

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. ทฤษฎีความสามารถตนเอง
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดงานวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมาย

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (Sphygmomanometer) วัดที่แขนและมีค่าวัดได้ 2 ค่า คือ 1. ความดันช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคนเดียวกันอาจมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณการออกกำลังกาย และ 2. ความดันช่วงล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ว่า หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในขณะที่หัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตปกติ หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดที่หัวใจบีบตัวมีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวมีค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับความดันโลหิต

ที่มีค่าระหว่าง 140/90-160/95 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตก้ำกึ่ง (Borderline Hypertension)

1.2 ประเภทของความดันโลหิตสูง

1.2.1 จำแนกประเภทโดยระดับความดันโลหิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2003) ได้กำหนดค่าของความดันโลหิตสำหรับผู้ใหญ่ไว้ 3 ระดับ ดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 วัดค่าความดันโลหิตค่าบน ได้ตั้งแต่ 140 – 159 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท 2) ความดันโลหิตสูง ระดับ 2 วัดค่าความดันโลหิตตัวบนได้ระหว่าง 160 – 179 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 100 – 109 มิลลิเมตรปรอท 3) ความดันโลหิตสูง ระดับ 3 วัดค่าความดันโลหิตค่าบนได้เท่ากับหรือมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับหรือมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท

1.2.2 The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (Joint national committee, 2003) ได้แบ่งกลุ่มการจัดการรักษาความดันโลหิตในผู้ใหญ่ไว้ 3 ระดับ ดังนี้ ตามตารางที่ 1 ประกอบ

ตารางที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทของความดันโลหิตผู้ใหญ่

ความดันโลหิต (BP Classification)	ความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure, mmHg)	ความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic blood pressure, mmHg)
ปกติ (Normal)	<120	และ <80
ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก (Prehypertension)	120 – 139	หรือ 80 – 89
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)		
ขั้นที่ 1 (Stage 1)	140 – 159	หรือ 90 – 99
ขั้นที่ 2 (Stage 2)	≤ 160	หรือ ≥ 100

แหล่งที่มา The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (Joint national committee, 2003)

1.2.3 จำแนกตามภาวะการดำเนินของโรค (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 อ้างอิงจากคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคสาขาโรคความดันโลหิตสูง, 2533) แบ่งเป็น 3 ภาวะ ดังนี้ 1) ภาวะความดันโลหิตขึ้นๆ ลงๆ (Labile Hypertension) เมื่อวัดความดันโลหิตจะสูงเป็นครั้งคราวเช่น ขณะมีความตึงเครียด หรือเจ็บป่วยจากโรคอื่นๆ 2) ภาวะความดันโลหิตสูงตลอดเวลา (Sustained Hypertension) ความดันโลหิตค่าล่าง สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทอยู่ตลอดเวลา ซึ่งพบได้บ่อยที่สุด อาจพบความผิดปกติของไต หรือหัวใจร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง 3) ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง (Malignant Hypertension) ความดันโลหิตค่าล่างสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท จอภาพนัยน์ตามีประสาทตาบวมเกิดขึ้นแล้ว ถ้าไม่รับรักษามักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว มีผลรุนแรงต่อไตและสมอง

1.2.4 จำแนกประเภทตามการไหลเวียนของเลือด แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูงจากการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ (Hyperkinetic Hypertension) กลุ่มนี้อายุน้อยมักจะมี ความดันโลหิตแบบขึ้นๆ ลงๆ ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที สูงกว่าปกติ ในขณะที่แรงต้านของหลอดเลือดยังปกติอยู่ 2) ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตค่าบนพบได้ในภาวะที่ ปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดสูงขึ้นเกินปกติ เช่น ภาวะทัยรอยด์เป็นพิษ พบได้บ่อยในคนสูงอายุ ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัวไม่มีความยืดหยุ่น

1.2.5 จำแนกความรุนแรงของความดันโลหิตสูงตามการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 อ้างอิงจาก กระบวนการผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก, 2533) ได้กำหนดเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรุนแรงระดับ 1 เมื่อตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ 2) ความรุนแรงระดับ 2 เมื่อตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เวนทริเคิลซ้ายหลอดเลือดแดงฝอยของเรตินาตีบทั่ว ๆ ไป หรือบางส่วน อัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินิน (Creatinine) ในเลือดสูงผิดปกติ และ 3) ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการและสิ่งที่ตรวจพบว่ามีสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเป็นผลสืบเนื่องจากความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะหัวใจวาย อัมพาต ภาวะสมองบวม ความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตา

1.2.6 การจำแนกประเภทตามสาเหตุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential Hypertension) 2) ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (Secondary Hypertension) ดังรายละเอียดในตอนต่อไป

1) ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Essential Hypertension)

เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด พบประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะบางอย่าง (วิทยา ศรีดามา, 2546) ได้แก่ 1) ปริมาณเกลือที่รับประทาน มีหลักฐานบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายกับ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) เกลือโซเดียมที่เพิ่มปริมาณขึ้นจะมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง 2) การดื่มสุรามากมีการศึกษาหลายฉบับที่ได้แสดงความสัมพันธ์ อย่างชัดเจนของการได้ดื่มสุราจำนวนมากกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 3) ประวัติครอบครัว โรคความดันโลหิตสูงมีอุบัติการณ์เป็นสองเท่าในบุคคลที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาในทางระบาดวิทยาหลายฉบับที่สนับสนุนว่าองค์ประกอบทางกรรมพันธุ์จะมีส่วนถึง ร้อยละ 30 ในการกำหนดค่าความดันโลหิตในบุคคลต่างๆ โดยมีลักษณะเป็นการควบคุมหลายยีนส์ (Polygenic) และเป็นความผิดปกติจากหลายอย่าง (Multifactorial Disorder) ที่มีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มตัวกำหนดพันธุกรรม (Gene) หลายๆ ตัว ในขณะที่สภาพแวดล้อมก็มีส่วนสำคัญที่ทำให้แสดงภาวะความดันโลหิตสูงออกมา มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าพันธุกรรมที่อาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อระบบเรนินแองจิโอเทนซินอัลโดสเตอโรน (Renin – angiotensin Aldosterone System), ระบบแคลลิคิน (Kallikrein-kinin System), ระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) 4) อ้วนและน้ำหนักเกิน จะพบอุบัติการณ์ของคนอ้วนในกลุ่มคนที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าในกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากนี้การที่มีน้ำหนักเกินก็จะมีส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต โดยเฉพาะในคนสูงอายุ 5) เชื้อชาติ ในสหรัฐอเมริกาพบว่าใจชาวผิวดำจะมีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าและความรุนแรงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชาวผิวขาว ในแต่ละประเทศก็จะมีอัตราของผู้ป่วยของความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน

ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มี 2 ประการ

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม

1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน

1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดงคล้ายคลึงกัน

1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรม และพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ Cross section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง น้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกายและความเครียด ผู้วิจัยขออธิบายโดยสรุป คือ

2.1 น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าลดน้ำหนักตัวลง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจะลดลงเช่นกัน และมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้อธิบายเห็นว่า ความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและ พันธุกรรมด้วย ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนั้นปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีตันน้อยลง น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนั้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วน จะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตลดลงด้วย หลักในการควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับคนไทยตารางมาตรฐานที่นิยมใช้คือ ของเจลลิฟฟ์ (Jelliff) และ ดร.จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้เสนอการคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (B.M.I.) ว่าเป็นสัดส่วนระหว่าง น้ำหนักกับส่วนสูงยกกำลังสอง (O'Brien & O'Malley, 1983, หน้า 51 อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546, หน้า 18-19)

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

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย 19-24 ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 23 ถือเป็นคนอ้วนและถ้าน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 27 ในเพศชายและร้อยละ 26 ในเพศหญิง ถือว่าต้องการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลงโดยเฉพาะอาหารไขมัน ซึ่ง 1 กรัม จะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี จะต้องลดลงตามพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย อีกทั้งต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัว และระดับไขมันในเลือดสูงด้วย

2.2 จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับ การจำกัดจำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ เนื่องจากเกล็ดเลือดมีผลทำให้ผนังด้านในหลอดเลือดแดงบวมเพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด บุคคลที่มีความดันโลหิตไดเอสโตลิกสูง ระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกล็ดเลือดก่อนที่จะใช้ยา การจำกัดเกล็ดเลือดเป็นการรักษาขั้นแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนของไขมันต่อโปรตีนและไขมันต่อแมก

นิเชียม ก็มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคเช่นกัน (Frisancho et al. 1984: Smith, 1985, อ้างถึงใน วิจิตร ถุกแผน, 2546) อย่างไรก็ตามปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการเพียง 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกือบ 1 ช้อนชาจะให้โซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม ซึ่งในอาหารหลายอย่าง มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วตามธรรมชาติและไม่มีรสเค็มจัด เช่น นมหรือเนื้อสัตว์มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้มีโซเดียมเพียงเล็กน้อย ฉะนั้น แม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลยร่างกายก็ได้รับโซเดียมจากอาหารเหล่านั้นแล้ว และถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกไปจากร่างกายได้หมด ทำให้โซเดียมส่วนเกินกั่งอยู่ในร่างกายพลอยให้เกิดน้ำคั่ง มีอาการบวมและความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (อรวิทย์ โทธิ์, 2537)

สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรังในเรื่องการกินอาหาร จำกัดโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับที่จำกัดโซเดียมมากที่สุดเป็นเวลานานๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากกับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะมีการจำกัดโซเดียมก็ต้องงดเว้นสิ่งที่จะปรุงรสอาหารให้เค็มและการรับประทานอาหารที่ปรุงรสเค็มไม่ได้ตามความพอใจนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความสุขในการกิน อาจทำให้ไม่อยากกินอาหาร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโภชนาการและสุขภาพของผู้ป่วยอาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้นได้ แพทย์จึงมักกำหนดให้จำกัดในระดับที่ต่ำกว่าคนปกติเพียงเล็กน้อย จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและอื่นๆ รวมทั้งหมดปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมาก คือ 3-7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ เท่ากับว่าคนปกติได้รับ “เกลือ” โซเดียมคลอไรด์ วันละประมาณ 7.35-17.5 กรัม โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนใหญ่อยู่ในรูปประกอบของสารประกอบคลอไรด์คือ โซเดียมคลอไรด์แต่ส่วนน้อยเป็นสารประกอบอื่นที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมคลอไรด์) ผลฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ฉะนั้น คนเราได้รับโซเดียมส่วนมากมาจากเกลือซึ่งมีรสเค็มนั่นเอง นอกจากนั้นยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย การจำกัดโซเดียมมีระดับการจำกัดแตกต่างกับหลายระดับ ตั้งแต่มีการจำกัดเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงระดับจำกัดมาก ไปจนถึงระดับจำกัดมาก ที่นิยมปฏิบัติกันแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

- 1) จำกัดอย่างเบาที่สุด คือ ลดลงกว่าระดับที่คนปกติได้รับเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 2,500 มิลลิกรัม (109 มิลลิอิกวาเลนท์)
- 2) จำกัดเพียงเล็กน้อย คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,500 -2,000 มิลลิกรัม
- 3) จำกัดปานกลาง คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม
- 4) จำกัดอย่างมาก คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 500 มิลลิกรัม
- 5) จำกัดมากที่สุด คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 250 มิลลิกรัม

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอาหารโซเดียมอาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อขาดน้อยจะทำให้เกิดตะคริว และถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงประเภทอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก) รายละเอียดดังตารางที่ 3 และข้อสรุปในการปฏิบัติตนเมื่อจำกัดโซเดียมดังนี้

- 1) ไม่ใช้อาหารที่ทำเค็มหรือดองเปรี้ยว (รวมทั้งดองหวาน) มาประกอบอาหาร ใช้แต่อาหารหลักที่ไม่ได้ผ่านกรรมวิธีถนอมอาหารโดยใช้เกลือหรือเค็มเกลือ
- 2) ไม่ปรุงรสเค็มในขณะที่หุงต้มในขณะที่หุงต้ม หรือประกอบอาหารด้วยเกลือหรือน้ำปลาหรือเครื่องปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก และปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดน้อย
- 3) ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งอาหารจำกัดโซเดียม หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะปรุงหรือควบคุมการปรุงอาหารได้ จำเป็นต้องกินอาหารที่ปรุงมาแล้ว เช่น อาหารที่ปรุงขายควรกินอาหารที่ปรุงประกอบมาและมีรส “อ่อนเค็ม” เท่านั้น ไม่กินอาหารที่ปรุงรสเค็มจนเค็มมากเป็นอันตรายและในกรณีที่อาหารมีรส “อ่อนเค็ม” ก็ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลาหรือเครื่องปรุงรสใดๆ ที่มีเกลือในขณะที่กินอาหารอีก
- 4) รับประทานอาหารหลัก เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ และไขมันในปริมาณที่แพทย์หรือนักกำหนดอาหารแนะนำ ในกรณีที่จำกัดระดับน้อยที่สุดรับประทานอาหารหลักได้มากเท่าที่ต้องการไม่รับประทานอาหารที่ปรุงแต่งด้วยวิธีการซับซ้อน และไม่รู้ว่ามีโซเดียมมากน้อยเท่าใด เช่น ขนมประเภทขนมปัง ลูกเกด เค้ก หรือรู้ว่าไม่มีโซเดียมมาก เช่น น้ำแกงที่ใส่ผลชูรส ผักชีที่ต้มในน้ำโซเดียมไบคาร์บอเนต เค้กที่ใส่ผงฟู เป็นต้น
- 5) หากน้ำบาดาลหรือน้ำประปากร่อย สงสัยว่าจะมีโซเดียมมากควรเก็บน้ำฝนไว้ดื่มไม่รับประทานยาโดยแพทย์มิได้สั่ง และเมื่อเจ็บไข้ไปพบแพทย์ที่มีโซเดียมแพทย์รักษาประจำ ควรแจ้งให้ทราบว่าต้องจำกัดโซเดียม เพื่อแพทย์จะได้หลีกเลี่ยงยาที่มีโซเดียมมากดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
1. หมูข้าว ข้าวสวย ข้าวต้มปลา ข้าวเหนียวหนึ่ง เส้น ก้วยเตี่ยว ขนมหิน มั๊กกะโรนี สปาเกตตี้ วุ้นเส้น ข้าวโพดหนึ่ง ต้มหรือเผา มันเทศต้ม เผือกหนึ่งหรือ อบน้ำตาล ข้าวเม่าราด (รับประทานกับน้ำกะทิ หรือน้ำตาล)	ข้าวมัน ข้าวเหนียวมูลกะทิ (ใส่เกลือ) ขนมหิน บั๊ปปอนด์ธรรมดา (ใส่เกลือ) เส้นบะหมี่ หมี่ ล้วน แป้งเกี้ยว บะหมี่สำเร็จรูปชนิดแห้งบรรจุซอง โจ๊กและข้าวต้มสำเร็จรูปชนิดแห้งบรรจุซอง ข้าวโพดต้มที่ขายกันทั่วไป (ซุบน้ำเกลือ) ข้าวโพดที่ปรุงแต่งรสเค็มหรือหวาน ข้าวโพดคั่ว คลุกเนยชนิดใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง ข้าวเกรียบ ปลาและข้าวเกรียบชนิดอื่นๆ
2. หมูเนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น หมู เนื้อไก่ ปลา กุ้ง หอย เนื้อ ไข่เป็ด ไข่ไก่ ไข่่นกระทา นมถั่วเหลือง เต้าหอย	ปู กุ้ง หอยน้ำเค็ม (ถ้ารับประทานต้องคำนวณปริมาณเกลือโซเดียม) และไม่กินชนิดที่เค็มจัด เช่น หอยแครง หอยแมลงภู่ เนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ใส่เกลือ เช่น เนื้อเค็มปลาแห้ง ปลาเค็ม หอยดอง หมูแฮม หมูเบคอน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง หมูยอ ไส้กรอกทุกชนิด ปลาร้า ปลาเจ่า ส้มฟัก ปลาส้ม อาหารบรรจุกระป๋อง ไข่เค็ม เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว

3. หมูนม

นมสด นมผง นมข้นจืด ไอศกรีมทุกชนิด
เกลือชนิดไม่เติมโซเดียมแอลจินเตต

นมเต็มโกโก้ ช็อคโกแลต โอวัลติน
ไอศกรีมที่เติมเกลือโซเดียมแอลจินเตต ทำให้
ไอศกรีมเนื้อละเอียด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
5. หนุ่ผลไม้ ผลไม้ส่วนมากมีโซเดียมน้อย แพทย์จึงมักอนุญาตให้กินมาก หากว่าไม่จำกัดพลังงาน เช่น ส้ม กัลย มะละกอ สับปะรด ผลไม้เชื่อมหรือต้มน้ำตาล เช่น กัลยเชื่อม (ถ้าจะราดกะทิไม่ต้องใส่เกลือในกะทิ)	ผลไม้ที่นำมาปรุงแต่ง เช่น กัลยฉาบ (ใส่เกลือเล็กน้อยเพื่อให้รสแหลม) กัลยบวชชี (ใส่เกลือ) ผลไม้แช่อิ่ม (ที่เคล้ากับเกลือก่อน) ผลไม้ดอง (ดองกับเกลือก่อนจึงมาปรุงรสแต่งรสอื่น) ผลไม้บางชนิดโดยเฉพาะที่ส่งมาจากต่างประเทศ อาจจะมี Sodium Sulphite ใส่มาด้วยเพื่อป้องกันมิให้สีคล้ำ
6. หนุ่ไขมัน น้ำมันพืชบริสุทธิ์ น้ำมันสัตว์ทุกชนิด เนยแท้และเนยเทียม ชนิดไม่ใส่เกลือกะทิ (มีโซเดียมบางแต่ไม่มากนักต่างจากน้ำมันพืช ซึ่งไม่มีโซเดียมเลย)	เนยแท้และเนยเทียมชนิดใส่เกลือ (ถ้าคำนวณเปรียบเทียบกับโซเดียม) กะทิใส่เกลือ
7. หนุ่เบ็ดเตล็ด เครื่องปรุงที่ไม่ใส่เกลือเลย น้ำตาลทรายขาว (นับว่าไม่มีโซเดียม น้ำตาลทรายแดง มีโซเดียมมากพอใช้ ไม่ควรใช้มากนัก ใช้ผสมกับน้ำตาลทรายขาวพอให้ได้กลิ่น รสที่แปลกออกไป (น้ำเชื่อมที่ทำเองจากน้ำตาลทรายขาวออกไป) ที่มิได้ผสมกับเกลือ กาแฟและผงโกโก้ชนิดธรรมดา อาหารและขนมที่ทำจากวัตถุดิบที่โซเดียมน้อยและไม่ได้เกลือหรือที่ส่วนประกอบของโซเดียม	เครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือทุกชนิด เกลื่อน้ำปลา น้ำบูดู ซอสถั่วเหลือง ซอสพริก ซอสมะเขือเทศและซอสอื่นๆ มัสตาร์ดเหลือง (ชนิดเหลว) น้ำพริกส้มดองชนิดดำ (ใส่เกลือ) พริกป่น ชนิดใส่เกลือด้วย เชื่อมบรรจุขวด (มีโซเดียมมากพอใช้) ผงโกโก้ชนิดละลายง่าย น้ำหวานบรรจุขวด น้ำอัดลม ซุปก้อน ซุปกระป๋อง ชุ่มผง

ที่มา : (กวี เจริญลาภ, 2527)

หมายเหตุ

1. นํ้านมเป็นอาหารที่มีเกลือโซเดียมพอใช้ แต่เป็นอาหารหลักที่มีประโยชน์มาก จึงควร
จะจำกัดต่อเมื่อจำเป็น คือ เมื่อต้องการกินอาหารจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก เท่านั้น
2. ผักสดถ้าต้มใส่นํ้ามาก (ไม่ใส่เกลือ) และนาน ปริมาณโซเดียมในผักจะลดลงเล็กน้อย
เพราะละลายออกมาในนํ้า
3. มะพร้าวชูด 1 ชีด (100 กรัม) มีโซเดียม 23 มิลลิกรัม กะทิข้นปานกลาง 1 ถ้วย คั้นจาก
มะพร้าว 200 กรัม ก็จะมีโซเดียมไม่เกิน 46 มิลลิกรัม ถ้าในการประกอบอาหารใช้กะทิข้นปานกลาง
1/2 ถ้วยตวง ก็จะมีโซเดียม 23 มิลลิกรัม
4. ควรระวังเรื่องนํ้าที่นำมาใช้ประกอบอาหาร เช่น หุงข้าว ต้มแกง ถ้านํ้ามีโซเดียมมาก
(อาจมีรสกร่อย) อาหารที่ทำย่อมมีโซเดียมมากไปด้วย

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดัน
โลหิตสูง ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก พบว่าภายหลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงกว่า
ปกติเป็นเวลาหลายวัน ซึ่งการดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วขึ้นไปต่อวันอาจ
ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ที่สูงอายุและผู้ที่ความดันสูงอยู่แล้ว (อรวิทย์ โทธิ์,
2537) แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่งถ้าดื่มสุราวันละ 25-55 กรัม
จะมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูงขึ้นสำหรับผู้ดื่มสุราเป็นเวลานาน
จะยิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาตมากขึ้น การดื่มสุราเล็กน้อยหรือดื่มสุราในระยะแรกๆ สาร
แอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวน
มากหรือดื่มเป็นเวลานานจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะ
ผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งขับถ่ายกรดยูริกทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูง
เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลายจากการศึกษาของ Ueshima et al. (1984,
อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546) พบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือด
สูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือด
แข็งหรือแตกและระดับความดันโลหิตสูงขึ้นและในกรณีที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการ
รักษาโดยยา การดื่มสุราอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้

2.4 การออกกำลังกาย (อรวิทย์ โทธิ์, 2537) กล่าวว่าสมรรถนะทางกายจะดีขึ้น
เมื่อได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความดัน ลดน้ำหนัก ลดไขมันในเลือดและช่วย
ผ่อนคลายความเครียด คนที่ไม่ออกกำลังกายได้แต่นั่งๆ นอนๆ มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง
มากกว่าคนที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องได้เหงื่อ ทำให้หัวใจ
เต้นแรงขึ้นปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวว่าภาวะอ้วน

ก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้ การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเรสเตอรอลในเลือดต่ำ เพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงานการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้นคืออัตรา การเต้นของหัวใจช้าลง และยังช่วยลดไขมันอิสระซึ่งมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัวและช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายและจิตใจ (Greenland & Briody, อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546) จึงน่ามีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

2.5 ความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว เมื่อปัญหาที่เกิดความเครียดหมดสิ้นไปความดันจะลดลงมา การลดความเครียดด้วยสมาธิ ผ่อนคลายใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ความดันลดลงบ้างเล็กน้อย แต่ต้องทำสม่ำเสมอ และใช้เวลานานจึงจะได้ผล (อรวิทย์ โทธิ์, 2537) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากชีวิตประจำวันความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว ความเครียดมีผลต่อประสาทส่วนกลางทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ และการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ได้ดังนั้น การจัดและผ่อนคลายความเครียดสามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ การลดความตึงเครียดนั้นเป็นวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกฝนทักษะการควบคุมตนเองมักมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเรื้อรัง อาจจะใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบอี (Hot Reactor) โดยการหายใจเข้าลึกๆ สามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ (Beare&Myer, 1990 อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546) พบว่าการใช้วิธีผ่อนคลายทำให้ความดันโลหิตลดลง ขั้นตอนการผ่อนคลายมี 5 ขั้นตอน คือ 1. อยู่ในท่าที่สบาย 2. หายใจเป็นจังหวะช้าๆ 3. ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ 4. นึกถึงเสียงมนตรา 5. ระบายความเครียด นอกจากนี้การทำโยคะ การทำสมาธิและการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (Biofeedback) พบว่ามีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงเช่นกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เพราะภาวะเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านทางของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพด้วย

2.6 การสูบบุหรี่ แม้การสูบบุหรี่จะไม่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง แต่สารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคลามีน ซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด ได้มีการศึกษาพบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูง จะมีอัตราเสี่ยงต่อหัวใจวาย และเส้นโลหิตในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตแต่ไม่สูบบุหรี่นอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการใช้จ่ายลดความดัน ไม่ได้ผลเต็มที่ คนที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรพยายามเลิกสูบบุหรี่ (อรวิทย์ โทธิ์, 2537)

2.7 ปัจจัยร่วมอื่นๆ อีก เช่น การดื่มกาแฟ การพักผ่อนไม่เพียงพอสำหรับเพศหญิง ต้องคำนึงถึงประวัติการรับประทานยาคุมกำเนิดด้วย เพราะในหญิงที่รับประทานยาคุมที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเกือบทุกราย จะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย แต่ถ้ารับประทาน 5 ปีขึ้นไป จะพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ใช้จะมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยังมีปัจจัยเสริมอื่นๆ เช่น อายุมากกว่า 35 ปี อ้วน มีประวัติว่ามีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้ (เกษม วัฒนชัย, 2532) ในบุคคลหนึ่งๆ อาจจะมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้หลายปัจจัยและในสถานการณ์ปัจจุบันนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนควรจะให้ความสนใจปัจจัยเหล่านี้ และสนใจที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาวก็จะช่วยลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้ได้ ถึงแม้ว่าโรคนี้จะมีปัจจัยทางกรรมพันธุ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคนี้ด้วยก็ตาม แต่ก็สามารถจะป้องกันและแก้ไขได้โดยการปฏิบัติให้ถูกต้องในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การลดความเครียด การลดน้ำหนักตัว การงดดื่มสุรา เป็นต้น ส่วนปัจจัยอื่นๆ ซึ่งแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว เป็นต้น

ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (Secondary hypertension)

คือ ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากสาเหตุบางอย่างที่สามารถอธิบายได้ (วิทยา ศรีดามา, 2546) ได้แก่ 1) สาเหตุจากโรคไต (Primary Renal Disease) โรคความดันโลหิตสูงมักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตทั้งชนิดฉับพลัน (Acute renal disease) และโรคไตชนิดเรื้อรัง (Chronic Renal Disease) โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติของเนื้อไต (Glomerular) หรือหลอดเลือด (Avascular) ของไต 2) ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Contraceptives) ยาเม็ดคุมกำเนิดมักจะเพิ่มระดับความดันโลหิตในผู้ที่ใช้อยู่ แต่ระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นมักจะอยู่ในระดับที่ไม่เกินค่าปกติ (น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท) อย่างไรก็ตามก็จะมีบางรายที่ถูกกระตุ้นจนเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้หลังได้รับยาและจะดีขึ้นหลังหยุดยา 3) โรคเนื้องอกของต่อมหมวกไต (Pheochromocytoma) เป็นอีกโรคหนึ่งพบน้อย เนื้องอกของต่อมหมวกไตที่เกิดขึ้นส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด คืออะดรีนาลิน และนอร์อะดรีนาลิน มากขึ้นส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว (สุดารัตน์ – ผู้แปล, 2538) 4) ภาวะฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนในเลือดสูง ระยะเริ่มแรก (Primary Hyperaldosteronism) โปแตสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ภาวะความเป็นด่างในร่างกาย (Metabolic alkalosis) ใน

ผู้ป่วยบางคนอาจมีระดับโปแตสเซียมในเลือด (Plasma Potassium) อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ 5) คุชชิงซินโดรม (Cushing's syndrome) จะพบว่าผู้ป่วยที่เป็นคุชชิงซินโดรม มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลางเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการพิการและการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 6) ความผิดปกติในการหายใจขณะนอน (Sleep Apnea Syndrome) จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อิสระ (Independent Risk Factor) ต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 7) เส้นโลหิตแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of the Aorta) เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยเด็ก 8) โรคความดันโลหิตสูงอาจพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไทรอยด์ทำงานต่ำกว่าปกติ (Hypothyroidism) หรือภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (Hyperthyroidism)

1.3 แนวทางการควบคุมความดันโลหิต

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นการควบคุมโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ ต้องสะดวกและปลอดภัยมีประสิทธิภาพและบุคคลสามารถปฏิบัติได้ (Kochar&Daniel, 1978, อ้างถึงใน วิจิตร ฤกษ์, 2546) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การควบคุมด้วยยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยาหรือใช้ร่วมกัน

1) การควบคุมโดยใช้ยา โดยใช้หลักการดูแลเป็นขั้นตอน เรียกว่า Stepped-care Regimen ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 1938, หน้า 35-38) เสนอให้เริ่มด้วยยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (Thiazide) หรือยาด้านเบต้า (Beta Blocker) ชนิดใดชนิดหนึ่งก่อนในขนาดที่น้อยหากไม่ได้ผลจึงใช้สองชนิดและถ้าไม่ได้ผลอีกก็เพิ่มยายาขยายหลอดเลือดและยาอื่นๆ เป็นขั้นตอนการใช้ยาแต่ละชนิดมีเป้าหมายเฉพาะ แต่ในปัจจุบันมียามากมายซึ่งการใช้ยานั้นแพทย์จะเลือกอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized Therapy) ในการใช้ยานั้นสามารถแบ่งออกได้ 6 กลุ่ม คือ

1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เพื่อลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไต

1.2 ยาประเภทออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Inhibitors) เช่น ยาประเภท ยาด้านเบต้า Beta Blocker)

1.3 ยาขยายหลอดเลือด (Direct Vasodilators) ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดโดยตรง

1.4 ยาประเภทออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium Converting Enzyme Inhibitors)

1.5 ยาที่ประเภทยับยั้งซีโรโทนิน รีเซพเตอร์ (Serotonin Receptor Antagonist)

1.6 ยาที่ประเภทยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors)

แต่อย่างไรก็ดี การรักษาด้วยยาในกลุ่มที่ 1.1 และ 1.2 แพทย์ยอมรับว่าเป็นการรักษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยทั่วไปต้องลดความดันโลหิตอย่างช้าๆ และความดันโลหิตในท่ายืน และท่านอนไม่เปลี่ยนแปลงมากออกฤทธิ์ได้นาน 12-24 ชั่วโมง อยู่ในรูปของยารับประทาน ไม่มีผลข้างเคียง ไม่มีอาการดื้อยา ไม่รบกวนการทำงานปกติหรือทำให้สมองเฉื่อยชา และเหมาะสำหรับการรักษาระยะยาวซึ่งต้องใช้ร่วมกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย กล่าวคือ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่และการผ่อนคลายความเครียด

2) การควบคุมโดยไม่ใช้ยาเป็นวิธีที่นิยมมากในปัจจุบันว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อน ควรใช้วิธีการนี้ก่อนที่จะใช้วิธีการควบคุมด้วยยา โดยที่ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการ ขจัดความวิตกกังวลหรือความเครียด และจะต้องมีการออกกำลังกายที่ได้ผลคือต้องได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544, หน้า 405) นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้วในปัจจุบันยังได้มีการนำเครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback Machine) เช่น เครื่องมือตรวจวัดความตึงของกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อการควบคุมความดันโลหิตด้วย

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการควบคุมโรคและป้องกันโรคแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2001) คือ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยผสมผสานเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต พฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วยพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั่วไป แสดงการเอาใจใส่ต่อสุขภาพการป้องกันอันตราย การใช้บริการทางสุขภาพการเลือกสรรสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับสุขภาพ เป็นการกระทำที่บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัย สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรริเริ่ม หรือตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ได้แก่

2.1.1 การเลิกสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีกรดนิโคติน ซึ่งมีสารอัลคาลอยด์ (Alkaloid) ให้โทษต่อร่างกายเช่นเดียวกับมอร์ฟีนและยาเสพติด การรับเอากรดนิโคตินเข้าไปเพียงจำนวนเล็กน้อยจะช่วยกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดหดตัว ดังนั้นคนที่ไม่เคยสูบบุหรี่ หากเริ่มสูบจะรู้สึกเวียน หน้ามืดตาลาย และสีหน้าจะเขียวคล้ำ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเพราะความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างกะทันหัน (อดุลย์ รัตนมโนเกษม, 2538) ควรแนะนำให้ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูบและทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หรือปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนที่ไม่มียาผลต่อความดันโลหิต การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการพูดคุย หรือสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องการปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์

การสูบบุหรี่นอกจากจะเพิ่มความดันโลหิตแล้ว ยังกระตุ้นการพัฒนาของภาวะไขมันที่ผนังของเส้นโลหิตแดง (สุภารัตน์ – ผู้แปล, 2538) และผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และ ไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตลดลง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ยากันเบต้า (Beta-Blocker) และสูบบุหรี่ บุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีความยากลำบากในการเลิกสูบบุหรี่ โครงการเลิกบุหรี่เป็นทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี, 2546)

2.1.2 การลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จากการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์จัดนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาความดันโลหิตสูง อินเตอร์ซอลท์ (Intersalt) (ลดความดันโลหิตด้วยวิธีธรรมชาติ, 2538) ศึกษาอัตราการเปรียบเทียบการดื่มแอลกอฮอล์และความดันโลหิต พบว่า คนที่ดื่มมากกว่า 3 ถึง 4 หน่วย เป็นประจำวัน จะมีความดันโลหิตค่าบนสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม 3.5 มิลลิเมตรปรอท และการลดการดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายดื่มน้อยกว่า 2 หน่วย และผู้หญิงดื่มน้อยกว่า 1 หน่วย สามารถลดความดันโลหิตได้ 2 – 4 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยของ เกษม เล่งเวหาสถิต และจรรยา สันตยากร (2537) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยผู้ที่ดื่มสุราจะเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุราถึง 3.19 เท่า และระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวัน จะมีระดับความดันโลหิตตัวบนเพิ่มขึ้น 3 – 4 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างเพิ่มขึ้น 1 – 2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542)

แอลกอฮอล์จะให้แคลอรีและทำให้ความดันโลหิตสูง ด้วยการดื่มแอลกอฮอล์ 1 ออนซ์ต่อวัน จะไม่ทำให้ความดันโลหิตสูง แต่จะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดอัตราตายได้ เอทานอล (ethanol) แอลกอฮอล์ 1 ออนซ์ จะมีอยู่ในเบียร์ 2 แก้ว หรือไวน์ 2 แก้ว แต่ถ้าดื่มเอทานอลแอลกอฮอล์ไม่มากกว่าวันละ 1 ออนซ์ จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าคนที่ดื่ม อย่างไรก็ดีไม่ควรแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเป็นสิ่งที่เสียดสี เมื่อดื่มนานๆ จะเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถควบคุมให้ดื่มวันละ 1 ออนซ์ได้ ซึ่งถ้าดื่มมากกว่า 1 ออนซ์ต่อวัน จะมีความดันโลหิตสูงและถ้ามากกว่า 2 ออนซ์ต่อวัน มักจะร่วมกับการมีความดันโลหิตสูงมาก (นิภา จรูญเวสม์, 2542)

2.1.3 การมาตรวจตามแพทย์นัด ควรมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง พร้อมทั้งนำยาที่เหลือมาทั้งหมด เพื่อแพทย์หรือพยาบาลจะได้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนหรือไม่ การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยจะได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะรวมทั้งทราบอาการและความก้าวหน้าของการรักษาโรคอีกด้วย ทำให้แพทย์ตรวจและสั่งยาให้เหมาะสมต่อระดับความดันโลหิต

การรักษาด้วยการให้ยาลดความดันโลหิตต้องคำนึงถึง ความร่วมมือของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหยุดการรักษาเองเนื่องจากคิดว่าหายแล้วจึงไม่มาติดต่อแพทย์อีก (นิภา จรูญเวสม์, 2540) และจากการศึกษาผู้สูงอายุ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่ากลุ่มที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง (ปรางค์ มหศักดิ์พันธ์, 2538)

2.1.4 ข้อปฏิบัติในการใช้ยา ดังนี้

2.1.4.1 การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ต้องไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา

2.1.4.2 การใช้ยาเป็นการควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องได้รับยาต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของแพทย์ตลอดชีวิต เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2.1.4.3 ชนิดของยา ขนาดของยา และจำนวนครั้งที่รับประทานแต่ละวัน แพทย์จะพิจารณาจากระดับความดันโลหิต สภาพร่างกายของผู้ป่วย

2.1.4.4 การใช้ยาที่มีอาการข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ถ้ามีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์ หรือพยาบาลทันที ไม่ควรหยุดยาเอง

2.2 ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพดีทำให้มีพลังและมีชีวิตชีวา ปัจจุบันชีวิตสมัยใหม่มีการใช้รถยนต์ โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ และวิดีโอเกม ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน (Pender, 2001) การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงาน การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องเหมาะสมกับสภาพหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละคน ควรเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสม กับสภาวะสุขภาพและอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเดิน ว่ายน้ำ การบริหารท่าทาง การบริหารเสริมความงาม ยกน้ำหนัก ไร่ดาบ เหยียดแขนขาหรือยืดมัดกล้ามเนื้อลำตัวไปมาก่อนลุกจากเตียง (อดุลย์ รัตนมันเกษม, 2538) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้นถ้าออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง มีผลการวิจัยมากมายที่สนับสนุนว่าจะสามารถลดความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตตัวบนได้เฉลี่ยประมาณ 10 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งลดค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันโลหิตตัวล่างด้วย (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) และการออกกำลังกายวันละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์สามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 4 – 9 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003)

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1.2 ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท

2.2 .2เลือกการออกกำลังกายประเภทที่ชอบแต่ต้องเป็นประเภทแอโรบิก รวมทั้งรู้หลักในการออกกำลังกายที่เหมาะสม

2.2.3 ควรออกกำลังกายครั้งละ 30 – 60 นาที และควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่ออาทิตย์

การออกกำลังกายในตัวอย่างขึ้นต้น 6 ประเภท มีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทำแต่พอเหมาะ แต่ถ้าออกกำลังกายแล้วเกิดรู้สึกหิวและรับประทานอาหารมากขึ้น หรือมีอาการหายใจไม่ทัน ก็จะเป็นผลตรงกันข้าม (อดุลย์ รัตนมันเกษม, 2538) และการศึกษาของเมียง – ลักลี และคณะ (Myung – Suk Lee et al., 2004) ศึกษาผลของสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบจีงและการรับรู้ทางปัญญาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า ความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงในกลุ่มที่สมาชิกออกกำลังกายแบบจีง ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ และกลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนและการรับรู้ทางปัญญา เพื่อพัฒนาศักยภาพในการออกกำลังกายแบบจีงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition)

เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมต่อความต้องการของร่างกาย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ปัจจัย

ทางด้านกรรมพันธุ์ ปัจจัยทางด้านกายภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Pender, 2001) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตนด้านโภชนาการดังนี้

2.3.1 การบริโภคอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารต่างๆ ได้เหมือนคนปกติ เพียงแต่ควบคุมอาหารบางชนิดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเช่น อาหารที่มีรสเค็ม หรือมีไขมันอิ่มตัวสูง และการลดน้ำหนัก (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

2.3.1.1 อาหารเค็ม สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปานกลาง ไม่ควรเติมหรือจิ้มน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสเค็ม เต้าเจี้ยว ในอาหารที่ปรุงแล้วอีก ควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง เนื่องจากมีส่วนผสมของ สารโซเดียม อาหารหมักดอง อาหารรสเค็มอื่นๆ สำหรับอาหารทะเลแห้ง ควรแช่น้ำให้นานพอสมควร เพื่อให้คลายเกลือ ควรใช้ปลาน้ำจืดในการปรุงอาหาร งคอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป และอาหารกึ่งกรอบจะมีเกลือโซเดียมในปริมาณสูง พบว่าการงดอาหารเค็มที่มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 100mg/l หรือเกลือน้อยกว่า 6 กรัมต่อ วัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 2 – 8 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee, 2003) และจากการศึกษาปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงทั้งในคนปกติ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยพบว่าการจำกัดการบริโภคเกลือโซเดียมให้ลดลงในประชากรทั่วไป 100 mmol ต่อวัน จะช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบนให้ลดลง 7 มิลลิเมตรปรอท ปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่างให้ลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542 อ้างอิงจาก Intersalt cooperative Research Group, 1988)

การลดอาหารเค็มอาจจะไม่ได้ผลในบางคนแต่การลดโซเดียมจะให้ผล โดยการทำให้อาหารโปรตีนเค็มถูกขับออกน้อยลง จากการให้ยาขับปัสสาวะรักษาโรคความดันโลหิตสูง (นิภา จรูญเวสม์, 2540) ดังนั้นถ้าแพทย์ไม่ห้าม ควรรับประทานอาหารที่มีสารโปรตีนเค็มสูง เช่น กุ้ง ส้ม แดงโม น้ำผลไม้ทุกชนิด เพื่อช่วยเพิ่มสารโปรตีนเค็มในร่างกาย

2.3.1.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น แกงกะทิต่างๆ ขนมที่ใส่กะทิ ขนมหวาน ข้าวขาหมู หนังหมู หนังเปิด สำหรับไข่แดง หอยนางรม มันกุ้ง มันปู มีสารโคเลสเตอรอลสูง ควรรับประทานนานๆ ครั้ง ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เนื่องจากเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว ให้สารโคเลสเตอรอล ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนลิคมาก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกงาขาว ซึ่งเป็นกรดไขมันไม่อิ่มตัวมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542)

2.3.1.3 การลดน้ำหนัก พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น (Ideal Body Weight) มีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น การควบคุมน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายให้มีระดับปกติไม่เกิน 24.9 กิโลกรัมต่อเมตร² สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

5 – 20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนัก 10 กิโลกรัมที่ลด (Joint National Committee, 2003) จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อลดน้ำหนักเฉลี่ย 5 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะลดลง 5/3 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งการกระจายของไขมันที่สะสมจะมีส่วนสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นด้วย (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542 อ้างอิงจาก Langford et al., 1991) ผลของน้ำหนักตัว หรือความอ้วนที่มีต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตาม เพศ เชื้อชาติ และอายุ โดยที่น้ำหนักตัวจะมีผลต่อความดันโลหิตในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกัน (The National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) พบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสที่ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วนถึง 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนจะมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนน้อยกว่านี้ ในขณะที่การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สำหรับสาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงกลไกที่แน่นอนยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด แต่มีผู้เสนอคำอธิบายว่าอาจเกิดจากการกินอาหารเค็มที่พบร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด หรือการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

การลดน้ำหนักต้องจำกัดแคลลอรี่ของอาหาร แต่ละคนจะลดไม่เท่ากัน โดยทั่วไปจะให้ 1200 แคลลอรี่ต่อวัน ให้รับประทานอาหารที่ไขมันต่ำ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องจำกัดอาหารมาก เช่น ให้เพียง 400 – 500 แคลลอรี่ต่อวัน โดยให้อาหารที่มีโปรตีนสูงที่มีคุณภาพสูง ร่วมกับเกลือแร่และวิตามิน (นิภา จรูญเวสม์, 2540) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยการลดน้ำหนักได้มากกว่าหรือเท่ากับ 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธภักดิ์, 2542)

2.4 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)

เป็นการปฏิบัติกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น มีการให้ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น การให้เกียรติซึ่งกันและกันซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดความภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถแก้ปัญหาและปรับตัวได้เหมาะสม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านความใส่ใจในอารมณ์ เช่น การแสดงออกในการดูแล การให้กำลังใจ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ด้านการช่วยเหลือ เช่น การบริการ การเงิน และข้อมูลข่าวสาร และด้านการยอมรับ จะทำให้นักลารู้จักถึงความเป็นเจ้าของการได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Pender, 2001) สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (Karan, G. et al., 2002. Citing House, 1981) คือการสนับสนุนทางสังคมเป็นบทบาทหน้าที่ในสัมพันธภาพ

ที่จะช่วยสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์การสนับสนุนด้านสื่อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน

2.5 ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

เป็นกิจกรรมที่พัฒนาด้านจิตใจของบุคคลในการเพิ่มศักยภาพ รวมถึงกิจกรรมที่ครอบคลุมและมีความชัดเจนในจุดมุ่งหมายในชีวิตของแต่ละคน ในประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องความรัก ความปีติยินดี ความสงบ และความสำเร็จ และเป็นวิธีที่จะช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นมีศักยภาพเพิ่มขึ้น (Pender, 2001) พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออกด้วยความสนใจช่วยให้บุคคลรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ตระหนักรู้ในตนเองมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง และรู้สึว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งประเมินจากการปฏิบัติที่แสดงออกในการสนใจที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความพอใจในชีวิต และให้ความสำคัญกับชีวิต โดยมีจุดหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวด้านความรัก ความหวัง และการให้อภัยกัน สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นยอดที่ส่งผลกระทบบอย่างแรงต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณมนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริงและขาดความสมบูรณ์ในตนเอง เมื่อขาดความสมบูรณ์ในตนเองก็จะรู้สึกขาดหรือพร่องอยู่เรื่อยไป ต้องไปหาอะไรเติม เช่น ยาเสพติด ความฟุ้งเฟ้อ หรือความรุนแรง (พลินี เสริมสินศิริ, 2546)

2.6 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด ความเครียดมีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยกระตุ้นการหลั่งอิพิเนพรีน จากต่อมหมวกไตและนอร์อิพิเฟพรีนจากปลายประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการบีบของหลอดเลือดและความดันเลือดเพิ่มขึ้นสันนิษฐานว่าการที่ความดันเลือดมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดความเครียดเป็นเวลานานๆ เพราะบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับความดันเลือดให้เป็นปกติมีการส่งกระแสประสาทผ่านเส้นประสาทวากัส (Vagus Nerve) ให้มีการทำงานลดลง ทำให้ร่างกายปรับระดับความดันโลหิตสูงกว่าเดิม (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) รูปแบบการจัดการความเครียดในระยะแรกได้แก่ ลดความถี่ของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดให้มากที่สุด เพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และปรับสภาพตรงข้ามกับความเครียด เพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางกาย เช่น อัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต (Pender, 2001)

ดังนั้นความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ในชีวิตประจำวันบุคคลมีประสบการณ์พบกับความเครียด การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดได้ ผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นทางออกในการจัดการกับความเครียด ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การผ่อนคลาย

(Relaxation) จะทำให้ลดการตอบสนองต่อ นอร์อิพิเนฟริน ในโลหิต (Plasma Norepinephrine) จึงลดความต้องการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสงบมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ดีขึ้น เพราะถ้าผู้ป่วยมีความเครียด มีความวิตกกังวลมากความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง ผู้ป่วยจึงพึงศึกษาการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) การทำสมาธิ การทำโยคะ และไบโอฟีดแบค (Biofeedback) เป็นต้น ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของตนเอง ฝึกแล้วทำวันละ 1 – 2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที (สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ภักดี, 2548)

หลักฐานที่แสดงว่าความเครียดมีผลต่อความดันโลหิต ได้มาจากการสังเกตใจประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ต้องเผชิญภาวะเครียด เช่น ในคนอเมริกันผิวดำที่มีความชุกของความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว เนื่องจากการแบ่งชนชั้นของสีผิวทำให้มีความเครียดมากขึ้น การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะสั้น ซึ่งยังไม่อาจสรุปสาเหตุได้แน่ชัด ซึ่งข้อสรุปในปัจจุบันคือ ผลของความเครียดที่มีต่อระดับความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับลักษณะของความเครียด การรับรู้ต่อความเครียดของบุคคลนั้นๆ และลักษณะทางสรีรวิทยาของบุคคลต่อความเครียด (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วยรวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง และในการนิยามความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มีความแตกต่างกันไปตามความเข้าใจของแต่ละบุคคลทั้งประชาชนทั่วไปและบุคลากรในทีมสุขภาพ

โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน วิจิตรา ถูกแผน, 2546) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้เป็นครั้งแรกในปี 1959 และพัฒนาแนวคิดนี้ขึ้นมาเป็นลำดับ โอเร็ม กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำไปอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงจุดสูงสุดแม้ว่าเป้าหมายของการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตสุขภาพได้ เช่น การรณรงค์ การใช้ยาพื้นบ้านและสมุนไพรบางชนิดซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลตนเองว่าเป็น Non-therapeutic (วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต) การดูแลตนเองเป็น Therapeutic (วิธีการรักษาแบบไม่ใช้ยาลดความดันโลหิต) ต่อเมื่อก่อให้เกิดต่อบุคคล ในด้านรักษาไว้

ซึ่งชีวิตสุขภาพและการทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ ป้องกันควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ ป้องกันและชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล มัลลิกา มดีโลก (2530 อ้างถึงใน วิจิตร ฤกษ์แผน, 2546) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของการตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรงการเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองรูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ๆ 2 ลักษณะ คือ

3.1 การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะคือ

3.1.1 การรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติโดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การไม่ดื่มสุราและการไม่สูบบุหรี่

3.1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันเบื้องต้น 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

3.2 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมตอบสนองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การงดของแสลง การใช้สมุนไพร การซื้อยามารับประทานเอง การตัดสินใจไปพบแพทย์ โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยนั้นจากพฤติกรรมความเจ็บป่วย 4 แบบ คือ 1) การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับความผิดปกติ 2) การใช้ยารักษาตนเอง 3) การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา 4) การออกกำลังกายการควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเอง ยังเป็นแกนสำคัญในแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ที่เป็นอีกหนึ่งแนวคิดสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศตะวันตกโดยเฉพาะแคนาดา ตามนโยบายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าของแคนาดานั้น หัวใจสำคัญคือแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการดูแลสุขภาพตนเอง คือ หนึ่งในสามองค์ประกอบที่สำคัญนอกเหนือจากการเลื่อน

ถ้าทางสุขภาพ และการเพิ่มมาตรการในการป้องกันโรค โดยหมายในส่วนนี้คือ การเพิ่มขีดความสามารถของประชาชน ในการจัดการโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพอื่นๆ

สำหรับบุคคลที่เผชิญปัญหาสุขภาพอนามัยที่เรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำเป็นต้องสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยนำกลุ่มบุคคลที่ประสบปัญหาเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบของพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ทั้งในด้านข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยดังกล่าวให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น

4. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

4.1 การพัฒนาของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงศตวรรษที่ 20 นักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมการณ์ของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมการณ์ของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมการณ์สุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเนื่องจากในระบายนัการจัฒบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่าด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหามีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อย ทั้งๆ ที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้นักคมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพ เพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่วะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพ และป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก โรคฟัน ไข้รูมาติก โรคโปลิโอ โรคไข้วัดใหญ่ เป็นต้น

เนื่องจากโรเซนสต็อก (Rosenstock) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจมากขึ้น ชื่อของโรเซนสต็อก ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของเคิท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive Valence) แรงด้านลบ (Negative Valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรม

หรือการแสดงของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ เลวิน (Lewin) ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในภาพการณที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกันว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่งเลวิน (Lewin) และคณะได้ตั้งสมมติฐานว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของเคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ” นั่นคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ไปปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถึงแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

โรเซนสต็อก (Rosenstock) (1974a, หน้า 328-335) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า “การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา” เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมาโรเซนสต็อก (1971b, หน้า 355-385) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวินิจฉัยเกี่ยวกับพฤติกรรมในระยะต่อมาได้ พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเบคเกอร์ (Becker) และคณะ (1974, หน้า 205-215) จึงได้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นโรคปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

จากการที่ คาร์ล (Karl) และคอบบ (Cobb) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related Behavior) ว่า “พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค” (Preventive Health Behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันโรคหรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ “พฤติกรรมการเจ็บป่วย” (Illness Behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัย และการเยียวยารักษาที่เหมาะสม และ “พฤติกรรมของผู้ป่วย” (Sick Role Behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการป่วยนั้นๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้ได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายลักษณะซึ่งแตกต่างกันทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอภิปรายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

คาร์ล (Karl) และคอบ (Cobb) ได้ดัดแปลงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมการเจ็บป่วย โดยได้ให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของสิ่งคุกคามที่เขาประสบอยู่ในขณะเดียวกันอาการเจ็บป่วยจะมีส่วนไปกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจหรือการปฏิบัติ ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินั้นเองการอธิบายการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบายจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 4 ประการคือ 1) แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ซึ่งจะแสดงถึงระดับความสนใจด้านสุขภาพของบุคคล 2) สิ่งคุกคามที่เกิดจากอาการ ได้แก่ อันตรายต่อร่างกายและการรบกวนต่อการทำหน้าที่ 3) ประโยชน์หรือคุณค่าของการกระทำที่จะช่วยลดสิ่งคุกคาม และ 4) อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายของการกระทำนั้นๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

4.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) เป็นแบบแผนหนึ่งที่ใช้กันมากที่สุดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2493 และเป็นแบบแผนที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จมาแล้วในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยา การใส่ยาและการคัดกรองสุขภาพ (Theories and Approaches : Health Belief Model : 2546)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อรายบุคคลจะปฏิบัติเมื่อบุคคลนั้น

- 1) รู้ว่าการปฏิบัติสามารถหลีกเลี่ยงภาวะสุขภาพสุขภาพที่ไม่ดีได้
- 2) รู้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ
- 3) เชื่อว่าสามารถปฏิบัติได้

จากแนวคิดและหลักการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 หลักการสำคัญ และการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

หลักการ	นิยาม	การประยุกต์ใช้
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค (Perceived Susceptibility)	ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสที่จะเป็นโรค	- กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงและระดับความเสี่ยง - ความเสี่ยงของแต่ละบุคคลขึ้นกับพฤติกรรมและอุปนิสัย - ถ้าการรับรู้สูงขึ้น โอกาสเสี่ยงก็น้อยลง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)	ความเชื่อของบุคคลต่อความรุนแรงและความพิการของโรค	- อธิบายความรุนแรงและความพิการอย่างจำเพาะเจาะจง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

หลักการ	นิยาม	การประยุกต์ใช้
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits)	ความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติตัวว่าสามารถลดความเสี่ยงและอันตรายจากผลกระทบได้	- อธิบายหรือกำหนดวิธีปฏิบัติ เวลา และสถานที่ให้ชัดเจน - อธิบายผลที่คาดหวังทางบวก - อธิบายถึงหลักฐานด้านประสิทธิภาพ
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)	ความเชื่อของบุคคลในด้านค่าใช้จ่าย และด้านจิตในต่อการปฏิบัติ	- ลดอุปสรรคโดยให้คำรับรองถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการให้ความช่วยเหลือ
5. สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ (Cause to Action)	ยุทธศาสตร์ที่จะกระตุ้นให้เกิดความพร้อมหรือความเต็มใจในการปฏิบัติ	- จัดหาข้อมูล ข่าวสาร - ส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญ - จัดหาเครื่องเตือนความจำแรงจูงใจ
6. ความสามารถในการปฏิบัติ (Self Efficacy)	ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลต่อการปฏิบัติ	- การจัดการอบรม ให้คำแนะนำปรึกษา และให้แรงสนับสนุนทางบวก

4.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ

4.3.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมสำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตาม

คำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

4.3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการพิการการเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง

4.3.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) เมื่อบุคคลที่มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสียต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือจะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษา โรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคหรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4.3.4 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and Concern about Health Matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้ตามความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่ามารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มี

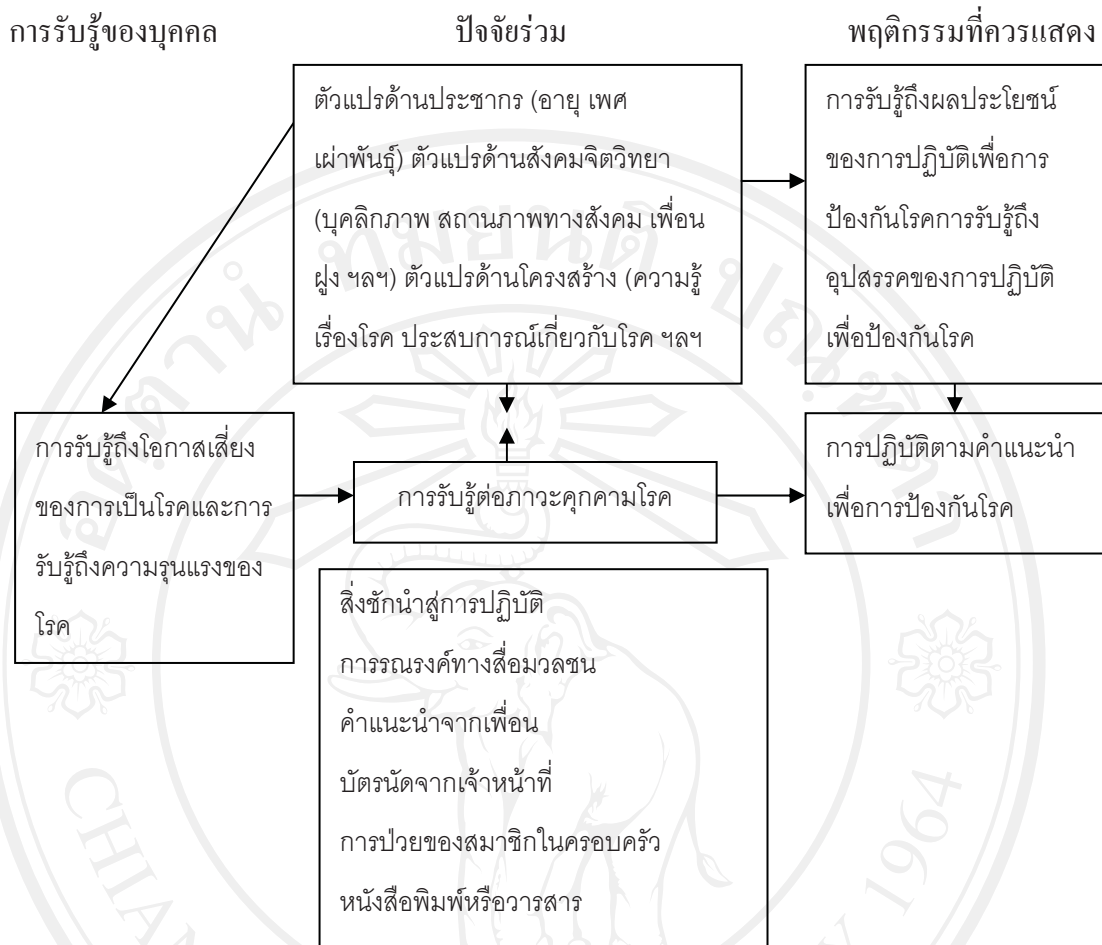
ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

4.3.5 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคลตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบายเจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั่นเอง หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนำหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บปวดของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมคือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย จำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

สรุปได้ว่าแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

จากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิด เพื่อเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยและพัฒนาพฤติกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

ที่มา : (Becker, Marshall H. and Maiman, Lois A., 1975 หน้า 12)

5. ทฤษฎีความสามารถตนเอง

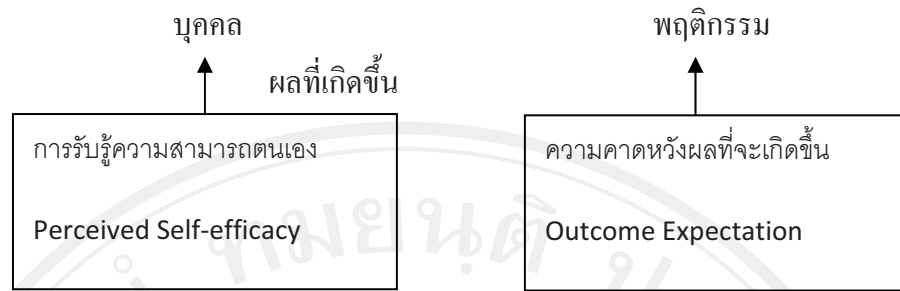
5.1 หลักการ

ผู้ที่ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความสามารถตนเอง คือ แบนดูรา (Bandura) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ซึ่งศึกษาตามแนวทฤษฎีของสกินเนอร์ (Skinner) แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีความสามารถตนเอง มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยได้ศึกษาพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ.1962 ต่อมาในปี ค.ศ.1968 แบนดูราได้ขยายแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้กว้างขึ้น และเปลี่ยนชื่อทฤษฎีใหม่เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) แบนดูรา ได้ศึกษาถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยความสามารถตนเอง (self Efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะ

อย่างได้ จึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่กระทำ จะทำอะไรกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติ

ในระยะแรก แบนดูรา (1977, หน้า 192) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมา แบนดูราใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) โดยให้ความหมายใหม่ว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ แบนดูรามีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่อาจมีพฤติกรรมที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน แม้แต่ในตัวบุคคลเดียวกัน หากรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพการณ์ที่แตกต่างกันก็จะมีแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนในเรื่องไม่ตายตัว แต่จะยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้น สิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเอง นั่นคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถอย่างใดก็จะแสดงถึงความสามารถนั้น คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและประสบความสำเร็จ

ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) แบนดูราอธิบายไว้ว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลที่ได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งเสนอเป็น ภาพที่ 2 ได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
ที่มา : (Bandura, 1977, หน้า 191-215)

การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล

	ความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น		
	สูง	ต่ำ	
การรับรู้ความสามารถตน	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	สูง
	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะทำ	ต่ำ

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น
ที่มา : (Bandura, 1978, หน้า 344-358)

จากภาพที่ 4 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการกระทำ ถ้าหากบุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นสูง และมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงเช่นเดียวกัน บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจ ไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

5.2 วิธีการ

แบนดูราได้เสนอแนะวิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองไว้ 4 วิธี คือ

5.2.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองเนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำได้ซึ่งจะทำให้เขาสามารถใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่กลับจะพยายามทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

5.2.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ผู้สังเกตได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตฝึกความรู้สึกว่าผู้สังเกตก็สามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าผู้สังเกตมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต ซึ่งสามารถทำให้ลดความกลัวลงได้

5.2.2.1 การเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น แล้วสร้างความคิดว่าจะสร้างพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไรซึ่งความคิดนี้ได้ประมวลเป็นข้อมูลไว้ใช้เป็นเครื่องชี้แนะการแสดงพฤติกรรมของตนต่อไป การเรียนรู้จากตัวแบบนี้เป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง หรือการอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลอื่น การที่บุคคลสามารถเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบได้นั้น ประกอบด้วยกระบวนการ 4 อย่างคือ

1) กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) การใส่ใจของผู้สังเกตจะทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ได้รับ จากการสังเกตพฤติกรรมทั้งหมดที่ตัวแบบแสดงออกมา ถ้าผู้สังเกตใส่ใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบก็จะสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจจากตัวแบบได้ในทางตรงข้าม ถ้าผู้สังเกตไม่ใส่ใจ ขาดการเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมาก็จะไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบนั้นได้

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นการรวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ แล้วเก็บจำในลักษณะของสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นมโนภาพ และภาษา ถ้าการเก็บจำในภาพแปลงเป็นสัญลักษณ์ทางภาษาก็จะทำให้จำได้ง่ายถูกต้องและนานขึ้น การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบตามทัน หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมผ่านไประยะหนึ่งโดยไม่มีตัวแบบให้เห็น

3) กระบวนการกระทำทางกาย (Motor Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยนสัญลักษณ์จากการเก็บจำเป็นการกระทำในการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบ ครั้งแรกอาจมีความใกล้เคียงแต่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสมนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบ และความคิดความจำของผู้สังเกต ถ้ามีการให้ข้อมูลย้อนกลับจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไข พฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจจะถูกแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มในการเลียนแบบสูงเพราะบุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ

5.2.2.2. อิทธิพลของตัวแบบที่มีต่อผู้สังเกต คือ

1) การสร้างพฤติกรรมใหม่ เมื่อผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบนั้นผู้สังเกตไม่เคยพบเห็นมาก่อน ผู้สังเกตจะรวบรวมรูปแบบของการกระทำใหม่นี้ในรูปแบบของสัญลักษณ์ และถ่ายทอดออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่

2) การสร้างกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่ จะเกิดในสถานการณ์ที่ผู้สังเกตเห็นการกระทำของตัวแบบในลักษณะต่างๆภายในสถานการณ์ต่างๆ และถ้าการตอบสนองส่งผลทางบวก ผู้สังเกตก็จะรวบรวมลักษณะของตัวแบบในรูปแบบต่างๆ นำมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่

3) การสอนความคิดและพฤติกรรมสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุน การพัฒนาเชิงสร้างสรรค์เพราะผู้สังเกตเมื่อเห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผู้สังเกตอาจใช้ประสบการณ์ต่างๆ ที่มีอยู่ประกอบการกระทำของตัวแบบมาพัฒนาเป็นความคิดหรือพฤติกรรมใหม่ขึ้น

4) การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่ได้เห็นตัวแบบถูกลงโทษ ผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่ไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น และในทำนองเดียวกันถ้าได้เห็นตัวแบบทำพฤติกรรมไม่ถูกต้องและถูกห้าปรามแล้ว ไม่มีผลลัพธ์ใดๆ ตามมา ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะกระทำตามตัวแบบ

5) การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ ถ้าผู้สังเกตได้เห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมหนึ่งและได้รับรางวัล ผู้สังเกตก็มีแนวโน้มที่จะทำตามมากขึ้น

6) ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบสามารถมีผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตทำให้รุนแรงเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้อยตามไปด้วยได้

7) การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่คนให้คุณค่า และมีความชื่นชอบอยู่แล้ว การกระทำของตัวแบบนั้นก็จะทำให้ผู้สังเกตกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

5.2.2.3 ประเภทของตัวแบบ การเสนอตัวแบบ แบบดาราได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ดังนี้คือ

- 1) ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) หมายถึง ตัวแบบซึ่งผู้สังเกตสามารถ ปฏิสัมพันธ์หรือสังเกตได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นๆ
- 2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่าน สัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุทัศน์ เป็นต้น

5.2.3 การใช้คำพูดชักจูงใจ (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป แบบดรากล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงใจมักจะไม่ค่อยได้ผลดีนัก การที่จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการกระทำทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ของความสำเร็จซึ่งจะอาจค่อยๆ เสริมสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงใจร่วมด้วย ย่อมจะก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง

5.2.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนนั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับ การกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่มากเกินไปในการปฏิบัติไม่ค่อยได้ผลดีบุคคลจะเกิดความคาดหวังในความสำเร็จเมื่อบุคคลอยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่พึงพอใจความกลัวจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวมากขึ้น เมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ของความล้มเหลว จะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมุ่งสู่การพัฒนาพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยมีรายละเอียดดังนี้

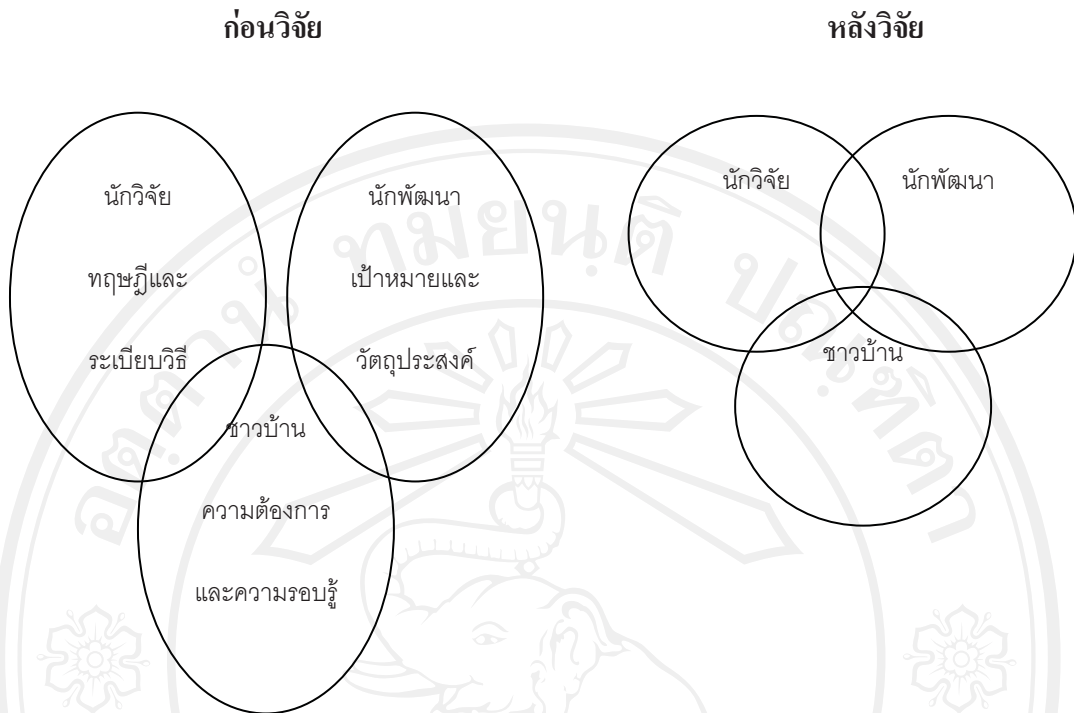
6.1 องค์ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นความพยายามของนักวิชาการและนักพัฒนา ในการสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของงานวิจัยส่วนหนึ่งกับงานพัฒนาอีกส่วนหนึ่งและพยายาม เชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกมาเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัย และพัฒนา (Research and Development : R & D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จึง เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบหนึ่งที่ทำกับชุมชน (development) เข้าด้วยกัน

6.2 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่ผู้คนจำนวนหนึ่งในองค์กรหรือชุมชนเข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยกระทำร่วมกับ นักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของคนที่อยู่กับปัญหา (Problems People) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับ นักวิชาการ จึงเป็นกระบวนการที่คนในองค์กรหรือชุมชนมิใช่ผู้ถูกกระทำ แต่เป็นผู้กระทำที่มีส่วน ร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีอำนาจร่วม กันในการวิจัย (สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร, 2545) การวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติหรือ ทางสังคมศาสตร์ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากฝ่ายชาวบ้าน ในการวิจัยชนิดนี้สิ่งที่ นักวิจัยต้องคำนึงถึงคือ การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับชาวบ้านอยู่ตลอดเวลา และการ ทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราว เพื่อให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของชาวบ้าน อัน จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

6.3 ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เชื่อในปรัชญาว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่อยู่ กับข้อมูล อยู่กับความจริง เป็นผู้ที่ดีเท่ากับนักวิจัยหรืออาจจะรู้มากกว่านักวิจัย การเลือกปฏิบัติใดๆ ก็ตามที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงต้องเริ่มจากชาวบ้านด้วยไม่ใช่จากสมมติฐานของผู้วิจัย หรือนักพัฒนาแต่ฝ่ายเดียวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายต่างๆ ทั้งชาวบ้าน นักวิจัยและนักพัฒนา ควรมี บทบาทในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและ พัฒนาบทบาทของทั้งสามฝ่ายต่างก็มีความเท่าเทียมกัน การวิจัยลักษณะนี้จึงเป็นการเรียนรู้ ผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีระเบียบวิธีวิจัย เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของ นักพัฒนา รวมทั้งความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้าน ดังภาพที่ 4

ลิขสิทธิ์ © by Chulalongkornrajavidyalaya University
All rights reserved



ภาพที่ 4 เปรียบเทียบ โลกทัศน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย
ที่มา : (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2545, หน้า 23)

จากภาพที่ 4 วงกลมแต่ละวงแสดงถึงโลกทัศน์ หรือวิธีมองปัญหาของคนแต่ละกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย โลกทัศน์ของแต่ละฝ่ายต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่คนยึดถือหลังจากเข้าสู่ระบบกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนทั้งสามกลุ่มจะมี “โลกทัศน์ร่วม” และความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนา ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัยและการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ในลักษณะการศึกษาชุมชนเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาคือ ค่อยๆ ศึกษาไปแล้วทำกิจกรรมไป กลุ่มประชากรผู้ถูกวิจัยเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ นับตั้งแต่การเริ่มต้นตัดสินใจว่าจะศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักฐานและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหา การวิจัย การเลือกกระบวนการ ประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และเสนอสิ่งที่ค้นพบ

นอกจากนี้ สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร (2545, หน้า 24-27) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ ดังนี้

6.3.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (Right) เป็นเอกสิทธิ (Privilege) เป็นการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นกระบวนการบริหารการพัฒนาชนบทและเป็นเครื่องมือชี้วัดการพัฒนาชนบท

6.3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่มีชีวิต (Dynamic and Organic Process) เริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบันมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคตจะมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาและกิจกรรมล่วงหน้าได้เชื่อว่าผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะร่วมทำงานได้ จะต้องเริ่มจากคนที่รู้สึก (Feel) ต่อปัญหาหรือความต้องการของตนไปสู่การคิด (Think) การกระทำ ซึ่งยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในด้านสติปัญญา จิตใจ และมิติด้านกายภาพสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

6.3.3 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการแสวงหาความรู้และการกระทำจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง และไม่สิ้นสุดราบเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถรวมกลุ่มกันได้ และคำนึงถึงภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ

6.3.4 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดจากการปรับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นจากการสั่งการจากหน่วยเหนือมาเป็นชุมชนหรือชาวบ้านผู้ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการดำเนินการ ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่แก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ ถ้าเขารู้และเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาตนเองและชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เป็นการจุดพลังให้ชุมชนรับรู้การเรียนรู้ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน เป็นการเรียนรู้ของชุมชนอันเกิดจากการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน ทำการศึกษาชุมชน เน้นการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อค้นหาศักยภาพ ปัญหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยการวางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ประเมินงานเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

6.3.5 เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างถอนรากถอนโคนเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและเต็มที่ตลอดกระบวนการของการวิจัยตั้งแต่ การทำความเข้าใจและนิยามปัญหาของการวิจัย การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ การทำกิจกรรมที่ตามมาจากการวิจัย และยังต้องให้กลุ่มคนไร้อำนาจต่อรอง (powerless group) เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย ทั้งนี้เพื่อจะก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชน เกิดความหวงแหนทรัพยากรต่างๆ ของตน และมุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง นักวิจัยภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ ตลอดกระบวนการวิจัยเท่านั้น

6.4 หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยึดหลักการสำคัญ (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2545, หน้า 62) ดังนี้

6.4.1 ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้าน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ ยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและยอมรับกันแพร่หลายในหมู่คนชาวบ้าน คนยากจน เพื่อเป็นหนทางแก้ไขปัญหาในการดำรงชีวิตของเขา

6.4.2 ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้าน ด้วยการส่งเสริมยกระดับและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขาให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์

6.4.3 ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขาและสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

6.4.4 สนใจในปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน เช่น การถูกกีดกันหรือแปลกแยก (Alienated) จากผืนดินและทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ การต้องดิ้นรนต่อสู้กับแรงบีบคั้นจากผู้มีอิทธิพล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคำถามที่นักวิจัยรูปแบบเก่าไม่ใคร่นึกถึงและไม่เคยเป็นจุดเน้นในการค้นหาความรู้มาก่อน

6.4.5 ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดความเห็นของตนอย่างเสรีในการมองสถานการณ์และปัญหาของตนเอง สามารถใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ตรวจสอบสภาพเท็จจริงต่างๆ สามารถยืนหยัดต่อต้านพลังอิทธิพลจากภายนอกหรือจากอำนาจกดขี่ของผู้มีอำนาจ

6.5 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ ได้พัฒนาตนเองในการทำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้าน ซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัย (ขนิษฐา กาญจนรังสันทน์, 2545) ได้ดังนี้

6.5.1 เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชน ได้ตระหนักในปัญหาของตนเองและเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของตนเองและชุมชน

6.5.2 เพื่อดำเนินการวิจัยโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กร และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

6.5.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

6.5.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหา และการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

6.6 วิธีการวิจัย

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2545, หน้า 32-33) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

6.6.1 เน้นการศึกษาชุมชนเป็นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้านการเก็บข้อมูลเป็นการสนทนาและเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชนหรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในชุมชน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาและการพัฒนา

6.6.2 เน้นการหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรท้องถิ่นที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหา

6.6.3 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการเพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติซึ่งอาจจะต้องคำนึงเชิงเศรษฐศาสตร์ในแง่ของความคุ้มค่า ความเหมาะสมกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรมความเชื่อและอื่นๆ ร่วมด้วย

6.6.4 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหายุ่งทุกขั้นตอนและสามารถดำเนินการได้เองหลังจากสิ้นสุดการวิจัยหรือเมื่อนักวิจัยออกจากพื้นที่แล้ว

6.7 ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีที่ไม่ยึดติดรูปแบบอันเป็นมาตรฐานใดๆ การรวบรวมข้อมูลทำได้หลายรูปแบบซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกันกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่มเข้ามา ตลอดจนการติดตามประเมินสถานการณ์และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การเข้าสนาม การสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายประชาชน มีวิธีการทำได้หลายวิธี เช่น การตะล่อม (Probe) การประชุมกลุ่ม การใช้ชีวิตทัศน์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนา

การสำรวจ การให้คำปรึกษา การทำแผนที่ของชุมชน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การอภิปราย ส่วนการที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการโดยใช้วิธีการใดนั้น ต้องมีความกลมกลืน และขึ้นอยู่กับ การตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน(สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร, 2545)

6.8 บทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

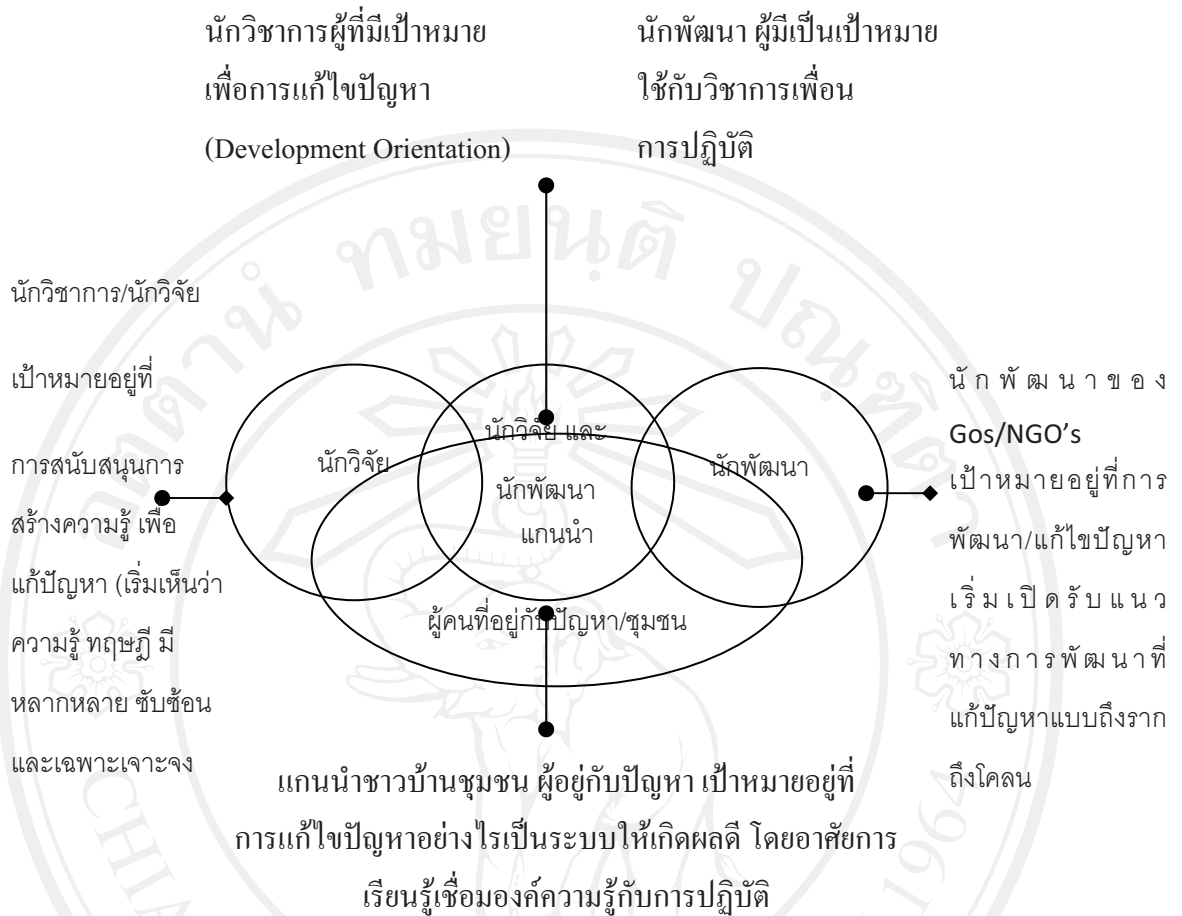
สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2545) เสนอบทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

6.8.1 ต้องตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง มีความรู้สึกละอายใจ นอกจากนั้นยังต้องตระหนักในระบบคุณค่าของตนเอง เมื่อต้องสัมพันธ์กับค่านิยมของประชาชนในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไปจากตนเอง

6.8.2 ยอมรับการไม่รู้และพยายามเรียนรู้จากคนในชุมชนโดยผ่านมิตรภาพความเข้าใจซึ่งกันและกัน

6.8.3 หลังจากที่ได้ข้อมูลพอสมควรหรือเข้าใจปัญหาของท้องถิ่น ต้องร่วมกันกับชาวบ้านหาทางออกหรือการแก้ไขปัญา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นงานหนักและมักเกี่ยวพันกับความขัดแย้งอันเกิดจากโครงสร้างอำนาจท้องถิ่น แต่การก้าวเดินอย่างมีจังหวะ ปลูก กระตุ้นให้ชาวบ้านตระหนักและเปิดใจกว้างออก จะช่วยให้ชาวบ้านได้เรียนรู้และเห็นทางออกที่ไม่จำเป็นต้องมีการปะทะหรือนำไปสู่ความขัดแย้งเสมอไป นอกจากนั้นการแก้ไขปัญาโดยชาวบ้านมีส่วนร่วมเป็นระบบการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญาไปด้วย

6.8.4 คนนอกที่เข้าไปเรียนรู้ในชุมชนหรือชนบทต้องเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความขัดแย้งของชนชั้นผู้นำในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขา กับอำนาจภายนอก อิทธิพลของเขาต่อนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนา



ภาพที่ 5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (จุดประสงค์อยู่ที่การแก้ปัญหาแบบยั่งยืน)

ที่มา : (สิทธิรัฐ ประพุทธนิธิตสาร, 2545, หน้า 45)

จากภาพที่ 5 แสดงการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัย นักพัฒนาหรือนักวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแกนนำของคนที่อยู่กับปัญหาในชุมชนเป็นหุ้นส่วน มีการผสมผสานระหว่างจุดแข็งของแต่ละหุ้นส่วนเข้าด้วยกันอย่างเลือกสรรและกลมกลืนกัน

6.8.4.1 นักวิชาการแข็งแกร่งในด้านการวิเคราะห์ แต่ไม่รู้ปัญหาดี ไม่มีหน้าที่ปฏิบัติ

6.8.4.2 นักปฏิบัติเข้มแข็งในด้านการปฏิบัติ มีทรัพยากร แต่ไม่รู้ปัญหาดีและวิเคราะห์สื่อนักวิชาการไม่ได้

6.8.4.3 แกนนำผู้อยู่กับปัญหา รู้ปัญหาดีซึ่งดี แต่การวิเคราะห์และศักยภาพในการระดมทรัพยากรมีน้อยกว่านักปฏิบัติ

เพราะฉะนั้น การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันผลของกระบวนการเรียนรู้จะทำให้ทุกฝ่ายที่เป็นหุ้นส่วนได้รับ (Take) และได้ให้ (Give)

6.9 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้กันมากวิธีหนึ่งในการวิจัยทางสังคมศาสตร์พฤติกรรมศาสตร์ และได้นำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ และพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2545) ได้สรุปถึงการสนทนากลุ่ม ว่าเป็นวิธีการหนึ่งในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลักษณะของการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางในกลุ่มคนที่ร่วมวงสนทนา ซึ่งจะเป็นผู้ถูกเลือกโดยนักวิจัยและจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเนื้อหาสาระของเรื่องที่จะสนทนาอย่างดีพอ กลุ่มหนึ่งๆ ไม่ควรมีคนร่วมวงสนทนาเกิน 10 คนเป็นอย่างมาก การสนทนากลุ่มจะทำได้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์ในบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เขาอยู่ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เราสนใจศึกษา

ในการเก็บข้อมูลวิธีนี้ ผู้วิจัยจะต้องสร้างแนวทางการสนทนาโดยใช้ตัวแปรที่จะศึกษาเป็นแนวทาง โดยจำแนกเป็นหัวข้อ จัดลำดับและผูกเป็นเรื่องราวนำการสนทนาให้เป็นขั้นตอนเป็นลำดับความคิด ส่วนการเลือกผู้เข้าร่วมสนทนา จะพยายามให้ได้บุคคลที่มีภูมิหลังความสนใจความรู้ในเรื่องที่เราจะสนทนาใกล้เคียงกัน และต้องติดต่อนัดหมาย ความยินยอมพร้อมใจ เวลาสถานที่ที่จะสนทนาอย่างเข้าใจดีต่อกัน

สถานที่ควรมีบรรยากาศที่เหมาะสมแก่การสนทนา คือ เงียบสงบ ไม่ร้อน ไม่เฉอะแฉะ อากาศถ่ายเทดี นั่งสบาย ไม่มีกลิ่น เสียงรบกวน เป็นกลาง เป็นที่ที่สะดวกแก่การนัดหมายไปมาของผู้ร่วมวงสนทนา นักวิจัยที่จะร่วมในการสนทนาจะประกอบด้วย ผู้นำและกำกับการสนทนาผู้จัดบันทึก ที่จะทำหน้าที่บันทึกย่อการสนทนาของกลุ่ม และมีผู้ช่วยทั่วไปที่จะทำหน้าที่เป็นฝ่ายจัดการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มสนทนา จัดการเกี่ยวกับงานเทคนิค เช่น การอัดเสียง ถ่ายรูปการควบคุมบุคคลหรือสิ่งรบกวนจากภายนอก เป็นต้น

ผู้วิจัยจะต้องจัดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการสนทนากลุ่มให้พร้อม เช่น กระดาษ ดินสอ สำหรับจดบันทึกอุปกรณ์บันทึกเสียง เอกสารสิ่งพิมพ์ รูปภาพต่างๆ ตลอดจนอุปกรณ์เสริมการสนทนา เช่น เครื่องดื่ม เครื่องขบเคี้ยว ที่จะช่วยให้บรรยากาศสนทนาผ่อนคลายเป็นกันเอง และสิ่งของสมนาคุณผู้เข้าร่วมสนทนา เพื่อตอบแทนการสละเวลาเข้าร่วมสนทนา ซึ่งอาจเป็นสิ่งของเล็กน้อยในอัตราที่ไม่แพงนัก

6.9.1 องค์ประกอบในการจัดสนทนากลุ่ม (Components of Conducting Focus Group Session)

เขาวลักษณะ อนุรักษ์, ถนัด ไบยา, สุปราณี สีใหญ่, และอื่นๆ (2542) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบและขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม ดังนี้

6.9.1.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Personnel)

1) ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) ผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเป็นผู้ที่พูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้ เป็นผู้ที่มีบุคลิกดี สุภาพอ่อนน้อม และมีมนุษยสัมพันธ์ดี บุคลิกภาพเป็นสิ่งสำคัญมากในการสร้างบรรยากาศการสนทนา โดยไม่ถือเป็นเรื่องการทำงาน ทุกคนในกลุ่มจะมีหน้าตาเบิกบานแจ่มใส เหมือนกับเป็นการสนทนาโดยทั่วๆ ไปและผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องเป็นผู้รู้เบื้องหลังความต้องการ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเป็นอย่างดีด้วย

2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note Taker) ผู้จดบันทึกการสนทนาจะต้องรู้วิธีว่า ทำอย่างไรจึงจะจดบันทึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะจะต้องจดบันทึกบรรยากาศที่เกิดขึ้นในระหว่างการสนทนาด้วย เช่น ความเงียบ เสียงหัวเราะ การแสดงสีหน้าของผู้เข้าร่วมสนทนาเพื่อประโยชน์แก่การวิเคราะห์ในภายหลัง นอกจากนี้ผู้จดบันทึกจะต้องพูดและฟังภาษาท้องถิ่นได้

3) ผู้ช่วย (Assistant) ผู้ช่วยจะเป็นผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั่วไป ในขั้นเตรียมการจัดสนทนากลุ่ม เช่น ช่วยเตรียมสถานที่ บันทึกเสียง เปลี่ยนเทป เหล่านี้เป็นต้น

6.9.1.2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม (Group Discussion Guide)

แนวทางในการสนทนากลุ่ม และการจัดลำดับหัวข้อในการสนทนา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการวิจัยนั้นๆ ควรต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า แต่ทั้งนี้จะต้องยืดหยุ่นได้ในทางปฏิบัติ จากบรรยากาศในการสนทนาเป็นผู้ชักจูงมาเอง ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านั้น ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถชักต่อได้ เพราะอาจเป็นข้อค้นพบที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ซึ่งประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย

6.9.1.3 อุปกรณ์สนาม (Field Instruments)

อุปกรณ์สนามที่ควรเตรียม เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดสนทนากลุ่ม ได้แก่

1) เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับอัดเสียงขณะที่การสนทนากลุ่มกำลังดำเนินอยู่ ทั้งนี้เพื่อนำมาถอดเทปในภายหลัง เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์สำหรับผู้วิจัย

2) สมุดบันทึกและดินสอ สำหรับผู้จดบันทึกเพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปให้ง่ายขึ้น และผู้วิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึกของผู้จดบันทึก

3) แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Screening Form) แบบแบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Homogeneous) อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่

อาชีพ จำนวนและอายุของบุตร เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกตามลักษณะงานวิจัย

4) สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (Refreshment&Snack) เช่น เครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว ฯลฯ สิ่งของดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

5) ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมสนทนาแม้จะเป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาแล้วเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัยที่แสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมสนทนาที่ได้สละเวลามาครั้งนี้

6.9.2 สถานที่และระยะเวลา (Location and Time)

สถานที่จัดสนทนา ควรจะเป็นบริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ที่ทำการวิจัยนั้นๆ อาจจะเป็นบ้าน ศาลา วัด ไร่ ร่มไม้ ฯลฯ ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากความพลุกพล่านเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีสมาธิในเรื่องต่างๆที่กำลังสนทนากัน ส่วนระยะเวลาในการสนทนาโดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงต่อ 1 กลุ่ม

6.9.3 ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม

6.9.3.1 เลือกบุคคลที่จะให้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ด้วยแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ ตามขนาดของกลุ่มที่ต้องการ โดยทั่วไปควรประมาณ 6-12 คน เพราะหัวข้อบางหัวข้อที่ยากหรือไม่ น่าสนใจ สำหรับผู้สนทนาในกลุ่มจะทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถจุดประเด็นที่เร่งเร้าให้เกิดการสนทนาได้อย่างมีรสชาติ และปฏิกริยาโต้ตอบกันระหว่างผู้สนทนาเองก็จะแสดงออกไม่เต็มที่ถ้าหากเกิน 12 คนแล้ว ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนก็จะมีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองและเป็นการยากแก่ผู้ดำเนินการสนทนาในการที่จะชักนำให้กลุ่มนั้นหันเหเข้ามาสู่ประเด็นที่ต้องการ

6.9.3.2 เมื่อได้บุคคลเข้าข่ายแล้ว คณะผู้วิจัย (ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วย) จะเป็นผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาพร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดให้มีการสนทนากลุ่ม

6.9.3.3 ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำคณะผู้วิจัยอีกครั้ง และบอกจุดมุ่งหมายในการสนทนาด้วย พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง โดยเชิญให้ได้รับประทานของขบเคี้ยว และเครื่องดื่ม และขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนา โดยขอบันทึกเสียงการสนทนาควรชี้แจงให้ทราบจุดมุ่งหมายในการบันทึกเสียงและการจดบันทึก และเปิดโอกาสให้ซักถามคณะผู้วิจัยก่อนเพื่อสร้างความไว้วางใจ

6.9.3.4 เริ่มการสนทนา โดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลัก แต่ดูความเหมาะสม สามารถยืดหยุ่นได้แล้วแต่สถานการณ์กลุ่มพาไป อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงว่าครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการแล้วหรือยัง ผู้ดำเนินการสนทนาควรจะประมาณระยะเวลาที่จะใช้ในแต่ละประเด็น

เอาไว้ด้วย เพื่อไม่ให้เสียเวลามากไปกับบางหัวข้อ แต่ทั้งนี้ผู้ดำเนินการสนทนาก็ต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกถูกลดทอน เมื่อแน่ใจว่าได้เนื้อหาตามที่ต้องการในแนวทางการสนทนาแล้ว จบการสนทนาด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้องใจอีกครั้งเพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนามาทั้งหมด

6.9.3.5 แจกของสมนาคุณ เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ ต่อผู้เข้าร่วมสนทนา

6.9.4 การดำเนินการสนทนา

พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2545, หน้า 49-58) ได้กล่าวถึงการดำเนินการสนทนากลุ่มการตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้คือ

เมื่อสมาชิกกลุ่มครบแล้ว ผู้ทำการสนทนา จะเริ่มสร้างบรรยากาศด้วยการต้อนรับ แนะนำตัวเองและคณะฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ชี้แจงวิธีการสนทนาขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง ขออนุญาตจดบันทึก รวมทั้งถามคำถามอุ่นเครื่อง เพื่อนำเข้าสู่การสนทนา แล้วจึงนำเข้าสู่คำถามตามที่เตรียมไว้ในแนวคำถาม ขณะที่ผู้ทำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนากำลังสนทนาตลอดการสนทนา จนถึงสิ้นสุดแล้วผู้นำสนทนาอาจซักถามความรู้สึกของผู้ร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องที่สนทนา วิธีการ บรรยากาศ ตลอดจนข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะอื่นๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ประกอบการเขียนรายงานสรุปของผู้วิจัยด้วย

นักวิจัยที่ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา จะต้องเขียนแผนผังการนั่งของผู้เข้าร่วมวงสนทนา พร้อมกับเขียนหมายเลขและชื่อกำกับตำแหน่งไว้ เพื่อประโยชน์ 2 ประการ คือ ผู้นำการสนทนาจะได้รู้จักชื่อผู้เข้าร่วมสนทนา และการตั้งคำถามจะได้ตรงกับบุคคลเจ้าของชื่อ นอกจากนั้นผู้ทำหน้าที่จด จะบันทึกคำตอบตรงกับบุคคลที่พูด เช่น

นาย A 9

นาย B 8

นาย C 7

นาย E 6

เทป

1. นส. F

2. นส. E

3. นส. H

4. นส. D

5. นส. J

Moderator

Note Taker

ลักษณะการบันทึก จะเป็นดังนี้

M : การทำมาหากินตอนนี้เป็นอย่างไ

- 1 แยกะ ไม่มีงานทำกันเลย
- 9 ข้าวก็ราคาดก
- 3 ปีนีก็แล้งเกิน จะได้นานาหรือเปล่าก็ไม่รู้
- 7 ไม่มีนาทำกันแล้ว เถ้าแยกไปหมดแล้ว

การสนทนากลุ่มนี้ จะได้มีข้อมูลที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับทักษะ และความสามารถของผู้นำการสนทนา รวมทั้งบุคลิกภาพของเขา ความสามารถในการสื่อสาร เช่น มีความคล่องในการพูดและฟังภาษาท้องถิ่น ความสามารถที่จะกระตุ้นให้คนไม่พูด แสดงความคิดเห็นออกมา และสามารถจะคุมคนที่พูดมากให้พูดน้อยลง นอกจากนี้ ลักษณะความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มที่สนทนา การเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาที่มีความเข้าใจ ความรู้ รวมทั้งประสบการณ์และความสนใจในเรื่องสนทนา ก็มีผลต่อความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วย

การควบคุมความลำเอียงของข้อมูลจะทำโดยการที่ผู้นำสนทนาควรจะเป็นคนละคนกับผู้วิจัยหลัก (Principle Investigator) เพื่อไม่ให้มีอคติในการเลือกคำถาม และเลือกผู้ตอบที่จะทำ ให้ได้ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ บุคคลที่จะประเมินและวิเคราะห์ข้อมูล ควรเป็นคนที่เป็ กลางและร่วมในวงสนทนาด้วยตลอด การตรวจสอบ ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

6.10 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะแยกจากกัน เป็นคนละกระบวนการหรือขั้นตอน กล่าวคือ หลังการเก็บข้อมูลได้สิ้นสุดลงแล้ว จึงจะเริ่มทำการ ประมวลผลและวิเคราะห์ แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการ วิเคราะห์จะกระทำไปพร้อมๆ กัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยไม่รอให้ขั้นตอนหนึ่งเสร็จก่อนแล้ว จึงทำอีกขั้นตอนหนึ่ง แต่จะทำควบคู่กันไปหรือสลับกันไป ซึ่งมีวิธีการดังนี้

6.10.1 การตรวจสอบข้อมูล เนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมักจะถูกสงสัยใน ประเด็นของความแม่นยำ (Validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนั้น จึงมีการตรวจสอบ ข้อมูล โดยวิธีการตรวจแบบสามเส้า (Triangulations) เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ข้อมูล (Data Triangulation) ผู้วิจัย (Investigator Triangulation) ทฤษฎี (Theory Triangulation) วิธีการ (Methodology Triangulation)

การตรวจสอบสามเส้านี้ เป็นการใช้เทคนิคของการเปรียบเทียบ คือ การเปรียบเทียบภายใน และเปรียบเทียบภายนอก ด้วยวิธีการต่อไปนี้

6.10.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อความถูกต้องของข้อมูลจากแหล่งที่ได้ข้อมูลมา ทั้งแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล ว่าถ้าต่างเวลาต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลจะแตกต่างกันหรือไม่

6.10.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เป็นการตรวจว่าระหว่างผู้วิจัยแต่ละคน หรือผู้ทำการเก็บข้อมูลแต่ละคนจะมีความแตกต่างในข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

6.10.1.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี ในการตีความข้อมูล ถ้าผู้วิจัยเปลี่ยนแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบจะทำให้ข้อสรุปจากเหตุการณ์มีความแตกต่างไปอย่างไร

6.10.1.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล ถ้าใช้วิธีการสนทนากลุ่ม หรือสังเกตการณ์อย่างใดอย่างเดียว จะแตกต่างจากการใช้หลายๆ วิธีร่วมกันหรือไม่

6.10.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสร้างข้อมูลจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่งเป็นหลัก ไม่ใช่สถิติ แต่จะอาศัยทฤษฎีเป็นกรอบในการสรุป ผู้วิจัยจึงต้องมีความรอบรู้ในแนวคิดทฤษฎีอย่างกว้างขวาง เพื่อจะนำมาใช้ได้เป็นแนวทางที่จะตีความข้อมูลได้หลายๆ แบบ ในการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปมี 3 วิธี คือ

6.10.2.1 การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์รูปธรรมที่มองเห็น เช่น พิธีกรรมการทำมาหากิน ความเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งการสร้างข้อมูลในขั้นต้นจะเป็นสมมติฐานชั่วคราว เมื่อได้รับการตรวจสอบยืนยันในขั้นต่อไป ก็ถือเป็นข้อสรุปซึ่งมีลักษณะนามธรรม ดังนั้นจึงเห็นว่า การสร้างข้อสรุปนี้นักวิจัยจะทำอยู่เกือบทุกขั้นตอนที่ได้รับสัมผัสกับปรากฏการณ์

6.10.2.2 การวิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (Typological Analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ตามขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไป ซึ่งอาจทำแบบที่ใช้ทฤษฎีและไม่ใช้ทฤษฎีก็ได้

1) การจำแนกโดยใช้ทฤษฎีแยกปรากฏการณ์ออกเป็น การทำกิจกรรม ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และสภาพสังคม ดังอธิบายไว้แล้ว ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยต้องพยายามตอบคำถามว่า สิ่งที่เราวิเคราะห์นั้นมีรูปแบบอย่างไร เกิดขึ้นอย่างไร กับใคร ทำไม มีผลกระทบอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไร เช่น สาเหตุเดียว สาเหตุซับซ้อน สาเหตุสะสม พอสรุปรุนแรง เป็นต้น

2) การจำแนกโดยไม่ใช้ทฤษฎี คือ จำแนกตามความเหมาะสมของข้อมูลอาจใช้สามัญสำนึก หรือประสบการณ์ของผู้วิจัยก็ได้ เช่น แบ่งชนิดของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เหตุการณ์เกิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่างๆ ที่กล่าวเหล่านี้แล้วพิจารณาว่าปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นสม่ำเสมออย่างไร หรือในสถานการณ์ใดมักจะเกิด เป็นต้น

6.10.2.3 การวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) โดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ โดยทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์โดยแยกแต่ละปรากฏการณ์ออกเป็นส่วนๆ 6 ส่วนตามที่กล่าวไว้ แล้วพิจารณาว่าเหตุการณ์ต่างๆ นั้นมีอะไรที่สัมพันธ์หรือซ้ำ หรือเกี่ยวข้องกันในแง่ใดบ้าง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์

ชนิดของ ข้อมูล	(อะไร)	(อะไร และ อย่างไร)	(ทำไม)	(ใคร)	(อย่างไร)	(ที่ไหน)
ประเภทของ เหตุการณ์	พฤติกรรม การกระทำ	กิจกรรม	ความหมาย	การมี ส่วนร่วม	ความ สัมพันธ์	สภาพ สังคม

6.11 การนำองค์ความรู้เรื่องการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ไปใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ของตำบลราชพฤกษ์ และการวิจัยทั้ง 3 ระยะเป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้บริการ จึงมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพราะเป็นการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางเหมาะสมกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการแสวงหาแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมในครั้งนี้ เพราะประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมตัดสินใจ

6.12 การนำองค์ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการวิจัย

จะเห็นได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากการวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็นแนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการ องค์

ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาในกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย เช่นปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และปัจเจกบุคคล ดังนั้น การจะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาพฤติกรรม และ 2) ร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในครั้งนี้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมตตา ธีระนิธิ (2549) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านหนองกร่าง ตำบลราษฎร์พัฒนา อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานยาถูกและกระทำไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันและมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านคุณภาพของอาหารและด้านปริมาณของอาหาร บางส่วนรับประทานอาหารไปตามความเคยชิน โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเค็ม ปัญหาและต้องการการพัฒนาคือการขาดความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้องชัดเจนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการขาดความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเองเป็นอยู่ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร

2. แนวทางและวิธีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือการใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสมในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเองเป็นอยู่ โดยประกอบด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน คือการฝึกอบรมการให้คำปรึกษารายกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล และการทำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง โดยมีดัชนีชี้วัดความสำเร็จวิธีการพัฒนา คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการรับประทานยา การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร

3. ผลการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ สามารถจัดกิจกรรมการพัฒนาได้ครบทุกกิจกรรม โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการออกกำลังกาย

นอกจากนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ยังได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกฝ่าย ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาจริงตามบทบาทหน้าที่ของตน

รุ่งนภา ประยงค์หอม (2548) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าซาง อำเภอท่าซาง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการเพิ่มหรือลดขนาดการรับประทานยา ลืมรับประทานยา รับประทานยาสมุนไพรหลายชนิดตามความเชื่อ ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามความเคยชินโดยเฉพาะอาหารที่มีรสเค็ม ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดตามความชอบและความเหมาะสมของตน เป็นปัญหาที่เกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และต้องการการพัฒนา เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในคุณค่าและความสำคัญในการดูแลตนเอง คือการให้คำปรึกษารายกลุ่ม การให้คำปรึกษารายบุคคล การฝึกอบรม การเสนอตัวแบบที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และการทำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง มีดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ทั้งการรับประทานยา การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เมื่อผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมแล้ว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ร่วมกิจกรรมการพัฒนา มีผลการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามดัชนีชี้วัด ทั้งยังก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกฝ่ายด้วย.

กรรณิกา เรือนจันทร์ (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ในระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2534 จำนวน 100 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ผลการศึกษา

พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 001 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

กาญจนา ใจธรรม (2541, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการตั้งเป้าหมายการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีรัตน์ ตโนภาส (2539, บทคัดย่อ) ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอมนोरย์ จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากขึ้น ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

