in treatment hypertension. Acta Medicine Acad, 19(2): 153-159; February, 1986.
- Stoke, G.S. "Hypertension and alcohol : Is there a link," Journal of chronic Disease, 35(8): 759-762; August, 1986.
- Twaddle, A.C. Sickness Behavior and The Sick Role. Massachusetts: Schenkman publishing Company, 1981.
- Ueshima, H. "Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese populations," Journal of Chronic disease, 15(3): 585-592; March, 1984.
- World Health Organization. Hypertension and coronary heart disease : classification and criteria for epidemiology studies; 1983.
- Wood, H.M. Health promotion behavior. The relationship with health conception, health perception, and self-esteem in obese women. Texas woman University, 1991.
- Witstrand, J. "Hypertension the tip of on iceberg," Current Focus, 1(6): 1-4; June, 1987.
- Yarchiski, A. and Mahon. N.E. "Carsal model of positive health practices : the relationship between approach and replication," Nursing Research. 8(2): 88-93; March-April, 1989.
- Zamchetti, A. "Antihypertensive therapy: Problems and perspectives," Actacardio. 1(3): 73-77; May-June, 1986.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ที่ ทม 1007/ ๖๔๔



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ธันวาคม 2542

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุธิดา นิรพิภน์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระ บุรณะกิจเจริญ นางวิภาพร กาญจนราช และ นางมิ่งเมือง สุรักขกะ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธิดา นิรพิภน์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1007/ ๕๕๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๑ ธันวาคม 2542

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสัมภาษณ์

เนื่องด้วย นางสาวสุธิดา นีรพิภน นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์เถลิงศรี สรทรง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธิดา นีรพิภน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646

โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รพธ. 5644, 5646
ที่.....ทพ 1007/ ๖๔๖๖.....วันที่.....๓๑ ธันวาคม 254๖
เรื่อง.....ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ.....

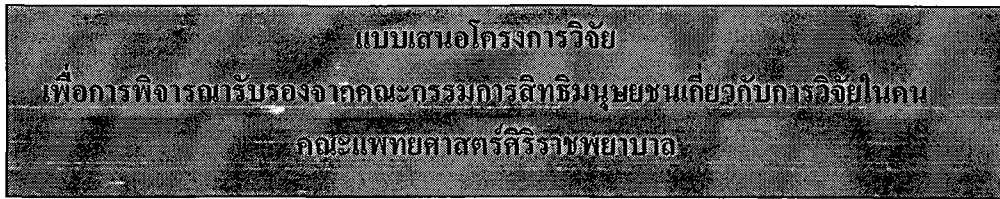
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวสุธิดา นีรพิภณ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และอาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในงานนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญอาจารย์ทัศนีย์ ทองภักดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและทราบจากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัด เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสุธิดา นีรพิภณ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



1. ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุใน
โรงพยาบาลศิริราช

(ภาษาอังกฤษ) Health Promoting Behavior of Patient with Essential Hypertension at Siriraj
Hospital

1.1 ประเภทของโครงการวิจัย

☐ Drug trial

☒ Non Drug trial

1.2 จำนวนสถานพยาบาลที่ร่วมวิจัย

☐ Multicenters (ในประเทศ)

☐ Multicenters (ร่วมกับต่างประเทศ)

☒ Single center

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยและที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย (ภาษาไทย) นางสาวสุธิดา นีรพินันท์

(ภาษาอังกฤษ) Mrs Sutida Nirapik

คุณวุฒิ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตร การศึกษามหาบัณฑิต

ภาควิชา พลศึกษา วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โทรศัพท์ 419-7379, 419-7419

3. แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย (ไม่มี)

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

4.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

4.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

4.4 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

5. การดำเนินการวิจัย

5.1 ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษา

- เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป

- เกณฑ์การคัดออก (Enclusion Criteria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

- จำนวนประชากรทุกกลุ่ม จำนวน 350 คน

5.2 สถานที่ทำวิจัย คลินิกโรคความดันโลหิตสูง หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ ดิگสยามินทร์ ชั้น 1

5.3 สิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา (intervention) และจะให้ (administer) ถึงประชากรที่เข้าร่วมการศึกษา และต้องระบุรายละเอียดดังนี้

5.3.1 ไม่เกี่ยวข้อง

5.3.2 ไม่เกี่ยวข้อง

5.4 ไม่เกี่ยวข้อง

5.5 ระยะเวลาการวิจัย

ระยะเวลา	พ.ศ.2542						พ.ศ.2543				
แผนดำเนินงานตลอดโครงการ	กค	สค	กย	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค
1. โครงร่างวิจัย	—	—									
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง			—	—							
3. สร้างแบบสัมภาษณ์					—	—					
4. ทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม							—	—			
5. เก็บรวบรวมข้อมูล									—		
6. วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล										—	
7. เขียนรายงานและพิมพ์รายงาน											—

6. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

6.1 เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องวิจัยในคน

เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

6.2 ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยนี้ รวมทั้งประโยชน์ต่อประชากรที่เข้าร่วมโครงการ

6.2.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป

6.2.2 เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6.2.3 เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประเด็นอื่นๆต่อไป

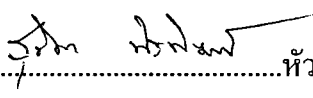
6.3 ความเสี่ยงที่ประชากรที่เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับ ไม่มี

7. รายชื่อ คุณวุฒิ และที่อยู่ของผู้วิจัยทุกคน

ชื่อ	คุณวุฒิ	ที่อยู่
นางสุริดา นิรพิณน์	วท.บ.(พยาบาล)	หัวหน้าหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลชำนาญการระดับ 8 งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทร. 4197379, 4197419

8. ให้เติมข้อความต่อไปนี้ พร้อมลงลายมือชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย

ผู้เสนอโครงการวิจัยสัญญาว่าจะดำเนินการวิจัยตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในข้อเสนอโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด หากมีการแก้ไขข้อเสนอโครงการวิจัย ผู้เสนอโครงการจะแจ้งให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว เพื่อการพิจารณาอนุมัติ นอกจากนี้หากประชากรที่รับไว้ในโครงการวิจัยนี้เกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากการวิจัย หรือหากมีข้อมูลองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับประโยชน์หรือโทษจากแหล่งอื่นในระหว่างทำการศึกษา หัวหน้าโครงการวิจัยจะรายงานให้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลทราบโดยเร็ว และจะส่งรายงานการวิจัยจำนวน 1 ชุดให้คณะกรรมการฯ ภายใน 6 เดือน เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงหรือเมื่อการวิจัยถูกยกเลิก

ลงชื่อ..........หัวหน้าโครงการวิจัย
(นางสุริดา นิรพิณน์)

นักศึกษาริญาโท สาขาศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทร. 419-7680-1

ที่ ทม. 0807/ 2756 วันที่ 20 มีนาคม 2543

เรื่อง ขออนุมัติให้ทำวิจัยในคน

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ตามที่ นางสุธิดา นิรพิณน์ ภาควิชาสูติศึกษา เอกสูติศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุมัติให้ทำวิจัยในคนเรื่อง "พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช"

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการวิจัยในคน ได้พิจารณาโครงการวิจัยแล้วมีมติอนุมัติให้ทำวิจัยในคนได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาลงนามอนุมัติด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

//

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงคุณนันทา มาระเนตร)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ

ประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับวิจัยในคน

อนุส

๒๐

๒๐ มี. ๔๓

ถนนพราณอก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
ท. ๔๑๑-๑๔๒๔, ๔๑๑-๓๒๕๓
ท. ๖๖-๒-๔๑๒-๑๓๗๑



2 PRANNOK Rd., BANGKOKNOI, BANGKOK 10700
TEL. 411-1429, 411-3253
FAX : 66-2-412-1371

Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Mahidol University

DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE
ON HUMAN RIGHTS RELATED TO RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS
FACULTY OF MEDICINE SIRIRAJ HOSPITAL MAHIDOL UNIVERSITY, BANGKOK, THAILAND

TITLE OF PROJECT : HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PATIENT WITH
ESSENTIAL HYPERTENSION AT SIRIRAJ HOSPITAL

PRINCIPAL INVESTIGATOR : MRS. SUTIDA NIRAPIK
NAME OF DEPARTMENT : DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION
FACULTY OF PHYSICAL EDUCATION
SRINAKARINWIROT UNIVERSITY

APPROVED BY COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS RELATED TO RESEARCH INVOLVING HUMAN

SUBJECTS ON 20 MARCH 2000

SIGNATURE OF CHAIRMAN :
PROF. KHUN NANTA MARANETRA
M.D., Grad Dip Clin Sc Med, Msc Med (BKK), Thai Board Resp Med, Thai Board Crit care Med
MD (Melb.), FRCPT, FCCP, FRACP, FRCP (Lond.), FRCP (Glasg.), FRCP (Edin.)

SIGNATURE OF DEAN :
PROF. DR. CHANIKA TUCHINDA
M.D., MS, FAAP.

..... 20 MARCH 2000

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสัมภาษณ์

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พีระ บุรณะกิจเจริญ หัวหน้าหน่วยโรคความดันโลหิตสูง
ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ทัศนาก ทอภักดิ์
สถาบันพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. อาจารย์เถลิงศรี ศรีทรง
อาจารย์พยาบาล
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางมิ่งเมือง สุรักษกะ
ผู้ตรวจการงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางวิภาพร กาญจนราช
หัวหน้าหอผู้ป่วย ดึกอัมฤกษ์ชั้น 10
งานการพยาบาลอายุรศาสตร์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
ในโรงพยาบาลศิริราช

แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าประถมศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
4. อาชีพ () รับราชการ () พนักงานรัฐวิสาหกิจ () ลูกจ้างบริษัท
() ค้าขาย () เกษตรกร () แม่บ้าน
() อื่นๆ ระบุ.....
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย
() ต่ำกว่า 5 ปี
() 5 - 10 ปี
() 10 ปีขึ้นไป

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

คำชี้แจง วัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่าน

โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือและขีด / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองทุกประการ

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็น ไม่แน่ใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้น

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองเลย

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2

การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต					
1. ที่ผ่านมามีท่านเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี					
2. ท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งจำเป็น					
3. ที่ผ่านมามีท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดี					
4. ท่านเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง					
5. ท่านคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น					
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน					
6. ท่านคิดว่าผู้ที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง					
7. อาการที่เด่นชัดที่สุดของโรคความดันโลหิตสูงคือ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย					
8. ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้					
การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต					
9. ท่านจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง					
10. ท่านมีโอกาสที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนปกติ					
12. ท่านอาจมีโอกาสดีตาพร่ามัว					
13. ท่านมีโอกาสดีโรคไตวายได้					
การรับรู้ความต้านทานและความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ภาวะแทรกซ้อน					
14. การลดขนาดยารักษาความดัน โลหิตอาจทำให้ความดันโลหิต สูงขึ้นอีก					
15. ความอ้วนและการมีระดับไขมัน ในเลือดสูงทำให้เกิดโรคหัวใจ					
16. การรับประทานอาหารรสเค็ม จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น					
17. ถ้าควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไต โรคหัวใจ โรคสมอง จะน้อยลง					
ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยว กับสุขภาพ					
18. ท่านคิดว่าการสอบถามถึงระดับ ความดันโลหิตเป็นสิ่งจำเป็น					
19. ท่านมีความกังวลว่าต่อไปท่านอาจ จะเป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพาต โรคตาตามมาได้					
20. ท่านมีความกังวลว่าท่านจะอายุ สั้นจากโรคความดันโลหิตสูง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
21. ท่านเมื่อกับการปฏิบัติตัวเพื่อ ควบคุมความดันโลหิต					
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย					
22. ความอ้วน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง					
23. การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้					
24. โรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เป็นอัมพาตได้					
25. การควบคุมน้ำหนักตัวจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้					
จุดมุ่งหมายในชีวิต					
26. ท่านหวังว่าจะดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติ					
27. ท่านหวังว่าจะทำหน้าที่การทำงานเดิมได้					
28. ท่านหวังว่าจะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย					
29. ท่านหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว					
30. ท่านหวังว่าแม้จะป่วยเป็นโรคจะไม่เพิ่มภาระให้ครอบครัว					

แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 3

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ข้อคิดเห็น อื่นๆ
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป				
1. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว/วัน				
2. ท่านรับประทานยารักษาความดัน อย่างสม่ำเสมอ				
3. ท่านมาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ทุกครั้ง				
4. ท่านอ่านหนังสือ คำแนะนำการปฏิบัติตัว				
5. ท่านปรึกษาแพทย์/พยาบาล เรื่องการปฏิบัติตัว				
6. ท่านลดหรือเพิ่มขนาดของยารักษาโรค ความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง				
7. ภายหลังการตรวจของแพทย์ ท่านสอบถาม ถึงผลการตรวจ				
8. ท่านรับประทานผัก ผลไม้เพื่อป้องกันท้องผูก				
การปฏิบัติด้านโภชนาการ				
9. ท่านรับประทานอาหารที่ในแต่ละวันได้ ครบทั้ง 5 หมู่ และหมั่นเวียนชนิดของ อาหารที่รับประทาน				
10. ท่านเติมเกลือ หรือน้ำปลาในอาหาร ระหว่างรับประทานอาหาร				
11. ท่านใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร				
12. ท่านรับประทานผลไม้ต่างๆ				
13. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู แกงกะทิ อาหารทอดน้ำมัน				
14. ท่านรับประทานพวกของหวาน				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ข้อคิดเห็น อื่นๆ
15. ท่านรับประทานผักทุกชนิด				
16. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่เป็น แอลกอฮอล์มากกว่า 60 มล./วัน				
17. ท่านสูบบุหรี่				
18. ท่านดื่มชา หรือกาแฟ				
การออกกำลังกายและการพักผ่อน				
19. ท่านใช้เวลาว่างทำกิจกรรมที่ส่งเสริม สุขภาพด้วยตนเอง เช่น ทำสวน				
20. ท่านออกกำลังกายจนมีเหงื่อออก เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเดินเร็วๆ นาน 15-20 นาที/ครั้ง				
21. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
22. ท่านทำงานหนักที่ต้องออกแรงยก ดึง หรือ ค้นวัตถุ สิ่งของต่างๆ				
23. เมื่อเกิดอาการอ่อนเพลีย หน้ามืด ท่านนอน พักทันที				
24. ท่านนั่งและลุกขึ้นยืนช้าๆอย่างระมัดระวัง				
รูปแบบการนอนหลับ				
25. ท่านนอนหลับสนิทได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน				
26. ท่านนอนพักผ่อนในเวลากลางวัน 1-2 ชั่วโมง/วัน				
27. ท่านรับประทานยานอนหลับก่อนนอน				
การจัดความเครียด				
28. ท่านพยายามลืมปัญหาต่างๆที่เกิด โดยการ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ข้อคิดเห็น อื่นๆ
29. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านพยายามแก้ปัญหา อย่างมีสติ				
30. ท่านแสดงอารมณ์โกรธ จุนเจียวเมื่อเครียด				
31. เมื่อท่านมีความเครียดท่านใช้วิธีคลาย เครียด เช่น ทำสมาธิ หายใจด้วยกระบ้งลม ทำงานอดิเรก ฟังเพลง ดูทีวี				
32. ท่านปรึกษาหารือกับคนที่ท่านไว้วางใจ เมื่อมีความทุกข์				
การตระหนักในควมมีคุณค่าแห่งตน				
33. ท่านเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ				
34. ท่านทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว เช่น ช่วยทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ ดูแล บุตรหลาน				
35. ท่านทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม เช่น เป็นกรรมการ ทำงานสาธารณ ประโยชน์				
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น				
36. ท่านมีการติดต่อกับญาติมิตรอยู่ตลอดเวลา				
37. ท่านรู้จักและติดต่อกับผู้ป่วยอื่นๆที่เป็น โรคเดียวกัน				
38. ท่านพูดคุยในเรื่องทั่วไปกับแพทย์/ พยาบาล				
การควบคุมสภาวะแวดล้อม				
39. ท่านจัดบ้านได้น่าอยู่ และสะอาด				
40. ท่านจัดที่อยู่อาศัยของท่านให้มีความ ปลอดภัย				

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ข้อคิดเห็น อื่นๆ
41. ท่านสอบถามแพทย์/พยาบาลเมื่อมีข้อ สงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย				
การใช้ระบบบริการสุขภาพ				
42. ท่านซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงตามที่ แพทย์เคยสั่งมารับประทานเอง				
43. ท่านจะรีบมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ ผิดปกติ				

ข้อความ	คิด ประจำ	คิด บางครั้ง	ไม่เคย คิด	ข้อคิดเห็น อื่นๆ
จุดมุ่งหมายในชีวิต				
44. ท่านหวังว่าจะดำเนินชีวิตได้ เหมือนคนปกติ				
45. ท่านหวังว่าจะทำหน้าที่การงาน เดิมได้				
46. ท่านหวังว่าจะควบคุมความดัน โลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย				
47. ท่านหวังว่าจะมีชีวิตที่ยืนยาว				
48. ท่านหวังว่าแม่จะป่วยเป็นโรคจะ ไม่เพิ่มภาระให้ครอบครัว				

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสุธิดา นีรพิพนธ์
 เกิดวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2491
 สถานที่เกิด อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 52/35 ซอยจุฬาเกษม ถนนงามวงศ์วาน แขวงบางเขน เขตเมือง
 จังหวัดนนทบุรี 11000
 ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน หัวหน้าหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2512 อนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 พ.ศ.2517 ปริญญาพยาบาลสาธารณสุข (วท.ม.)
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 พ.ศ.2540 ปริญญาพยาบาลศาสตร์ (พย.บ.)
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 พ.ศ.2543 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช

บทคัดย่อ
ของ
สุธิดา นีรพิพนธ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
พฤษภาคม 2543

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช พร้อมทั้งได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 350 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติ การทดสอบค่าสถิติเอฟ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.30 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.90
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

**HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF PATIENT WITH
ESSENTIAL HYPERTENSION AT SIRIRAJ HOSPITAL**

**AN ABSTRACT
BY
SUTIDA NIRAPIK**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2000**

The purpose of this research were to study the perceived health status and the health promotion behavior of the patients with essential hypertension. The aim was also to compare the health promotion behavior with various variables, i.e., sex, age, occupation, education level, length of illness and perceived health status.

A total of 350 patients with essential hypertension attending the Hypertension Clinic at Siriraj Hospital were selected by purposive sampling. The data were obtained by interviewing and were analysed by using the SPSS/PC+ program. The percentage, the arithmetic mean and the standard deviation were calculated and further compared by t-test and F-test.

The results were as follows :

1. Most patients with essential hypertension (64.30%) had health promotion behavior at good level and most - patients with essential hypertension (56.86%) had perceive health status at moderate level.
2. The patients with essential hypertension with different sexes, ages, occupations, education levels and length of illness had significant difference in the health promotion behavior at .01 level.
3. The patients with essential hypertension with different perceived health status had no significant difference in the health promotion behavior.