

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา กึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชน ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงและการป้องกัน
2. บทบาท ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3. ทฤษฎี แนวคิด กระบวนการที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง
 - แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงและการป้องกัน

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg (WHO, 2005)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง มีหลายวิธี ที่นิยม ได้แก่

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต นิยมใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และของ Chobanian et al. (2003) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดง ระดับความดันโลหิตแบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation, and Treatment of Hypertension

WHO			JNC 7		
ค่าความดันโลหิต	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)	ค่าความดันโลหิต	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)
Optimal	< 120	และ < 80	Normal	< 120	และ < 80
Normal	120-129	และ/หรือ 80-84	Pre - Hypertension	120-139	หรือ 80-89
High normal	130-139	และ/หรือ 85-89			
Grade1 Hypertension (Mild)	140-159	และ/หรือ 90-99	Stage 1 Hypertension	140-159	หรือ 90-99
Grade2 Hypertension (Moderate)	160-179	และ/หรือ 100-109	Stage 2 Hypertension	≥ 160	หรือ ≥100
Grade3 Hypertension (Severe)	≥ 180	≥ 110			
Isolated Systolic Hypertension	≥ 140	และ < 90			

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; อากาศร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552

2. แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบ่งได้ 3 ระดับ คือ

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 มีอาการที่แสดงว่า อวัยวะบางส่วนเริ่มมีความผิดปกติ เช่น ตรวจพบหลอดเลือดแดงของเรตินา หัวใจซีกซ้ายโต การทำงานของไต เริ่มผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการที่แสดงว่า อวัยวะมีสมรรถภาพเสื่อมลง เป็นผลจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาตจากหลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย

3. แบ่งตามสาเหตุ ออกเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 ภาวะความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ร้อยละ 10 อาจมีสาเหตุจาก โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือจากโรคของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคไต เนื่องจากต่อมหมวกไต ยาคุมกำเนิด หากทราบสาเหตุสามารถรักษาให้หายขาดได้

3.2 ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Essential or primary hypertension) ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 90 ของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบได้ประมาณ 5-10 % ของคนทั่วไป ส่วนใหญ่เริ่มพบในคนอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป(สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2544, ละเอียต แจ่มจันทร์;

สุริ ชันธรักษาวงศ์, 2549 และอาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย (Chobanian et al, 2003) โดยอาจแบ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคได้ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

3.2.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1) กรรมพันธุ์ จะมีส่วนในการกำหนดค่าความดันโลหิตถึงร้อยละ 30 (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

2) อายุ ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเริ่มในอายุประมาณ 35 ปี เมื่ออายุ 55 ปี พบโอกาสการเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 และพบว่าใน 2 คน จะมี 1 คน มีความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553; Chobanian et al, 2003; Whelton et al., 2002)

3) เพศ พบว่าเพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่าเพศหญิงจนถึงอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับเพศหญิงมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

4) เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงกว่าคนผิวขาว โดยอาจเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน (Bosworth et al., 2008)

3.2.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานเกลือโซเดียมมากทำให้ไตทำงานหนัก เนื่องจากโซเดียมมีผลต่อการดูดกลับของน้ำในร่างกายและส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549) การบริโภคเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้าบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่ม ก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตาม พบว่าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถ้าลดการบริโภคเกลือโซเดียมเหลือเพียง 100 mEq ต่อวัน (ประมาณ 6 กรัมต่อวัน) จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ คงหนู (2542) เรื่องมิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี ที่พบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) กล่าวคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือในระดับเสี่ยงมากจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงถึง 42.9 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่า การรับประทาน อาหารรสเค็ม มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หรือการศึกษาของ พิษามณูญ์ ภูเจริญ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ที่ควบคุมการบริโภคอาหารเค็ม มีระดับความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของ

คาปูชีโอ และคณะ (Cappuccio et al., 2006) พบว่าการกินเค็มกับ Systolic Blood Pressure (SBP) และ Diastolic Blood Pressure (DBP) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมัน หรืออาหารที่ให้พลังงานสูงมากเกินความต้องการส่งผลให้เกิดการสะสมในรูปแบบไขมัน และเกิดโรคอ้วนในที่สุด โดยพบว่าคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556; Kochar & Daniels, 1978: 100 อ้างในธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่าการรับประทาน อาหารมัน อาหารทอด หรือปรุงด้วยกะทิ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โรคอ้วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Rahmouni et al., 2005) จากการศึกษาของคาวาดา (Kawada, 2002) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี จำนวน 16,871 คน พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ 20, 25 และ 28 สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ 2.1, 3.3 และ 4.6 ตามลำดับ หรือการศึกษาของสแตมเลอร์และคณะ (Stamler et al., 1978 อ้างถึงใน นิภา จรุงเวสม์, 2548) เกี่ยวกับการมีน้ำหนักตัวเกินกับแรงดันเลือด พบว่าในคนอายุ 40-49 ปี ที่มีน้ำหนักตัวเกิน มีอัตราชุกของโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 50 ของคนที่น้ำหนักปกติ เมื่อน้ำหนักเพิ่ม ความดันโลหิตก็จะเพิ่ม ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท (Lazarou & Kouta, 2008) และถ้าลดน้ำหนักได้ 10 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

2) ภาวะเครียด มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยความเครียดมักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพด้วย (สมชัย บวรกิตติ, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล, นรินทร์ หิรัญสุขธิกุล และคณะ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) จากการศึกษาของ แครร์รอล และคณะ (Carroll et al., 2001) ถึงความเครียดที่ปฏิบัติต่อระดับความดันโลหิตและทำนายการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และสามารถทำนายการเกิดความดันโลหิตในอนาคตได้

4) การดื่มสุรา การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

5) การสูบบุหรี่ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; Medicine net, 2004 อ้าง

ใน สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550: 81; Norton, 1995; Jacob, 2002 อ้างใน ศรัณญา คล้ายสกุล, 2551: 25) หรือผลของนิโคตินที่มีโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2549) ที่พบว่า การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงถึง 4.9 เท่า

6) การไม่ออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน โดยจะช่วยลดระดับความดัน ซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Chobanian et al, 2003) การศึกษาของ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2549) พบว่า วิถีชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตถึงปัจจุบันมีผลให้ลดกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและเกือบสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่าการไม่ออกกำลังกายสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสาร endorphine ซึ่งทำให้บุคคลมีความสุข และช่วยลดความเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ออกกำลังกายเท่าไรถึงจะลดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งศึกษาในประชาชนชาวญี่ปุ่นจำนวน 207 คน แบ่งผู้เข้าร่วมการทดลองเป็น กลุ่มควบคุมซึ่งให้ดำเนินชีวิตตามปกติแต่จะมีเครื่องวัดระดับกิจกรรมปกติของพวกเขา และกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม โดยแบ่งตามความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายได้แก่ กลุ่ม 1 ออกกำลังกาย 30-60 นาที/สัปดาห์, กลุ่ม 2 ออกกำลังกาย 61-90 นาที/สัปดาห์, กลุ่ม 3 ออกกำลังกาย 91-120 นาที/สัปดาห์ และกลุ่ม 4 ออกกำลังกาย > 120 นาที/สัปดาห์ เมื่อครบ 8 สัปดาห์ พบว่า การออกกำลังกายช่วยลดน้ำหนัก BMI และความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง อย่างมีนัยสำคัญ (Takata, Ohta & Tanaka, 2003)

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เลือกกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถกำหนดกลุ่มเสี่ยงได้ชัดเจน ในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมเพื่อช่วยลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35 - 59 ปี ร่วมกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะบำบัด เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนานๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมี

อาการต่างๆปรากฏได้ แต่อาการที่พบมักจะไม่เฉพาะเจาะจง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ส่วนมากมักพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า โดยอาการจะหายไปได้เอง อาการอื่นๆที่พบร่วม ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ตามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย ไร้อารมณ์ทางเพศ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปเป็นระยะเวลานานๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) และไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการทำลายอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดที่ตาดำตัวขึ้นแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแตก ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัว และตาบอด ภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจล้มเหลว การแตกทำลายเนื้อเยื่อสมอง เส้นเลือดในสมองแตก การตีบ อุดตันของหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ เกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2547; พิชามณัฐ ภูเจริญ, 2550: 15-16) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังกล่าว

แนวทางการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation, and Treatment of Hypertension (Chobanian, 2003) แนะนำว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Life style Modification) สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ รวมถึงยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ถึงร้อยละ 50 จึงเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2553: 35) โดยมีแนวทาง ดังต่อไปนี้

1. การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจำกัดโซเดียม ไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ (Chobanian, 2003)

1.1 การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก

โซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกายซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต (Chobanian, 2003) การเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานอาหารใน 1 วัน มากกว่า 4 ช้อนชา จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น

ปริมาณการเคี้ยวและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานอาหารใน 1 วัน จึงไม่ควรเกิน วันละ 4 ซ่อนชา โดยแยกเป็นเกลือ 0.1 ซ่อนชา น้ำปลา 2.6 ซ่อนชา และซอส 1.6 ซ่อนชา ซึ่งจะได้ปริมาณโซเดียมต่ำกว่ามาตรฐานของ WHO 0.5 เท่า (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 182) โดยมีการแยกอาหารที่มีโซเดียม ดังนี้

อาหารที่มีโซเดียมจากธรรมชาติ ส่วนใหญ่มีอยู่ในเนื้อสัตว์มากกว่าพืช และไม่มีรสเค็ม

อาหารที่มีโซเดียมจากการแปรรูปหรือการถนอมอาหาร เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็มและตากแห้ง ซึ่งมีการเคี้ยวเพื่อรักษาไม่ให้อาหารเน่าเสีย ส่วนอาหารกระป๋องนั้นใช้สารกันบูดซึ่งมีโซเดียมเป็นส่วนผสมอยู่ในปริมาณมากอยู่แล้ว เป็นต้น

เครื่องปรุงรสต่างๆ ทั้งที่มีรสเค็มและไม่เค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซอสปรุงรสต่างๆ ทั้งที่มีรสหวาน รสเปรี้ยว รสเผ็ด ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ น้ำจิ้มไก่ เต้าเจี้ยว น้ำบูดู ปลาแร่ เต้าหู้ยี้ ซุปก้อนต่างๆ เป็นต้น

ผงชูรส เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมอยู่ประมาณร้อยละ 15 เมื่อมีการเคี้ยวผงชูรสในอาหาร ทำให้มีปริมาณโซเดียมสูงขึ้นจากธรรมชาติ

อาหารกึ่งสำเร็จรูป ทั้งชนิดกึ่งและชนิดผง บางชนิดปรุงรสไว้เลยหรือมีเครื่องปรุงแถมมา ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณมาก ที่ขายในท้องตลาด เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปต่างๆ

ขนมต่างๆ ที่ใช้ผงฟู เพราะผงฟูมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนม เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก คุกกี้

อาหารดังกล่าวเป็นตัวอย่างอาหารที่มีโซเดียมสูง มิได้หมายความว่าไม่ให้กิน แต่ควรกินในปริมาณน้อย หรือไม่ควรปรุงอาหารให้มีรสเค็มจัด เช่น ตักน้ำปลาพริกาดข้าวก่อนกิน หรือเติมน้ำปลาในอาหารก่อนชิม เป็นต้น

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนได้รับต่อวันจากอาหารรวมถึงเครื่องปรุง จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและอื่นๆ พบว่ามีการได้รับ ปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกันตั้งแต่ 3-7 กรัมหรือมากกว่านั้น โดยส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับอยู่ในรูปสารประกอบคลอไรด์ เท่ากับว่าคนปกติได้รับ เกลือ ประมาณ 7.5-17.5 กรัมต่อวัน โดยโซเดียมที่ได้รับส่วนน้อยจากสารประกอบอื่นที่ไม่ใช่โซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมโมโนกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ซึ่งไม่มีรสเค็มนอกจากนี้ยังได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างร่างกาย (อนุชา นิลอยู่, 2542: 21-22)

1.2 การควบคุมอาหารไขมันสูง

ไขมันเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี เค เป็นแหล่งพลังงานให้กับร่างกาย กล่าวคือไขมัน 1 กรัมให้พลังงานสูงถึง 9 กิโลแคลอรี โดยผู้หญิงวัยทำงานต้องการไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน (25 กรัม) และผู้ที่ต้องการพลังงานมากไม่เกิน 9 ช้อนชาต่อวัน (45 กรัม) ถ้าบริโภคมากเกินไปจะเกิดการสะสมทำให้เกิดโรคอ้วนเป็นต้นเหตุโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2556; Kochar & Daniels, 1978: 100 อ้างในธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่า การรับประทาน อาหารมัน อาหารทอดหรือปรุงด้วยกะทิ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำหรืออาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวจะสามารถลดความดันโลหิตและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Lipid Research Clinics Program, 1984: 351-374, วลัย อินทร์ทรัพย์พรชัย, 2530: 135-136, 211-213, อมรรัตน์ และคณะ, 2536: 143 อ้างในอนุชานิลอยู่, 2542: 22-23)

1.3 การควบคุมอาหารหวาน

สารให้ความหวานได้แก่ น้ำตาลจัดเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2552 พบวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ดื่มน้ำอัดลม และน้ำหวาน ร้อยละ 31 พบอัตราการบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงเกือบ 3 เท่าจาก 12.7 กิโลกรัมต่อปี ในปีพ.ศ. 2526 หรือเฉลี่ย 25 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ซึ่งราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แนะนำให้บริโภคไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดการสะสมในรูปไขมัน จนเกิดโรคอ้วน โดยพบว่าคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูง ผลการสำรวจสุขภาพคนไทย พบผู้หญิงอ้วนเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.4 การรับประทานอาหาร DASH dietary (Dietary Approaches to stop Hypertension) พบว่าการรับประทานผักผลไม้ในปริมาณมาก รับประทานอาหารที่มีไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอลต่ำ จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ ประมาณ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) อาหารด้านความดันโลหิตสูง (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004) เป็นอาหารที่ใช้เป็นแนวทาง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยผัก ผลไม้ ธัญพืช นม และอาหารไขมันต่ำ รวมถึงเนื้อปลา สัตว์ปีก ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง การจำกัดอาหาร เครื่องดื่มรสหวาน เนื้อแดงและไขมันซึ่งมีผลต่อความดันโลหิต สำหรับประชาชนทั่วไป เน้นนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รวมถึงเสนอทางเลือกต่ออาหารขยะ และต่อต้านการบริโภคอาหารแปรรูป ส่งผลต่อการลดความดันโลหิตซิสโตลิก 6 มม.ปรอทและ

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 3 มม.ปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และลดความดันโลหิตซิสโตลิก 11 มม.ปรอทและ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 6 มม.ปรอท ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยวางแผนรับประทานอาหารประมาณ 1,699-3,100 แคลอรี ในทุกวันและให้หลากหลาย

วิธีลดแคลอรีในการรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง

การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง สามารถช่วยให้น้ำหนักลดได้ เนื่องจากเป็นอาหารแคลอรีต่ำ เช่น ผักและผลไม้ ทำให้อาหารแคลอรีสูง ต่ำลงได้โดยการเติมผักหรือผลไม้ลงในขนมหรือของหวาน ซึ่งทำให้บรรลุเป้าหมายคือ การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง ได้โดยง่าย ดังนี้

- 1) เพิ่มการบริโภคผลไม้โดยเน้นผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด แทนขนมต่างๆ
- 2) เพิ่มการรับประทานผัก แทนการเพิ่มอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาลต่างๆ) หรือ โปรตีน (ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ)
- 3) เพิ่มการรับประทานผลิตภัณฑ์จากนมที่ไม่มีหรือมีไขมันต่ำ เช่น โยเกิร์ต แทนไอศกรีม หรือเลือกไอศกรีมไขมันต่ำ
- 4) เลือกใช้เครื่องปรุงรสที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำ
- 5) เลือกใช้น้ำมันจากพืช และใช้น้ำมันเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยใช้
- 6) หั่นอาหารเป็นชิ้นเล็กๆและค่อยๆรับประทาน
- 7) เลือกใช้ผลิตภัณฑ์จากนมที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำ
- 8) ตรวจสอบฉลากอาหารเพื่อเปรียบเทียบปริมาณไขมันในอาหารที่บรรจุและเลือกใช้รายการที่ทำเครื่องหมายปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำกว่าเสมอ
- 9) จำกัดอาหารที่หวานมาก เช่น ขนม โยเกิร์ตที่มีรสหวาน ลูกอม ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน และน้ำผลไม้ เลือกดื่มน้ำเปล่าหรือผลไม้กระป๋องแทน
- 10) ถ้าจะรับประทานโยเกิร์ตให้เลือกที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำและใส่ผลไม้เพิ่ม
- 11) รับประทานผลไม้หรือผักแทนขนมขบเคี้ยวต่างๆ
- 12) ดื่มน้ำเปล่าหรือเครื่องดื่มโซดาหรือโซดาผสมมะนาว

สัดส่วนของอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

- 1) ธัญพืช 7-8 หน่วยบริโภคต่อวัน โดยธัญพืชหมายถึง ขนมปัง ข้าวอบกรอบ ข้าว และพาสตา ควรเลือกธัญพืชชนิดไม่ขัดขาว เช่น ข้าวโอ๊ต ขนมปังธัญพืชชนิดหยาบและข้าวซ้อมมือ แทนธัญพืชชนิดขัดขาว เช่น ขนมปังขาว ข้าวขาว เนื่องจากมีวิตามิน เกลือแร่ โยอาหาร และสารอาหารต่างๆ มากกว่า นอกจากนี้ยังอ้วนท้องมากกว่าและนานกว่าด้วย

2) ผลไม้ และผัก 8-10 หน่วยบริโภคต่อวัน ผลไม้ และผักเป็นอาหารที่มีไขมัน และพลังงานต่ำ อุดมด้วยวิตามินหลายชนิด เคลือบแร่ เช่น โพแทสเซียม โยอาหาร และสารไฟโตเคมิคอล ซึ่งเป็นสารเคมีที่มีสรรพคุณป้องกันโรคหัวใจและมะเร็ง โดยมีวิธีเพิ่มผัก ผลไม้ในอาหารได้ ดังนี้

2.1) ซู้ผัก ผลไม้หลายๆชนิดไว้ในตู้เย็น ซึ่งจะช่วยให้มีตัวเลือกในการคิดรายการอาหารมากขึ้น โดยเลือกผัก ผลไม้ที่เก็บได้ไม่นานมารับประทานก่อน

2.2) เตรียมผลไม้ หรือถั่วชนิดต่างๆไว้ที่โต๊ะทำงานเพื่อใช้เป็นอาหารว่าง

2.3) หั่นผัก ผลไม้เป็นชิ้นเล็กใส่กล่องแช่ตู้เย็น เพื่อเอารับประทานอะไร ลองเติมผัก หรือผลไม้ใส่ไปด้วย

2.4) ใช้ผักสีสดใสต่างๆ มาทำสลัด นอกจากนำมารับประทานยังมีสารแอนติออกซิเดชั่น

2.5) ดื่มน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3) ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน นม เนยแข็ง และโยเกิร์ต เป็นอาหารที่มีโปรตีนและแคลเซียมสูง ขณะเดียวกันก็มีไขมันสูงด้วย ดังนั้นถ้าบริโภคในปริมาณมากหรือต่อเนื่องอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม มีไขมันอุดตัน และความดันโลหิตสูง จึงควรเลือกหรือปรับโดยวิธีต่อไปนี้

3.1) ค่อยๆ ปรับรสชาตินมที่ละน้อยจากนมสดรสชาติเข้มข้นมาเป็นนมไขมันต่ำโดยผสมนมไขมันต่ำทีละน้อย หรือลองดื่มนมถั่วเหลืองแทน

3.2) ลดการใช้เนยปรุงอาหาร หากต้องใช้เนยแข็งให้เลือกใช้น้ำมันที่มาจากโปรตีนถั่วเหลือง หรือเนยแข็งไขมันต่ำ

3.3) กินโยเกิร์ตแช่แข็งหรือไอศกรีมผลไม้ ซึ่งมีไขมันต่ำแทนไอศกรีมทั่วไป

3.4) ใช้กระทะเคลือบในการปรุงอาหารเพื่อลดการใช้ไขมันหรือน้ำมัน

4) เนื้อสัตว์ ไข่ และปลา ไม่เกิน 2 หน่วยบริโภคต่อวัน อาหารกลุ่มนี้มีโปรตีน และแมกนีเซียมสูง ขณะเดียวกันก็มีไขมันสูงเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์นม จึงควรเลือก หรือปรับโดยวิธีต่อไปนี้

4.1) เลือกเนื้อไม่ติดมัน เช่น เนื้ออกไก่ เนื้อสันหมูหรือวัว และเลาะไขมันออกก่อนปรุงอาหาร

4.2) ลอกหนังไก่ออกก่อนรับประทาน ช่วยลดปริมาณไขมันออกได้ครึ่งหนึ่ง

4.3) นำแกงจืดหรือซूपไปแช่เย็น ไขมันจะจับตัวแข็งบนผิวหน้า ทำให้ตักออกได้ง่ายก่อนกิน

4.4) เลือกรับประทานเนื้อปลามากกว่า ไก่หรือเนื้อ เพราะมีกรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยลดความดันโลหิต

4.5) ปรุงอาหารจากเนื้อปลา โดยใช้วิธี ต้ม นึ่ง อบ หรือย่าง แทนการทอด

5) ถั่ว และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ 4-6 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ ถั่ว (ถั่วฝัก ถั่วเมล็ดแห้ง) ถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ เป็นอาหารที่มีโปรตีน ใยอาหาร และสารอาหารหลายชนิด โดยเฉพาะแมกนีเซียม และโพแทสเซียม ถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชมีไขมันอยู่มาก แม้ว่าส่วนใหญ่เป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวซึ่งเชื่อว่าสามารถป้องกันโรคหัวใจได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรกินถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชมากเกินไป และควรเลือกกินถั่วเมล็ดแห้งเป็นหลัก

6) ไขมัน จำกัดปริมาณ 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน เนื่องจากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์นม และอาหารสำเร็จรูปส่วนมาก แม้แต่ชนิดไขมันต่ำ มักจะมีไขมันปะปนอยู่ด้วย อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงแนะนำให้จำกัดปริมาณไขมัน โดยวิธีต่อไปนี้

6.1) ใช้กระทะหรือหม้อเคลือบ เพื่อลดการใช้ น้ำมันหรือไขมันให้น้อยที่สุด ขณะปรุงอาหาร

6.2) ลองใช้น้ำหรือน้ำซूपทดแทนน้ำมัน

6.3) ในการทำอาหาร ใช้สมุนไพรปรุงกลิ่นหรือรสแทนน้ำมันหรือเนย

7) ขนมหวาน จำกัดปริมาณ 5 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ โดยวิธีต่อไปนี้

7.1) กินขนมปังปิ้งกับผลไม้สดแทนการทานเนย แยม

7.2) กินโยเกิร์ตชนิดจืดและเติมผลไม้สดตามชอบแทนโยเกิร์ตแต่งรส เพราะบางชนิดมีน้ำตาลผสมมากถึง 7 ช้อนชา

7.3) อ่านฉลากก่อนซื้อธัญพืชอบกรอบ เนื่องจากบางชนิดเติมน้ำตาลหรือน้ำเชื่อม

8) เกลือ ในแต่ละวันเราต้องการเกลือโซเดียมไม่เกิน 200-500 มิลลิกรัม หรือ ½ ช้อนชา เนื่องจากเกลือโซเดียมมีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติเกือบทุกชนิด เช่น แอปเปิล บร็อกโคลี หรือข้าว สำหรับปริมาณที่แนะนำในคนไทยคือ 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน จึงแนะนำให้จำกัดปริมาณเกลือ โดยวิธีต่อไปนี้

8.1) พยายามกินอาหารสำเร็จรูปให้น้อยที่สุด อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง เช่น ผักหรือผลไม้สด มักมีเกลือต่ำโดยธรรมชาติ

8.2) เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปโดยดูฉลากที่ระบุว่า “ไม่มีเกลือ” หรือ “มีเกลือน้อย”

8.3) ไม่ควรใช้เกลือปรุงรสอาหาร หากจำเป็นให้เติมในขั้นตอนสุดท้าย เพราะช่วยให้ใช้เกลือน้อยลง

8.4) เสริมรสชาติอาหารด้วยเครื่องเทศ สมุนไพร มะนาว หรือน้ำส้มสายชู แทนเกลือ

8.5) ถ้ากินอาหารนอกบ้าน ให้กำชับพ่อครัวว่าไม่เติมเกลือในอาหาร

8.6) วางแผนล่วงหน้า หากทราบว่าอาหารมีเค็มเป็นอาหารที่มีเกลือสูง ให้เลือกอาหารที่ “ไม่มีเกลือ” เป็นอาหารเช้าและกลางวัน

9) โปแทสเซียม ในแต่ละวันเราต้องการโปแทสเซียม 3,500 มิลลิกรัม หากโปแทสเซียมในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น วิธีที่ดีที่สุดในการเพิ่มโปแทสเซียมคือ เลือกกินอาหารที่มีโปแทสเซียมสูงเพิ่มขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง ผลิตภัณฑ์นม ไขมันต่ำ

10) แคลเซียม ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ควรกินแคลเซียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ควรกินแคลเซียมวันละ 1,200 มิลลิกรัม ในผู้ชายและ 1,500 มิลลิกรัม ในผู้หญิง หากแคลเซียมในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น การเพิ่มแคลเซียมในร่างกายแต่ละวันมาจากอาหารเป็นหลัก โดยผลิตภัณฑ์นมเป็นแหล่งสำคัญที่มีแคลเซียมสูง โดยแนะนำให้เป็นนม เนยแข็ง หรือโยเกิร์ต ไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน เต้าหู้ ผักใบเขียว ส้ม

11) แมกนีเซียม ในแต่ละวันเราต้องการแมกนีเซียม 320 มิลลิกรัม เป็นเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกายชนิดหนึ่ง หน้าที่ประการหนึ่งคือทำให้หลอดเลือดขยาย พบว่าการกินแมกนีเซียมเสริมอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย การรับแมกนีเซียมวิธีที่ดีที่สุดและราคาถูกก็จากอาหารเป็นหลัก ได้แก่ เต้าหู้ ผักขม เมล็ดทานตะวัน ข้าวซ้อมมือ ถั่ว

1.5 ชงโภชนาการ

นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (Thailand Recommended Daily Allowance; RDA) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการบริโภคอาหาร ให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นตามที่กำหนดไว้ ในระดับพอเพียงต่อความต้องการทางโภชนาการ เป็นแนวทางการบริโภคอาหารในประชากรทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับโภชนาการ (Chronic non-communication Diseases Related to Nutrition) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ และอาหารแลกเปลี่ยน เป็นเครื่องมือในการวางแผนบริโภคอาหาร (วินัส ลีพหกุล และคณะ, 2545:5)

และแลกเปลี่ยนในกลุ่มที่ให้คุณค่าทางโภชนาการเท่ากัน มีรายละเอียดตามธงโภชนาการ ซึ่งช่วยอธิบายปริมาณของอาหาร ที่ควรกินในแต่ละวันสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จนถึงผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ตามข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:19)

ตารางที่ 2.2 แนวทางปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภค สำหรับประชาชนทั่วไป

สารอาหาร	ปริมาณที่แนะนำให้บริโภค (ร้อยละของพลังงานที่บริโภค)
ไขมันทั้งหมด(Total fat)	≤ 30
กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid)	< 10
กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty acid)	10 - 15
กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid)	< 10
คาร์โบไฮเดรต	55 – 60
คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน(Complex carbohydrate)	> 50
น้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว(Simple carbohydrate)	< 10
โปรตีน	15
ใยอาหาร (กรัมต่อวัน)	25 - 35
โคเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อวัน)	< 300
เกลือแกง (กรัมต่อวัน)	< 6

ที่มา : National Cholesterol Education Program, 1991 อ้างถึงในวินัส ลิพทกุล และคณะ, 2545:4

ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคตามธงโภชนาการต่อวัน

การบริโภคอาหารที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวนพลังงานที่ต้องใช้ในแต่ละวัน เพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงานในร่างกายและสุขภาพที่ดีของคนไทย จึงกำหนดจำนวนพลังงานเป็น 3 ช่วง ดังต่อไปนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

- พลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กอายุ 6-13 ปี หญิงวัยทำงานอายุ 25-60 ปี และผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นหญิง- ชายอายุ 14-25 ปี และชายวัยทำงานอายุ 25-60 ปี

3. พลังงาน 2,400 กิโลแคลอรี สำหรับหญิง-ชายที่ใช้พลังงานมาก เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างชนิดและปริมาณของอาหารที่คนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุควรรับประทานใน 1 วัน โดยแบ่งตามการใช้พลังงานเป็น 3 ระดับ

กลุ่มอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
		1,600	2,000	2,400
ข้าว - แป้ง	ทัพพี	8	10	12
ผัก	ทัพพี	4 (6)	5	6
ผลไม้	ส่วน	3 (4)	4	5
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6	9	12
นม	แก้ว	2 (1)	1	1
น้ำมัน น้ำตาล เกลือ	ช้อนชา	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น		

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บคือปริมาณที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างกลุ่มอาหารที่ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

กลุ่มอาหาร	ตัวอย่างอาหาร
ข้าว - แป้ง	ข้าวสุก 1 ทัพพี = ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี = ข้าวเหนียว ½ ทัพพี = ขนมจีน 1 จีบ = ขนมปัง 1 แผ่น = บะหมี่ 1 ก้อน
ผัก	ผักทองสุก 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แดงกวาดิบ ½ ผลกลาง
ผลไม้	1 ส่วน = เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง ½ ผลกลาง = มะม่วงดิบดิบ ½ ผล = กล้วยน้ำว้า 1 ผล = ส้มเขียวหวาน 1 ผล ใหญ่ = สับปะรดหรือแตงโม หรือมะละกอ 6-8 ชิ้นพอคำ = ลองกองหรือลำไย หรือองุ่น 6-8 ผล
เนื้อสัตว์	ปลาทุ 1 ช้อนกินข้าว (½ ตัวขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว = ไช้ไก่ ½ ฟอง = เต้าหู้แข็ง ¼ ช้อน = ถั่วเมล็ดแห้งสุก 2 ช้อนกินข้าว
กลุ่มนม	นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร้อมมันเนย 1 แก้ว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหารทั้งในด้านการควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก และการควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูงเนื่องจากอาหารทั้งสองประเภทล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของประชากร 31 กลุ่มเสี่ยงทั้งสิ้น และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยได้ปรับใช้แนวทางอาหารด้านความดันโลหิตสูงร่วมกับการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 2.5 การปรับใช้แนวแนวทางอาหารด้านความดันโลหิตสูงร่วมกับการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการในงานวิจัย

อาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง	ธงโภชนาการ	งานวิจัย
<p>วางแผนรับประทานอาหารหลายอย่างที่รวมในอาหารทุกวันมีปริมาณแคลอรีตั้งแต่ 1,699-3,100 แคลอรี โดยมีสัดส่วนของอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้</p> <p>1) ธัญพืช 7-8 หน่วยบริโภคต่อวัน</p> <p>2) ผลไม้ และผัก 8-10 หน่วยบริโภคต่อวัน</p> <p>3) ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน</p> <p>4) เนื้อสัตว์ ไข่ และปลา ไม่เกิน 2 หน่วยบริโภคต่อวัน</p> <p>5) ถั่ว และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ 4-6 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์</p> <p>6) ไขมัน จำกัดปริมาณ 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน</p> <p>7) ขนมหวาน จำกัดปริมาณ 5 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์</p> <p>8) เกลือ ไม่เกิน 200-500 มิลลิกรัม หรือ ½ ช้อนชาต่อวัน</p> <p>9) โพแทสเซียม 3,500 มิลลิกรัมต่อวัน</p>	<p>แสดงกลุ่มอาหารและสัดส่วนการกินอาหารของธงโภชนาการ เป็น 4 ชั้น ดังนี้</p> <p>1. ชั้นที่ 1 กลุ่มข้าวแป้ง วันละ 6-12 ส่วน</p> <p>2. ชั้นที่ 2 กลุ่มผักและกลุ่มผลไม้ โดยกินผักวันละ 4-6 ทัพพี ผลไม้ 3-5 ส่วน</p> <p>3. ชั้นที่ 3 กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ไช้ และกลุ่มนม วันละ 3-6 ส่วน หรือ 6-12 ช้อนกินข้าว</p> <p>4. ชั้นที่ 4 กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินแต่น้อย เท่าที่จำเป็น *** น้ำมันหรือไขมัน ไม่เกิน 2 ส่วนหรือ 2 ช้อนชา เกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา และ น้ำตาล ไม่เกินวันละ 4ช้อนชา</p>	<p>โดยยึดธงโภชนาการเป็นหลักและนำแนวทางอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูงมาสอดคล้อง ดังนี้</p> <p>1. กลุ่มข้าวแป้ง วันละ 7-8 ทัพพีต่อวัน ได้แก่ อาหารกลุ่มธัญพืช เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ขนมหิน ขนมหงอก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่เป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย เลือกอาหารธัญพืชชนิดไม่ขัดขาว หรือขัดขาวแต่น้อย เช่น ข้าวกล้อง ขนมหงอกธัญพืชชนิดหยาบ เป็นต้น จะให้คุณประโยชน์มากกว่า มีวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร ได้พลังงานที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อิ่มท้องนานกว่า และสามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ด้วย</p> <p>2. กลุ่มผลไม้และผัก อาหารกลุ่มผลไม้และผักเป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหารและมีฤทธิ์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ดังนั้น ควรรับประทานวันละ 8-10 ส่วน โดยแนะนำให้บริโภคผัก 6 ทัพพี ผลไม้ 4 ส่วน เพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้</p> <p>3. กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ไช้ และกลุ่มนม วันละ 3-6 ส่วน หรือ 6-12 ช้อนกินข้าว แนะนำให้บริโภคปลาเป็นหลัก เพราะในปลามีไขมันโคเลสเตอรอล และพลังงานต่ำกว่าเนื้อสัตว์ชนิดอื่นสลับกับการบริโภค เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไช้ รวมทั้งบริโภคถั่วเมล็ดแห้ง เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหาร โปรตีนที่มีคุณภาพดีเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และนม เป็นแหล่งของแร่ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินบี 2, 12 นอกจากนี้แคลเซียมในนมยังสามารถช่วยลดความดันโลหิตลงได้ แนะนำให้บริโภคผลิตภัณฑ์นมชนิดไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน วันละ 1 แก้ว ต่อวัน ร่วมกับอาหารชนิดอื่นที่มีแคลเซียมเช่น ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้เหลือง</p> <p>4. กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินแต่น้อย เท่าที่จำเป็น</p>

2. การควบคุมน้ำหนัก (สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550; Chobanian et al, 2003)

พบว่า น้ำหนักตัวยิ่งเพิ่มมากเท่าไร ความดันโลหิตก็จะยิ่งสูงขึ้น จึงต้องควบคุม น้ำหนักตัวให้เหมาะสม ในปัจจุบันมีวิธีประเมินที่สะดวกและนิยม 2 วิธี ได้แก่

- ดัชนีมวลกาย BMI (body mass index) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยการชั่ง น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม วัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำไปคำนวณโดยใช้สูตร

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

สำหรับคนไทยทั้งชายและหญิงหากดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น จึงมีการ กำหนดค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ถือว่าน้ำหนักเกิน

- วัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Tan et al., 2004) โดยรอบเอวที่เหมาะสมกับคนไทยคือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

วิธีการวัด

1. ใช้สายวัดแบบช่างตัดเสื้อ
2. วัดรอบเอวเหนือสะดือให้สายขนานกับพื้น โดยวัดระดับสะดือคือ
3. วัดขณะที่หายใจออกเต็มที่ อย่าให้สายรัดแน่นเกินไป

สำหรับเส้นรอบเอวของผู้ที่จัดว่าอ้วนลงพุง มีไขมันในช่องท้องและร่างกาย คือ ผู้ชาย ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร และผู้หญิง ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป

ตารางที่ 2.6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสำหรับประเทศในเอเชีย

น้ำหนักตัว	BMI (kg/m ²)	Obesity Class	ภาวะเสี่ยง ต่อโรค Metabolic	ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อเส้นรอบเอว	
				ชาย < 90 ซม. หญิง < 80 ซม.	ชาย > 90 ซม. หญิง > 80 ซม.
น้ำหนักน้อย (underweight)	< 18.5	0	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
น้ำหนักปกติ (normal)	18.5 - 22.9	0	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
น้ำหนักเกิน (overweight)	23.0 - 24.9	0	เสี่ยงเพิ่มขึ้น	เสี่ยงเพิ่มขึ้น	เสี่ยงสูง
อ้วน (obesity 1)	25.0 - 29.9	1	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูงมาก
โรคอ้วน (obesity 2)	> 30	2	เสี่ยงสูงมาก	เสี่ยงสูงมาก	เสี่ยงสูงมาก

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2547

การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Tan et al., 2004)

การวัดเส้นรอบเอวจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในอวัยวะภายในช่องท้อง หากมีไขมันช่องท้องมากจะพบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าไขมันที่อยู่ ตามแขนหรือขา คนที่อ้วนลงพุงจึงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสามารถรู้ว่าเป็นอ้วนลงพุงหรือไม่จากการวัดรอบเอว โดยรอบเอวที่เหมาะสมกับคนเอเชียคือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

วิธีการวัด

1. ใช้สายเมตรธรรมดา
2. วัดรอบเอวเหนือสะดือ โดยวัดผ่านสะดือ
3. ให้สายขนานกับพื้น
4. อย่าให้สายรัดแน่นเกินไป
5. วัดขณะที่หายใจออกเต็มที่

สำหรับเส้นรอบเอวของผู้ที่จัดว่าเป็นอ้วนลงพุง มีไขมันในช่องท้องและร่างกาย คือ ผู้ชาย ≥ 90 เซนติเมตร และผู้หญิง ≥ 80 เซนติเมตร

โดยการศึกษาของรอชเรอร์และคณะ (Rohrer et al., 2007) พบว่า จำนวนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) โดยผู้ที่มี BMI > 35 มีโอกาสที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ที่มี BMI ระหว่าง 30 - 35

3. การออกกำลังกาย

หมายถึง กิจกรรมทางกายที่มีการวางแผน มีโครงสร้างและมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างซ้ำๆ แล้วเกิดการใช้พลังงาน ซึ่งจะมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย (สุวิมล สันติเวช, 2545; พระระวี เต็งอำนวยการ, 2553; Sigal et al., 2004) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่ถึงสูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550; ACSM, 1998) โดยใช้หลักเกณฑ์ฟิต (Frequency Intensity Time Type Enjoyment: FITTE) มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) เป็นการกำหนดความเหมาะสมในการออกกำลังกาย โดยควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3-5 วันต่อสัปดาห์
2. ความหนักเบาหรือความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) เป็นการกำหนดความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ออกกำลังกาย เพื่อป้องกันอันตรายต่อร่างกายและให้ได้ผลดีที่สุด โดยปกติเราจะใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัววัดความหนักของงาน ถ้าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ออกกำลังกายควรอยู่ในอัตรา 70-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยการคำนวณดังต่อไปนี้

$$\text{ชีพจรสูงสุด} = (220 - \text{อายุปี}) \times (70 - 80 \%) / 100$$

สำหรับการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง เป็นวิธีการที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้ผลในการป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้ใหญ่ในชุมชนที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง (บุญยวีร์ ประเสริฐไทย, 2550) สามารถวัดได้ด้วยตนเอง โดยใช้การทดสอบความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk test) โดยพูดขณะออกกำลังกาย ถ้าสามารถพูดได้สบายแต่หายใจเร็วมากขึ้น ร่างกายอบอุ่นขึ้น หรือหายใจแรงและลำบากมากขึ้น พูดคุยลำบากขึ้นเล็กน้อย แสดงว่าการออกกำลังกาย มีความหนักระดับปานกลาง (Foster et al., 2008; Norman et al., 2002)

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time of Exercise) เป็นการกำหนดช่วงเวลาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ละครั้ง โดยทั่วไป ควรใช้เวลาประมาณ 25-45 นาที ทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้น โดยสามารถใช้วิธีออกกำลังกายติดต่อกันรวดเดียว หรืออาจใช้วิธีออกกำลังกายแบบสลับสัปดาห์ โดยแบ่งเป็นช่วงๆ ในแต่ละช่วงควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 15-20 นาที

4. ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ส่งเสริมสมรรถภาพของหัวใจและปอดโดยการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ จักรยาน เต้นแอโรบิก รำมวยจีน สำหรับงานวิจัยนี้ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก

5. ความสนุก (Enjoyment of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายจะต้องคำนึงถึงความสนุกสนาน สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสม

ขั้นตอนการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1. อบอุ่นร่างกาย (warm-up) ด้วยการเดินหรือวิ่งเหยาะเบาๆ และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที
2. เคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกาย (exercise phase) ระดับปานกลางหรือรุนแรงตามความสามารถและความชอบ หรือฝึกความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ 15-20 นาที
3. คลายกล้ามเนื้อ (cool down) ด้วยการค่อยๆผ่อนแรงลงจนสู่สภาวะปกติและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที

ผลของการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก ดังต่อไปนี้

1. ได้ปริมาณอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพราะอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
2. อัตราการเต้นของหัวใจและประสิทธิภาพในการสูดเลือดเพิ่มขึ้น
3. การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น
4. ออกซิเจนถูกส่งไปตามอวัยวะต่างๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว
5. ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น
6. ส่งเสริมบุคลิกภาพ ทำให้ร่างกายได้สัดส่วน
7. กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ แข็งแรงมากขึ้น

ในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกาย นอกจากคำนึงถึงประโยชน์คือการควบคุมระดับความดันโลหิต ช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรคำนึงถึงความปลอดภัยในการออกกำลังกายด้วย โดยความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากส่งผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีกว่าความหนักระดับสูง (Chobanian et al, 2003)

สำหรับในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยใช้การออกกำลังกาย ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการออกกำลังกายจะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

4. การจัดการความเครียด

ความเครียด เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงจากหลักการประสาทวิทยา การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อมิให้ความเครียดนั้นเป็นอันตราย ต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่

4.1 การคลายเครียดในภาวะปกติ เป็นวิธีการคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติ โดยมักเลือกปฏิบัติในวิธีที่เคยชิน ถนัด หรือชอบ และสนใจ ทั้งนี้เพียงเพื่อให้ความเครียดลดลง รู้สึกสบายใจมากขึ้น

4.2 การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546) เมื่อมีความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง และจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เป็นวิธีง่ายๆ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง มีทั้งสิ้น 6 วิธี คือ

4.2.1 การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ได้แก่ แขนขวา แขนซ้าย หน้าผาก ตา แก้ม และจมูก ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น คอ ออก หลัง และไหล่ หน้าท้องและก้น ขาขวา ขาซ้าย

วิธีการฝึกมีดังนี้

- นั่งในท่าที่สบาย เกร็ง
- กล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนชิด

แล้วคลาย

- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี๋ ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เม้มปากแน่น

และใช้ลิ้นดันเพดาน โดยหุบปากไว้แล้วคลาย

- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุด

แล้วกลับสู่ท่าปกติ

- ออก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยก

ไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย

- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีเขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย

- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้าย และขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็ง กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อกลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้นครั้งต่อไป เมื่อเครียดและ กล้ามเนื้อเกร็งจะรับรู้ตัว และริบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยได้มาก

4.2.2 การใช้จินตนาการ การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่ง ที่จะดึงความสนใจออกจาก สถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์อันงดงาม ที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ เป็นการเรียนรู้วิธีการปรับความคิดวิธีหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจาก การคิดแบบไม่มีเป้าหมาย หรือเลื่อนลอย ในการจินตนาการสถานการณ์ที่สดชื่นงดงามนั้น สามารถกระทำได้หลายลักษณะ เช่น การย้อนระลึกถึงสถานที่สวยงาม ที่เคยได้ไปท่องเที่ยวมาแล้ว จำพวกชายทะเล น้ำตก ภูเขา สวนดอกไม้ ทุ่งหญ้า ป่าไม้ เป็นต้น หรือจินตนาการเอาเอง ถึงสถานที่ที่สวยงาม ซึ่งเมื่อนึกถึงแล้ว จะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น ในขณะที่ใช้จินตนาการนั้น จะต้องทำให้ตัวเองรู้สึกเหมือนจริงที่สุด โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 จนแทบจะได้กลิ่นหอมของดอกไม้ ได้ยินเสียงคลื่น ได้สัมผัสหยาดน้ำค้างตามใบหญ้า รู้สึกถึงความอบอุ่นของแสงแดดยามเช้า ฯลฯ เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตาม จนรู้สึกเป็นสุขได้เหมือนอยู่ในเหตุการณ์จริงเลยทีเดียว เมื่อ จิตใจกำลังสงบ และเพลิดเพลินกับจินตนาการ ขอให้ใช้เวลาช่วงนี้บอกย้ำกับตัวเองว่า คุณกำลังผ่อนคลาย กำลังสบายอย่างที่สุด พร้อมทั้งให้กำลังใจตัวเองด้วยว่าคุณเป็นคนเก่ง คุณสามารถเอาชนะปัญหา และอุปสรรคในชีวิตได้อย่างแน่นอน และเมื่อจบการจินตนาการแล้ว ขอให้คุณคงความสดชื่นต่อไป และเกิดกำลังใจ ที่จะสู้ปัญหาหนักขึ้นด้วย

ขั้นตอนของการใช้จินตนาการมีดังนี้

- เลือกสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว ปลอดภัยการรบกวนจากผู้อื่นสัก 10-15 นาที
- นั่งในท่าที่สบาย บนเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลังก็ได้ แต่ต้องระวังอย่าหลับ
- คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้าออกด้วย
- หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบ และเป็นสุข เช่น การเดินชมชายหาด
- เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่า คุณรู้สึกสบาย และคุณเป็นคนดีมีความสามารถมากพอ ที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ

- ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะ
ลงมือทำงานต่อไป

4.2.3 การฝึกการหายใจ

4.2.4 การทำสมาธิเบื้องต้น

4.2.5 การใช้เทคนิคความเงียบ

4.2.6 การใช้เทพเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจัดการความเครียด
ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม
เสี่ยง โดยรูปแบบการจัดการความเครียด จะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

5. การสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าหากผู้สูบบุหรี่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังโดย
วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับจิตสังคมนาบัตจะเพิ่มโอกาสสำเร็จในการเลิกบุหรี่ร้อยละ 20
(Prochazka, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2543) ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ
ความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี อายุระหว่าง 35-55 ปี ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงรับผิชอบต่อภาวะ
สุขภาพโดยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ในระดับมาก

5.1 วิธีเลิกบุหรี่ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2553; Prochazka,
2000) โดยส่วนใหญ่ ประมาณ 90% ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือเลิกได้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี จะเลิกได้ด้วย
ตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือสารนิโคตินแทนบุหรี่ การใช้สารนิโคตินทดแทนมิได้หมายความว่า
จะสามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกคน ความตั้งใจจริง กำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การ
เบี่ยงเบนความสนใจขณะมีอาการอยากบุหรี่ จะสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ วิธีการที่ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้
สำเร็จแนะนำ คือ เตรียมตัว ตั้งใจ ตัดสินใจแน่วแน่ ว่าต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

5.2 อาการที่เกิดขึ้นจากการอดบุหรี่ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางเคมี เพื่อ
ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ โดยอาการจะเป็นเพียงชั่วคราวประมาณ 72 ชั่วโมงเท่านั้น ได้แก่ หงุดหงิด
อยากสูบบุหรี่อีก ง่วง กระสับกระส่าย โกรธง่าย หมดแรง ปวดศีรษะ

มีแนวทางการแก้ไข คือ ดื่มน้ำบ่อยๆ ออกกำลังกาย พุดคุยกับคนข้างเคียง
ที่คุ้นเคยเพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง ผ่อนคลายในห้องที่เงียบๆ ฟังเพลงเบาๆ งดเว้นงานที่
ต้องใช้ความคิดมากๆ ดื่มนมอุ่นๆ คุยปัญหา กับเพื่อนสนิท อดทนกับอารมณ์ของตัวเอง บอกคน
ข้างเคียงให้ทราบ และขอร้องให้อดทนเข้าใจคุณ เขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึก ถ้าทนไม่ไหว
ให้ทุบ หรือชกหมอน เข้าห้องน้ำแล้วตะโกนก็ช่วยได้ หรือรับประทานยาแก้ปวด

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่โดยวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดความเคยชิน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคอย่างถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆเพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการเลิกสูบบุหรี่จะได้รับการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

6. การดื่มสุรา

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตมากขึ้นหลอดเลือดขยายเพิ่มขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบที่มีความดันโลหิตสูงและยิ่งดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูง (จิตติมา ชูแพทย์, 2542) จึงควรจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อวัน ซึ่งจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al, 2003) โดยในผู้ชายไม่เกิน 30 มิลลิตร และในผู้หญิงไม่เกิน 15 มิลลิตร เนื่องจากน้ำหนักตัวน้อยกว่าและร่างกายดูดซึมแอลกอฮอล์ได้มากกว่าผู้ชาย (จิตติมา ชูแพทย์, 2542) หรือในผู้ชายดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (1 ดื่มมาตรฐาน มีแอลกอฮอล์อยู่ประมาณ 10 กรัม นับเป็น 1 แก้ว เท่ากับ เบียร์ 285 ซีซี. หรือ ไวน์ 100 ซีซี. หรือสุรา 30 ซีซี. (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การศึกษาของอัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542: 20-21 อ้างใน อรนุช พงษ์สมบุญ, 2552)

1. หาเหตุผลที่ต้องดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต เช่น เสียใจ เหงา ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ และหาแนวทางการแก้ไขหากต้องเผชิญกับปัญหานี้ๆ อีก โดยไม่ใช้แอลกอฮอล์
2. พิจารณาพฤติกรรมการดื่มของตน เช่น ดื่มเร็ว และเมื่ออยู่กับเพื่อนดื่มมากขึ้นหรือไม่ เพื่อนำมาแก้ไขในการลดปริมาณการดื่มลง เช่น ดื่มให้ช้าลง รับประทานอาหารให้มากขึ้น กำหนดปริมาณที่จะดื่มในแต่ละครั้ง โดยกำหนดให้ลดปริมาณการดื่มลงเรื่อยๆ เดือนตัวเองว่าแอลกอฮอล์เป็นเหมือนยาประเภทหนึ่ง ไม่ควรดื่มเร็วๆ
3. เดือนตัวเองอยู่เสมอว่าแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคม

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการตีแมลงกอล มาสร้างคำถาม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดความเคยชิน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคอย่างถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆเพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการหลีกเลี่ยงการตีแมลงกอล จะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริงเหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

สุชัยญา วงษ์เพ็ง (2541) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรม การอภิปราย การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การกระตุ้นเตือนโดยใช้กลุ่มเพื่อนและ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และการแสดงตัวอย่างของจริง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษามาประยุกต์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น จึงควรนำไปใช้ในการจัด ดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป หรือการศึกษาของ

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2543) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ระยะเวลา 16 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการ พัฒนาขั้นตอน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการควบคุมการบริโภคอาหารเค็ม ไขมัน แป้งและ น้ำตาลสูง การบริโภคอาหารกากใยเป็นประจำ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ไปสู่ขั้นปฏิบัติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิตตัวล่างไปในทางที่ดีขึ้น

บุญชู เหลิมทอง (2553) ศึกษาเรื่องผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยที่ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะงานที่คล้ายกัน ได้รับบริการทางการแพทย์เหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดำเนินตามแผนกิจกรรมประกอบด้วย (a) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ซึ่งจะทำให้กลุ่มทดลองเพิ่มการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (b) ฝึกให้กลุ่มทดลองรู้จักการเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (c) กิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะของตนเอง (d) เพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการให้กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดในคู่มือสุขภาพ โดยผู้วิจัยรวบรวมเพื่อประเมินและสะท้อนความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมดังกล่าวทุกสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

อนุชา นิลอยู่ (2542) ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนอายุ 40 - 59 ปี อำเภอยะบะดา จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 40 - 59 ปี อำเภอยะบะดา จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมรวม 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น

บุญยวีร์ ประเสริฐไทย (2550) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายความหนักปานกลางที่บ้านต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เภทศัคค์เข้าคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานีนอนามัย โดยระดับความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท หลังการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ระดับความดันซิสโตลิก 115-134 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 75-84 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองเลือกวิธีออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือปั่นจักรยาน ระดับความหนักปานกลาง มีเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 60-70 ครั้งละ 30 นาที ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มออกกำลังกายมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ($t = 3.56, 7.00, 7.19, p < 0.001$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับระดับความดันไดแอสโตลิก ($t = 4.12, 5.22, 6.84, p < 0.001$ ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีการออกแรงตามปกติมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลง ($p > 0.005$) กลุ่มออกกำลังกายมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มออกแรงตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

อรนุช พงษ์สมบุญ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 35-59 ปี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ระยะเวลาศึกษารวม 10 สัปดาห์ โดยให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด

โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$) ยกเว้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ส่วนเส้นรอบเอวในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในระยะเวลาสั้นๆ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เพ็ญศรี สุพิมล (2552) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อายุ 35-59 ปี อำเภอสองดาว จังหวัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 120/80-139-89 มม.ปรอท ทำการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น กลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ จัดป้ายประชาสัมพันธ์ แจกวีซีดี วิดีทัศน์ คู่มือการป้องกันโรค การส่งข่าวสาร การสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย และประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

ซาฟาริสซี และคณะ (Saptharishi et al., 2009) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานตอนต้นโดยไม่ใช้ยา: โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มและอีก 3 กลุ่ม สำหรับการให้โปรแกรมได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย,กลุ่มลดการบริโภคเกลือและกลุ่มโยคะ ใช้ระยะเวลาศึกษา 2

เดือน โดยกลุ่มออกกำลังกาย (กลุ่ม 2) ให้ออกกำลังกายโดยให้เดินเร็ว 50-60 นาที/วัน 4 วัน/สัปดาห์ มีการให้กำลังใจและติดตามตรวจสอบเป็นช่วงๆ กลุ่มลดการบริโภคเกลือ (กลุ่ม 3) ให้ลดการบริโภคเกลือในแต่ละวันอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของปริมาณเดิม โดยข้อมูลการบริโภคได้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ผู้เข้าร่วมได้รับการฝึกฝนในการลดการบริโภคเกลือ มีการถามถึงการแยกเกลือและอาหารปรุงสุกจากสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามวิธีการ โดยให้ผู้เข้าร่วมบันทึกรายละเอียดการบริโภคเกลือ เพื่อให้คำแนะนำและสุ่มปริมาณเกลือที่บริโภคเพื่อใช้ทำข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วม กลุ่มโยคะ (กลุ่ม 4) ได้รับการสอนโยคะอาสนะ โดยครูจากสถาบันที่มีคุณภาพ 30-45 นาที/วัน อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งรวมถึงเทคนิคการผ่อนคลายแบบปราณายามะ (ฝึกหายใจ); Asana แบบ Savasana ardha matsyandrasana, naadishudhi asana, single leg และ double raise ผลการศึกษา พบว่า ทั้งสามกลุ่มที่ให้โปรแกรมมีการลดลงของBPอย่างมีนัยสำคัญดังนี้ SBP/DBP: 5.3/6.0 ในกลุ่ม 2 2.6/3.7 ในกลุ่ม 3 และ 2.0/2.6 ในกลุ่ม 4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ BP กลุ่มออกกำลังกายมีประสิทธิภาพสูงที่สุดในขณะที่การลดการบริโภคเกลือและโยคะมีประสิทธิภาพพๆกัน

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ รวมถึงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาหรือสถานะในการทำงาน พบว่า การจัดการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในผู้ที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือในระยะแรกเมื่อได้รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง จะดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 เมื่อรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง รักษาหายได้ จะดูแลตนเองโดยการใช้วิธีบำบัด ทางเลือก ระยะที่ 3 เมื่อรับรู้ว่าเป็นชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย จะดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด และระยะที่ 4 เมื่อรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว จะดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตัวอย่างยืดหยุ่น จากระดับพื้นฐานสู่ระดับที่สูงขึ้น ตามการเรียนรู้จากประสบการณ์ความเจ็บป่วย และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะยึดประสบการณ์ของตนเป็นหลัก ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ไปปรับใช้ในการให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ในกิจกรรมการประเมินความเสี่ยง การทำคู่มือให้กับกลุ่มทดลอง สำหรับการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง พบเป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงรวม 8 เรื่อง ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 สัปดาห์ - 4 เดือน ทฤษฎีที่ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ทฤษฎีความสามารถแห่งตน และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่จัดตั้งแต่ 4-10 ครั้ง รูปแบบการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การ

ตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้กระบวนการกลุ่ม (สุชนัญญา วงษ์เพ็ง, 2541; อนุชานิลาอยู่, 2542, ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543; อรณุช พงษ์สมบุญ, 2552; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; บุญชู เหลิมทอง, 2553) และการมีส่วนร่วม (อนุชานิลาอยู่, 2542, อรณุช พงษ์สมบุญ, 2552; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552) สำหรับรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ควรคำนึงถึงความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย วัฒนธรรม บริบทของชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชน และผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการจัดบริการ (ปราณี ทองพิลา, 2541; วรลักษณ์ คงหนู, 2541; วันเพ็ญ จาริยะศิลป์, 2543; อัญชลี ศรีสวัสดิ์, 2543; ปัญญา จิตต์พูลกุล, 2550) ในการศึกษาที่ผ่านมากิจกรรมส่วนใหญ่ยังเน้นที่ตัวบุคคล มากกว่าชุมชนซึ่งทำให้ชุมชนรู้สึกว่าคุณเองไม่มีส่วนร่วม จึงไม่ตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนรวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 บทบาท ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค ทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ดังนี้

1. กำหนดพื้นที่เป้าหมาย
2. ชักประวัติ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
3. การคัดกรองความเสี่ยงโดยการ
 - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย
 - วัดรอบเอว - สะโพก
 - วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิร่างกาย
 - ประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน ST-5 และ 2Q, 9Q, 8Q ตามลำดับ
 - เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาล
 - ตรวจร่างกาย
4. สรุปผลการตรวจสุขภาพให้ผู้รับบริการทราบ พร้อมให้คำแนะนำ

5. ส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือรับการรักษากรณีตรวจพบโรคหรือความผิดปกติ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ขาดการรักษาต่อเนื่องกรณีมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
 6. จัดกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามนโยบายหรืองบประมาณที่ได้รับจากกอง หรือหน่วยงานต่างๆ เช่น โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กิจกรรมชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ผลักดันให้เกิดตามนโยบายของสำนักอนามัย
 7. การให้สุศึกษา หรือคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และผ่านเสียงตามสายโดยเจ้าหน้าที่ รวมถึงการจัดนิทรรศการ แจกใบปลิวความรู้ แผ่นพับต่างๆ
 8. การให้คำปรึกษาเฉพาะโรคเป็นรายบุคคล
 9. การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) โดยเจ้าหน้าที่เป็นแกนนำหลัก
 10. การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเป้าหมายในการเยี่ยม 208/10,000 ประชากร ตามเกณฑ์กำหนดของสปสข.ที่ทำร่วมกับสำนักอนามัย
 11. การเยี่ยมบ้านหรือดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ของศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำต่างๆ โดยกำหนดให้ออสส. 1 คนดูแลประชาชน 30 ครอบครัว
- ซึ่งพบว่าเป็นการทำงานตามนโยบาย จากบนสู่ล่าง (Top to down) เน้นการเรียกประชุมและสั่งการ เพื่อความรวดเร็ว ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องครบวงจร การทำงานเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่เจ้าหน้าที่กำหนดให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดโครงการ กิจกรรมต่างๆ จึงหยุดลงไม่ได้ดำเนินการต่อ เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ ชุมชน และประชาชนไม่รู้สึกรู้ถึงการมีส่วนร่วมและกลับไปปฏิบัติตัวแบบเดิม

ส่วนที่ 3 ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์ใช้เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Building Blocks of the ICC Framework) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002; รัชนี สรเสริญ, และคณะ, 2551) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยกำหนดว่า การดูแลภาวะเรื้อรังนั้นจะมีการปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) ภายในโครงสร้างซึ่งมีจุดรวมกันเป็นศูนย์กลาง (concentric structures) และประกอบด้วยระบบล้อมรอบ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็ก (Micro Level) ระดับกลาง (Meso Level) และระดับใหญ่ (Macro Level) ซึ่งสะท้อนถึงกรอบแนวคิด และระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทีมสุขภาพ ชุมชน และระดับนโยบาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระดับเล็ก (Micro-Level: Building Blocks at the Patient Interaction Level)

จุดศูนย์กลางของการดูแลคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพ ในระดับนี้มองว่า ความสำเร็จที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมทั้งทีมสุขภาพ ต้องได้รับการเตรียมดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ควรได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated patients and families) ดังนี้

1.1 ได้รับการเตรียมในด้านข้อมูลข่าวสาร (Informed) เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่จะเกิดขึ้น การรักษา วิธีป้องกัน และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน

1.2 ได้รับการเตรียมในด้าน การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลจัดการตนเองในภาวะเรื้อรัง

1.3 การเตรียมความพร้อม (Prepared) เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ทักษะทางพฤติกรรมในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ในด้านการจัดการกับอาการต่างๆ การติดตามประเมินอาการตนเอง เป็นต้น

2. ชุมชนควรได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated community partners) ในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ขอบเขตงาน ส่งผลให้ชุมชนลดความต้องการบริการในการติดตามต่อเนื่อง และบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นรูปแบบปกติในองค์กรด้านสุขภาพ

3. ทีมสุขภาพ ต้องได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated health care teams) ในเรื่อง บทบาท และความรับผิดชอบตามขอบเขตของวิชาชีพ รวมถึงการทำงานเป็นทีม และนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นต้น

ระดับเล็กจะได้รับการสนับสนุน และรับอิทธิพลจากระดับกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน

2. ระดับกลาง (Meso-Level: Building Blocks for the Health Care Organization)

แบ่งเป็น หน่วยบริการด้านสุขภาพ และชุมชน

หน่วยบริการด้านสุขภาพ มีแนวทางการดูแล ดังนี้

หน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ที่จะเป็นแรงผลักดันให้เกิด การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือ ในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในเรื่องการติดตามเยี่ยม แผนการ ดูแลเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเรื้อรังอย่างฉับไว

2. สนับสนุนให้มีการบริการที่มีคุณภาพ โดยการใช้ภาวะผู้นำ การให้แรงเสริมหรือ รางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีกระบวนการทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลต่อการบริหารจัดการ และการป้องกันปัญหาโรคเรื้อรัง

3. บริหารจัดการและสนับสนุนสิ่งต่างๆที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ เช่น วัสดุ อุปกรณ์ และความรู้ ทักษะพิเศษ เช่น ทักษะการสื่อสาร การเสริมความเชี่ยวชาญเพื่อให้ ผู้ป่วยมีเทคนิคการจัดการตนเอง การดึงพลังของผู้ป่วยในการช่วยตนเองให้ควบคุมภาวะต่างๆ ที่จะ เกิดขึ้นจากภาวะเรื้อรังของโรค

4. สนับสนุนให้มีกลวิธีในการจัดการตนเอง (self-management) ที่มีประสิทธิภาพจะ ช่วยป้องกันอาการ ภาวะแทรกซ้อน และความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวจากภาวะ เรื้อรังได้ โดยผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลต้องการข้อมูลและวิธีการจัดการตนเอง

5. จัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย การบริการ และผลลัพธ์การดูแล เพื่อ เป็นช่องทางในการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแล

ชุมชน

เป็นแหล่งสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การให้ข้อมูล และการเตรียมแหล่งชุมชนจะเป็นการลดช่องว่างในการดูแลที่เกิดจากหน่วย บริการสุขภาพ โดยมีแนวทางการดูแล ดังนี้

1. สร้างความตระหนัก ความตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชนโดยผู้ที่เกี่ยวข้องคือ ผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรือกลุ่มผู้สนับสนุนอื่นๆ ในชุมชน
2. ส่งเสริมให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทาง ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยการช่วยค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม เพราะสมาชิกเหล่านี้ เป็นผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย รู้จักและเข้าใจบริบทดี
3. สนับสนุนงบประมาณและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การรณรงค์ ส่งเสริม ป้องกัน การประเมินความเสี่ยง การอบรม จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือช่วยในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. จัดบริการเสริม เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข

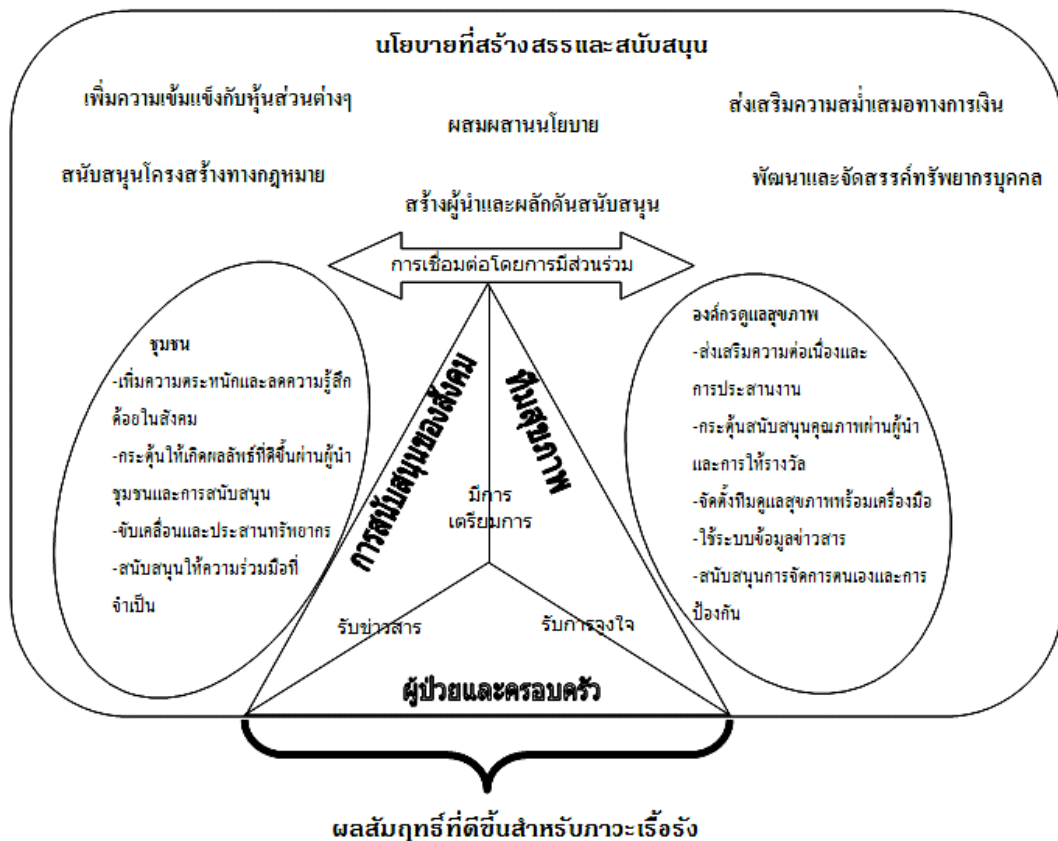
3. ระดับใหญ่ (Macro-Level: Building Blocks for a Positive Policy Environment)

เป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้นำ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการ ทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งหลักสูตร การศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึกและเื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

โดยมีหลักปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง คือ

1. การตัดสินใจภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based decision making) ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการบริการ การดูแล และการจัดการทางคลินิก ต้องอยู่บนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงมีการรวบรวมทักษะการดูแลสุขภาพ และความรู้ด้านการจัดการทางคลินิกในการดูแล และผลลัพธ์ของผู้ป่วย
2. มุ่งเน้นประชาชน (Population Focus) หรือกลุ่มเป้าหมายในการดูแล โดยการจัดลำดับความสำคัญ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังของประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ในด้านการจัดการทรัพยากร การปรับปรุงคุณภาพการดูแล แยกบริการตามประเภทผู้ป่วยซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากกว่า และลดค่ารักษาพยาบาล ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและความรู้ความเข้าใจที่ดีของประชาชน

3. มุ่งเน้นการป้องกัน (Prevention Focus) เพราะโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ ทุก ระดับของหน่วยงานบริการสุขภาพ ชุมชน รัฐบาล จึงควรมีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดย จะต้องมุ่งเน้นการป้องกันไปด้วย
4. มุ่งเน้นคุณภาพ (Quality Focus) การบริการทุกอย่างจะต้องมีประสิทธิภาพและมี ประสิทธิภาพในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยควรกำหนดการประกันคุณภาพไว้ในระดับนโยบาย
5. การบูรณาการ (Integration) โดยการบูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ทุกระดับและเชื่อมโยงระหว่าง บุคลากรด้านสุขภาพ ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร
6. ความยืดหยุ่น และการปรับตัว (Flexibility/Adaptability) ระบบบริการสุขภาพควรมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สิ่งที่ไม่คาดการณ์ไม่ถึง และข้อมูลใหม่ การเปลี่ยนแปลงในอัตราการเกิดโรค และภาระที่เกิดขึ้น การติดตามเฝ้าระวังเป็นประจำเป็นการ สะท้อนถึงความพร้อมในการปรับตัว ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 2.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) (ราชินี สรรเสริญ, 2551; WHO, 2002)

สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา โดยขยายความ การสร้างเสริมสุขภาพ ว่าหมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของตนเองในด้านสุขภาพ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพดี (WHO, 1986) โดยกำหนดกฎบัตรออตตาวา ไว้ 5 ข้อดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
2. สร้างสิ่งแวดลอม ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health)
3. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen community action)
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (Develop personal skill)
5. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยบุคลากรมีส่วนร่วม (Reorient health services)

กระบวนการมีส่วนร่วมสามารถสร้างขึ้นได้หลายวิธี ตัวอย่าง เช่น เทคนิค A-I-C โดยมีหลักการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A)

เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็นรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A1)

1.2 การกำหนดอนาคตของชุมชนว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2)

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

คือขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

2.1 การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ แบ่งเป็น

กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากภายนอก และกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอการอุดหนุนจากภาครัฐ โดยผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข หรือเขต

3. ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C)

คือการนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงได้แก่ (1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (2) การตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน

ในทุกขั้นตอนในทางปฏิบัติเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ แต่สิ่งที่ละเลยไม่ได้คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการทำงานจึงนับเป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง โดยพบว่าการวางแผนแบบมีส่วนร่วมได้ผลดีในการสร้างความสัมพันธ์และร่วมคิดแนวทางในการดำเนินงาน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543; ชนินทร์ เจริญกุล, 2553)

ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้การมีส่วนร่วมจะมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 5 ประเด็น โดยใช้เทคนิค A-I-C ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการระดมความคิด กระบวนการกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม

ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ทำให้ชุมชน สามารถแยกแยะความต้องการ และพัฒนาความสนใจร่วมกัน นำไปสู่การร่วมดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจึงเป็นการพัฒนาวิธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกระบวนการคิด และตัดสินใจอนาคต จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นยุทธศาสตร์ที่ได้จากการสรุปบทเรียนการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและใช้กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน 2 ด้านคือ

1. การจัดการกระบวนการเรียนรู้ (learning process) ให้ชุมชน สามารถทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้

- การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นต่างๆ

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ ภายในชุมชน และระหว่างชุมชน

- การจัดทัศนศึกษา คูงาน และการเชิญผู้มีประสบการณ์มาให้ข้อคิดเห็น และแลกเปลี่ยนแนวคิด และประสบการณ์

- การจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่างๆ การลงมือปฏิบัติจริง

- การถอดประสบการณ์ สรุปบทเรียนเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาผู้นำและเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความรู้ หรือความสามารถที่มีอยู่ จะช่วยให้ผู้นำสามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมการพัฒนาได้ โดยการ

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำภายในชุมชนทำให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างและชัดเจนขึ้น
- สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการ และการจัดองค์กรร่วมกัน

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเริ่มต้นจากการพัฒนาระดับปัจเจก เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และตัดสินใจแก้ไขปัญหา จนเกิดการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนของตน และเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆเป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น

เทคนิคการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม (WHO, 2002; World Bank, 2006 : 34-39 อ้างในนาตญา พแดนนอก, 2551)

จะต้องใช้เทคนิควิธีการ ข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. เทคนิคทางจิตวิทยา

- การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการกระตุ้นและให้การศึกษาแบบไม่เป็นการ เช่น การจับกลุ่มพูดคุย การถกเถียงปัญหา เป็นต้น
- การสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรวมกลุ่มกันทำงาน
- การสร้างความภูมิใจให้กับสมาชิก โดยผู้นำต้องให้ความสนใจต่อสมาชิกในกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน

2. เทคนิคการประชาสัมพันธ์ข้อมูล โดยใช้อาสาสมัครและผู้วิจัยเป็นสื่อในการติดต่อสื่อสารกันโดยตรง เช่น การประชุม การพบปะ การติดต่อผ่านผู้นำ หรือการใช้สื่อมวลชน เช่น เสียงตามสาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยข้อมูลที่นำเสนอต้องถูกต้องและชัดเจน

3. เทคนิคด้านการบริหาร

- โดยการศึกษาชุมชน อาสาสมัคร ก่อนการเริ่มกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม
- โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ติดตาม สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้มีส่วนร่วม
- จัดโครงสร้างองค์กรโดยปราศจากการครอบงำจากภายนอก
- พัฒนาผู้นำในท้องถิ่นด้วยการฝึกอบรม

- จัดโครงสร้างข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน วิชาการ วัสดุ และเทคโนโลยี
- การวางตัวเป็นกลางและเสียสละของผู้นำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ปวีณา บุญเกิด (2553) ศึกษาเรื่อง ผลของการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพต่อผลลัพธ์การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองรับโปรแกรมการกำกับตนเอง 6 ด้าน (คือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาลดระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายโดยเฉพาะเท้า) ร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพ 3 แหล่ง (คือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำชุมชน และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน) รวม 5 ด้าน (คือด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์การยอมรับนับถือ การเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและบริการ) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

รัชณี สรรเสริญ และคณะ (2551) ศึกษาเรื่อง ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้บูรณาการแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการประเมินผลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยในการนำแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาใช้คณะผู้วิจัยได้มุ่งที่จะถอดบทเรียนใน 2 ระบบย่อย คือระบบเล็กและระบบกลาง ผลการศึกษา ได้บทสรุปที่เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยบริการ ดังนี้ 1. เจ็อนไขแห่งความสำเร็จ 6 ข้อ ได้แก่ 1.1 เจ็อนไขโครงสร้างระบบ และกลไกการบริหารจัดการ 1.2 เจ็อนไขการออกแบบกิจกรรม 1.3 เจ็อนไขการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลของภาคีหุ้นส่วน 1.4 เจ็อนไขการจัดระบบสารสนเทศ 1.5 เจ็อนไขการจัดการความรู้ 1.6 เจ็อนไขการประเมินคุณภาพบริการ 2. เจ็อนไขที่พึงระวัง 9 ข้อ ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการระดับปฐมภูมิ 3. บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรระดับท้องถิ่น ในด้านความตระหนักและการกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ มีความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การเชื่อมต่อและประสาน

ความร่วมมือเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน การผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระสำคัญระดับอำเภอ และการสนับสนุนชุมชนให้จัดการหรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และ

4. บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรระดับประเทศ ในด้านการปรับกรอบการมองและบทบาทของสังคม (เกี่ยวกับสิทธิ การเลือกปฏิบัติ การให้โอกาสแก่คนพิการ) สามกลุ่มหุ้นส่วน (คนพิการและครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุก) สามวิธีที่ต้องดำเนินการ (การเตรียมการให้ข้อมูล และการสร้างพลัง/กระตุ้น/จูงใจ) นโยบายการเงิน การพัฒนาและกระจายทรัพยากรหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง

เบซา และคณะ (Baeza et al., 2009) ศึกษามุมมองของผู้สร้างนโยบาย (ผู้ให้ข้อมูล) ต่อการดูแลภาวะเรื้อรังสำหรับชาวพื้นเมืองออสเตรเลีย โดยวิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อย่างเจาะจงกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้เสียซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐและเครือจักรภพรัฐ 21 คนและบันทึกเทปเพื่อนำมาวิเคราะห์ ผลการศึกษา ประสบความสำเร็จในเชิงกลยุทธ์การพัฒนาแห่งชาติ แห่งประเทศ การจัดกองทุน การรายงานการเตรียมการ แต่ก็ยังคงต้องทำงานกันต่อไปเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือร่วมงานกันต่อไป โดยรายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระดับชาติที่จะจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนห่างไกลและชุมชนชาวพื้นเมืองในออสเตรเลียเพื่อนำไปสู่ นโยบายระดับชาติฉบับใหม่สำหรับปัญหาสาธารณสุขของชาวพื้นเมือง

เดวี และเบอร์ริดจ์ (Davey & Burridge, 2009) เรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อควบคุมการถูกทิ้งของโรคเขตร้อน: ความสัมพันธ์ของการรักษาและป้องกัน The Mossy Foot (เป็นโรคเท้าช้างเฉพาะถิ่นไม่เกี่ยวกับพยาธิ, หรือที่เรียกว่าเท้าปกคลุมไปด้วยหญาโมส ซึ่งเกิดจากการใช้เท้าเปล่าเดินในดินที่อุดมไปด้วยชิลิเกดเป็นเวลานาน) ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังอย่างเต็มรูปแบบในการประเมินองค์กรเอกชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการรักษาและป้องกันโรคเท้าช้าง (The Mossy Foot Treatment and Prevention Association: MFTPA) ในเขต Wolaita, ภาคใต้ของเอธิโอเปีย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กรอบการทำงานตามตารางตามระดับและส่วนประกอบของกรอบ ICCC และปรับให้เข้ากับบุคคลหรือกลุ่ม สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ โครงการและหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและตัวแทนชุมชนต่อต้านเท้าช้าง (CPAs) และเพิ่มเติมโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกและเอกสารทางกฎหมาย ข้อเสนอ กรอบ ICCC ตรวจสอบองค์กรเอกชนในกลุ่มที่มีทรัพยากรน้อย ผ่านองค์ประกอบระดับ micro-, meso-, and macro ช่วยให้สามารถระบุพื้นที่การดำเนินงานที่ตีภายใต้ความไม่พร้อม แม้จะมีชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยที่ยากจนมากโดย MFTPA ที่ทำงานเข้มแข็งในระดับไมโคร เพราะส่วนใหญ่ของการปฏิบัติของ MFTPA สนับสนุนให้หุ้นส่วนสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและทีมปฏิบัติการและชุมชน สำหรับ CPAs กลายเป็นช่องทางของข้อมูลและรูปแบบของแรงจูงใจแก่ชุมชน ในฐานะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา, และเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล

สุขภาพ โดยได้จัดเตรียมวัสดุขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและการรักษาในอนาคต โดย CPAs จะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงมากขึ้นและมีระบบที่ดีขึ้น ด้าน MFTPA สามารถสนับสนุนกลุ่มชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมและลดความอับอายให้กับโรคเท้าช้าง แต่ผลที่แท้จริงในการระดมทรัพยากรและการลดความอับอายยังไม่เห็นชัดเจน สำหรับการประสานงานกับด้านสุขภาพกับภาครัฐยังเป็นจุดอ่อน เพราะ MFTPA เป็นองค์กรเดียวที่ให้การรักษาและการควบคุมโรคเท้าช้าง โดยก่อนหน้านี้รัฐบาลพยายามที่จะฝึกอบรมพนักงานสุขภาพในการจัดการโรคเท้าช้างอย่างเข้มแข็ง แม้กระนั้น MFTPA ยังเป็นองค์กรระดับรากหญ้าที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อสิบปีมาแล้วแต่ก็ยังไม่ค่อยได้ผลน้อยในระดับ macro ภายในประเทศเอธิโอเปีย หรือบนเวทีระหว่างประเทศ การประเมินผลกลยุทธ์ในปัจจุบันของส่วนประกอบ ICCC ระดับ macro แสดงให้เห็นว่าเป้าหมายที่สำคัญส่วนใหญ่สำหรับอนาคตอันใกล้เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพของเครือข่ายชุมชนในการระดมผู้สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจะมีผลต่อผู้กำหนดนโยบายระดับสูงและเพื่อส่งเสริมให้แหล่งที่มาของเงินทุนที่ยั่งยืนภายในเอธิโอเปีย ด้วยองค์ประกอบเฉพาะเหล่านี้ MFTPA จะสามารถการควบคุมโรคเท้าช้างในเอธิโอเปีย

เอฟพิง และคณะ (Epping-Jordan et al., 2004) ประเทศเอธิโอเปียซึ่งประเทศที่ยากจนที่สุดในโลกประเทศหนึ่งได้นำแนวคิด ICCC ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในระบบเล็ก (Micro System) โดยมีการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมให้ชุมชนมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีเพื่อนและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชน คอยดูแลเรื่องการกินยา การสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน และเมื่อติดตามผลในผู้ป่วย 60 คน ซึ่งเป็นชาวไร่ชาวนาพบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี และผลข้างเคียงจากการกินยามีน้อยมาก สำหรับระบบกลาง (Meso Level) ในประเทศแซมเบีย ทีมหน่วยเคลื่อนที่ของพยาบาลชุมชน จัดให้มีการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยโรควัณโรค ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ โดยพยาบาลเหล่านี้ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อไปส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อไป และระบบใหญ่ (Macro Level) มีสองประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการบูรณาการด้านนโยบายสำหรับภาวะโรคเรื้อรังคือ ประเทศอินเดียและฟิลิปปินส์ โดยในประเทศอินเดียรัฐบาลได้บูรณาการโปรแกรมโรคไม่ติดต่อ โดยจัดบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค สร้างมาตรฐานแนวทางการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และสนับสนุนการวิจัย ส่วนในประเทศฟิลิปปินส์ได้มีการบูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน มีการก่อตั้งหน่วยประสานงานระบบสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงแพทย์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัคร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง มาประยุกต์ใช้โดยมีการนำมาใช้ในระบอบใด ระบบหนึ่ง และบางส่วนมีการนำมาใช้เพื่อประเมินกิจกรรมที่เกิดขึ้น และพบว่า แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ทำให้มองเห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว และชุมชนในการเข้าไปมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และองค์กรสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อ สนับสนุนให้กระบวนการดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นใน ระบบย่อยเพียงส่วนเดียว คือ ระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล รวมถึงทีมสุขภาพซึ่งหมายถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทและการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว ภาควิชาทั้ง 3 ส่วน จึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยการเตรียมการ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการสร้างแรงจูงใจ โดยในส่วนขององค์กรสุขภาพในพื้นที่ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ มีบทบาทในการส่งเสริมความต่อเนื่อง และการประสานงานในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนกระตุ้นในด้านคุณภาพ และการให้รางวัลเป็นการสร้างแรงเสริม การจัดตั้งทีมดูแลกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ รวมทั้งการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงและชุมชนในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ส่วนในด้านชุมชนซึ่งหมายถึง ประชาชนชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จะมีบทบาทในการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเรื่อง โรคความดันโลหิตสูง มีการกระตุ้นสนับสนุนทั้งในด้านการประสานงานและทรัพยากร รวมทั้งการร่วมมือในการให้บริการดูแลแก่ กลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน ส่งผลให้เกิดแนวทางการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จากการมีส่วนร่วมตามบริบทของชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของภาวะโรคความดันโลหิตสูงในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว และชุมชนเกิดความตระหนักในบทบาท และการเพิ่มคุณภาพในการป้องกันกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงของระบบบริการสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

เสาวนีย์ สีสองสม (2541) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนใน โครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิวพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญของหมู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การ

สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม การศึกษาจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่วิเคราะห์บริบทชุมชนจนถึงสิ้นสุดการวิจัย รวม 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านกิ้วพร้าว นั้น ไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผลกิจกรรม แต่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งถือได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการนี้นั้น เป็นเพียงการให้ความร่วมมือของประชาชน และประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการนี้พบว่า มาจากลักษณะโครงสร้างทางสังคมและจิตวิทยาสังคมของชุมชน ที่สำคัญได้แก่ ความเชื่อถือศรัทธาในผู้นำชุมชน โดยเฉพาะประธานอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บังอร เจริญผล (2542) ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย จำนวน 89 คน โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.9 ส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 92.9 และเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วย ร้อยละ 88.1 ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอสม. และการได้รับการอบรมความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง มีผลต่อการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ด้านการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า อาชีพ สถานภาพสมรส การช่วยเหลือสังคมส่วนรวมก่อนมาเป็นอสม. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยอสม. ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถึงแม้ว่า อสม. จะรับรู้บทบาท ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรหาวิธีการเผยแพร่ให้ประชาชนมีความรู้ และเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีกับอสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สุรณี พรหมแสง (2548) ศึกษาเรื่องการรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อศึกษาสาเหตุของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาผลของการรณรงค์แบบมีส่วนร่วมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ไปรับการตรวจคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนที่ยังไม่ตรวจคัดกรองโรค 2 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านทานตะวัน 39 คน และบ้านวังน้ำขาวหมู่ 8 จำนวน 59 คน เป็นหมู่บ้านในเขตและนอกเขตเทศบาลตามลำดับ กิจกรรมประกอบด้วย การทำเวทีประชาคม และการรณรงค์แบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และวิธีการรณรงค์แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรค มาจากความไม่รู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสนใจในการดูแลสุขภาพในบางเรื่อง การมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค และทีมสุขภาพในระดับปานกลาง สำหรับผลของการรณรงค์ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรองโรคนอกเขตเทศบาลร้อยละ 97.96 ในเขตเทศบาลร้อยละ 100 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น รวมถึงมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค และทีมสุขภาพดีขึ้น

สุวรรณี ลิ้มปีศาจ (2548) ศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต โดยใช้กระบวนการ AIC ร่วมค้นหาและแก้ไขปัญหา นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นอย่างดี มีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล ซึ่งนับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

นิรชา ปานทอง (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 2 ตำบลถนนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุข 13 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา 7 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน และความต้องการพัฒนา ระยะที่ 2 แสวงหาแนวทาง วิถีพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา ระยะที่ 3 พัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสังเกต การสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า 1. อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ระดับต่ำในเรื่องกลุ่มเสี่ยงและโรคความดันโลหิตสูง มีการเฝ้าระวังโรคโดยการสำรวจผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไปไม่ครบทุกคน ไม่มีการจัดทำทะเบียนผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีอาสาสมัครสาธารณสุข 2 คนที่สามารถวัดความดันโลหิตได้ โดยมีปัญหาที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้เรื่องกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การ

ดำเนินการเฝ้าระวังโรคและเทคนิคการวัดความดันโลหิต 2. แนวทางการพัฒนา ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติและการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีดัชนีวัดความสำเร็จในการพัฒนา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติ มีการดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องเหมาะสม 3. ผลการพัฒนา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ได้เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติจนมีความรู้เรื่องกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และการเฝ้าระวังโรคเพิ่มมากขึ้น (มากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน) สามารถดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงโดยจัดกลุ่มเรียนรู้ต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจกลุ่มเสี่ยงครบทุกบ้าน ทำให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิต ร้อยละ 79.14

สุภาภรณ์ นิยมสรวนุ (2551) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนตำบลบางโหนด อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพโดยในบุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของประชาชน ในแกนนำชุมชนจำนวน 35 คน จัดเวทีชุมชนวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังโรค เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค และติดตามประเมินผล รวมทั้งในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 446 คน ใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคคิดวก่อนการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลังปฏิบัติการ ก่อนปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน

จิตติมา อินทร์เนตร (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขกึ่งเขตเมือง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลต่อการเรียนรู้ สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และนำไปสู่ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในด้านอื่นๆ แต่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงยังมีน้อยมาก โดยการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี และอื่นๆ โดยกระบวนการเริ่มจากการ ค้นหาปัญหาและสาเหตุ ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนขบคิดปัญหาจากแง่มุมผลประโยชน์ของตนเองและผู้อื่นเป็นการกระตุ้นให้ประชาชน เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา จากนั้นเข้าสู่การวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยผ่านกระบวนการสนทนาสร้างทางเลือกให้กับชุมชนเป็นการสร้างแนวกว้างเพื่อให้เห็นเป้าหมายของผู้เข้าร่วม นำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่เป็นไปได้มาปฏิบัติ และการดำเนินการแก้ไขปัญหา อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่กันและกัน และการประเมินติดตามผลต่อกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยร่วมตัดสินใจกิจกรรมใดมีประโยชน์และมีคุณค่าต่อชุมชนอย่างแท้จริง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคจะบังเกิดผลมากที่สุดเมื่อ บุคคลและชุมชนประเมินได้ว่าตนเองหรือชุมชนมีภาวะคุกคาม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจอยากกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick - role Behavior) (สุรินทร์ กลัมพากร, 2545)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Glans, Lewis & Rimer, 1997: อ้างในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 46)

1. ระยะเริ่มแรก แนวคิดของเลวิน โรเซนสต็อกและเบคเคอร์ (Rosenstock & Becker, อ้างในอ้างในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 46) ยุคค.ศ. 1966-1968 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เริ่มมี

การพัฒนาอย่างจริงจังในปีค.ศ. 1968 โดย โรเซนสตีลและเบคเคอร์ อาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's Motivation Theory) เพื่อทำนายความร่วมมือในการป้องกันโรค และพฤติกรรม การป้องกันโรค ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพมี 3 ด้าน คือ แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า

- 1.1 คนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 1.2 โรคที่เกิดมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต
- 1.3 การปฏิบัติตนด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรค

2. ระยะที่สอง แนวคิดจากการประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจเลือกกระทำ โดยมีนักวิจัย หลายท่านได้ร่วมเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจเลือกกระทำ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัย 2 ตัวแปร คือ

- 2.1 ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายการปฏิบัติ
- 2.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

3. ระยะที่สาม แนวคิดของคาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, อ้างถึงในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 47) โดยประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยรวมเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดย แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

- 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลที่มีสุขภาพดี เพื่อ ป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกที่ไม่มีอาการ
- 3.2 พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นการกระทำของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย
- 3.3 พฤติกรรมของผู้ป่วย การกระทำของบุคคลเพื่อให้อาการดีขึ้น

4. ระยะที่สี่ แนวคิดของBecker แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ เบคเคอร์ (Becker, 1974) ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการให้ความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มปัจจัยร่วม มีการ อธิบายถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่

- 4.1 แรงจูงใจ
- 4.2 การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดความเจ็บป่วย
 - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
 - การรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของเบคเคอร์ มีผู้นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความสิ้นเปลือง และอุปสรรคต่างๆ
- 4) แรงจูงใจ
- 5) ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่

- สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- ตัวแปรด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกในครอบครัว

และเพื่อนสนิท

- ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ ระยะเวลาในการรักษา และความรุนแรงของโรค

5. ระยะที่ห้า แนวคิดของโรเซนสตีลค ยุค ค.ศ 1974 โรเซนสตีลคเชื่อว่า คนที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคมีความเชื่อ ดังนี้

5.1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเห็นว่าโรคมิผลที่น่ากลัว

5.2 โรคมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ในระดับน้อย ปานกลาง หรือมากก็ได้ เช่น ดายหรือพิการ

5.3 การปฏิบัติตนที่ดีเพื่อป้องกันโรค จะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด

6. ระยะที่หก แนวคิดของเบคเคอร์ และไมแมน ยุค ค.ศ 1980 เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วมด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่

6.1 แรงจูงใจ

6.2 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

6.3 ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น ฐานะทางสังคม บุคลิกภาพ

6.4 ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ข่าวสารที่ได้รับ เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว

ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ การศึกษาวิจัยจำนวนมาก รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่ม

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การใช้เวลาในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง โดยอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามากน้อยเพียงใด เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefits and Barriers to taking action) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และมีความเชื่อต่อโรคนั้นมีความรุนแรงหรือเกิดผลเสียต่อตน รวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะประเมินค่าใช้จ่ายสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่และหามาได้ รวมถึงประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ แม้จะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษา แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิบัติในสิ่งใด จะเป็นผลมาจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ ก่อให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ในขณะที่เดียวกันบุคคลต้องเชื่อว่าค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะรักษาสุขภาพ และหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจาก

การกระตุ้นความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้จากความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

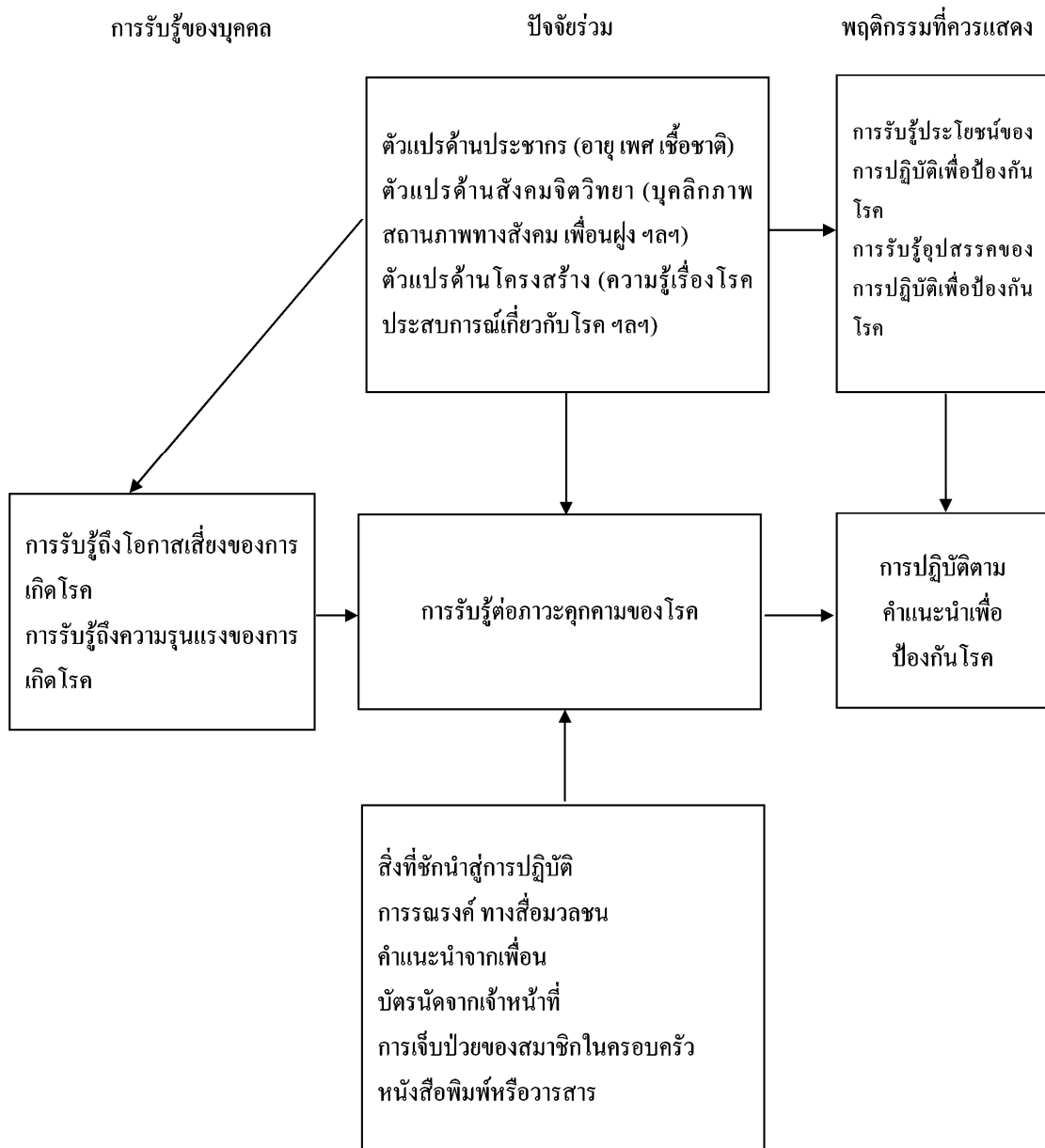
5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

5.1 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

5.2 ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ

5.3 ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

5.4 ตัวแปรด้านสนับสนุนหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัด หรือไปรษณียบัตร เดือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หรือสิ่งกระตุ้น เกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย ต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูง จะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น



แผนภาพที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Becker, et al, 1974, อ้างในสุรินทร กลัมพากร, 2545)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรพงษ์ จริยธนกุล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม(Cluster Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน เป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเริ่มจากการประเมินประสิทธิผลเดิมของกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อประกอบ จัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงอุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดย ใช้การซักถามเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา การยกตัวอย่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติกัน เช่น การดื่มกาแฟ การรับประทานปลาร้า ประุงรสด้วยเกลือ ไอโอดีน การรับประทานอาหารไขมันสูง ผู้วิจัยชวนพูดคุยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ มีการมอบเอกสาร และคู่มือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และติดตามประเมินผลการปฏิบัติในสัปดาห์ต่อมา เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัลลยา ทองน้อย (2554) ซึ่งศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม ผ่านการชมวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย รูปภาพ โปสเตอร์ ร่วมกับการแบ่งกลุ่มอภิปรายเรื่องเล่าจากครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยให้ข้อมูล

เรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดโรค จากนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมารวมกลุ่มเพื่อพูดคุยถึงอุปสรรคในการออกกำลังกายคืออายุมาก ทำให้กลัวเกิดอันตราย โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายร่วมกัน และมีผู้สูงอายุวัย 78 ปี นำออกกำลังกายอย่างกระฉับกระเฉง ทำให้กลุ่มทดลองทำตาม และสามารถทำได้ ร่วมกับการแนะนำทำออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จากผู้วิจัย และมีภาพในคู่มือ การพูดคุยกันในประเด็นของการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาอุปสรรคในการพบปะครั้งต่อไป ทำให้กลุ่มทดลองแม้จะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ได้รับแนวทางในการแก้ไขอุปสรรค มีการสนับสนุน ปรึกษาประคอง และให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้จากผู้วิจัยผ่านสื่อ และคู่มือ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ศศิธรณ์ นนทะ โมลี (2548) ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น หลังการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลถูกต้อง มีโอกาสเสนอความต้องการ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยครอบครัว และผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวตนเองทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดความตระหนักในความสำคัญของการปรับเปลี่ยนสุขภาพ และมีการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ศุชัยญา วงษ์เพ็ง (2541) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรม การอภิปราย

การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การกระตุ้นเตือนโดยใช้กลุ่มเพื่อนและ อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน และการแสดงตัวอย่างของจริง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษามาประยุกต์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น จึงควรนำไปใช้ในการจัด ดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาพบว่า เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 เรื่อง และผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 3 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4-8 สัปดาห์ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีการให้ความรู้ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้กระบวนการกลุ่ม (สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541; กฤษณาพร ทิพย์กาจนเรขา, 2549; จิรพงษ์ จริยชนกุล, 2554) และมีกิจกรรมการเชื่อมบ้านทุกครอบครัวร่วมทำให้ความรู้ โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2548)

จากงานวิจัยที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นกรอบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ระยะเตรียมการ โดยเตรียมทีมสุขภาพ เตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว แกนนำชุมชนในการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ
2. ระยะการทดลอง โดยทำกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 2.1 เสริมสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง
 - 2.3 การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค)
2. การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ ตนเอง ครอบครัว แกนนำ ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด
4. ดัชนีมวลกาย
5. รอบเอว
6. ระดับความดันโลหิต

แผนภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย