

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
6. แรงสนับสนุนทางสังคม
7. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายของความดันโลหิตสูง

ไพวัลย์ นรสิงห์ (2546 : 8) กล่าวว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดหรือแรงของการบีบตัวไล่โลหิตแดงไปตามหลอดเลือดต่างๆ ความดันโลหิตจะสูงขึ้นและลงต่ำตามจังหวะการบีบตัวของหัวใจทุกครั้งซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) วัดที่แขนและมีค่าวัดได้ 2 ค่า คือ

1. ความดันช่วงบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคน ๆ เดียวกันอาจมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณการออกกำลังกาย
2. ความดันช่วงล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะหัวใจคลายตัวองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูง (Hypertention) หมายถึง ภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า

140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันปกติ หมายถึงภาวะแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว มีค่าต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีแรงดันขณะหัวใจคลายตัว มีค่าต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

ประเภทความดันโลหิตสูง

ไพล์น นรสิงห์ (2546 : 8) ได้กล่าวถึงประเภทความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

1. จำแนกประเภทโดยระดับความดันโลหิต ความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) มักจะช่วยบ่งชี้ถึงความรุนแรงและใช้พยากรณ์การดำเนินของโรคอย่างคร่าว ๆ ความดันยิ่งสูงสมรรถภาพอวัยวะก็ยิ่งเสื่อมเร็วขึ้นและมากขึ้น

องค์การอนามัยโลก (W.H.O) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ คือ ระดับความดันโลหิตที่สูง มีความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งความดันโลหิตตามระดับความรุนแรงคือ

ตารางที่ 2.1 การแบ่งความดันโลหิตตามระดับความรุนแรง

ระดับ	ความดันซิสโตลิก	ความดันไดแอสโตลิก
ปกติ	< 140 mmHg	< 90 mmHg
ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140 – 159 mmHg	90 – 99 mmHg
ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160 – 179 mmHg	100 – 109 mmHg
ความดันโลหิตสูงรุนแรง	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg
ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงอย่างเดียว	≥ 140 mmHg	< 90 mmHg

2. จำแนกประเภทตามการดำเนินของโรค ภาวะความดันเลือดขึ้น ๆ ลง ๆ (Labile Hypertension) เมื่อวัดความดันโลหิตจะสูง ขณะที่จิตใจหรือร่างกายผิดปกติ มีความตึงเครียด หรือป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ความดันเลือดจะลดลงมาเป็นปกติเองโดยไม่ต้องรักษา ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งพบได้บ่อย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 10-25 จะค่อย ๆ เปลี่ยนเป็นความดันเลือดสูงแบบตลอดเวลา ภาวะความดันเลือดสูงแบบตลอดเวลา (Sustained Hypertension) กลุ่มนี้พบบ่อยที่สุดคือ ความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ตลอดเวลา อาจพบการเปลี่ยนแปลงของจอข่ายตา (Fundus) เล็กน้อย ไตหรือหัวใจอาจผิดปกติร่วมด้วย หากไม่ได้รับการรักษาโอกาสจะเกิดโรคแทรกซ้อนสูง ความดันเลือดสูงชนิดร้ายแรง (Malignant Hypertension) ความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

จอภาพนัยน์ตามีหัวประสาทตาบวม (Papilledma) เกิดขึ้นแล้ว ถ้าไม่รีบรักษามักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วจากหลอดเลือดฝอยอักเสบ ซึ่งมีผลต่อไตและสมอง

3. จำแนกประเภทตามจลศาสตร์ของเลือด (Hemodynamic) กลุ่มนี้มักพบในผู้มีอายุน้อย มักจะมีความดันเลือดสูงขึ้น ๆ ลง ๆ หัวใจเต้นเร็ว ปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดสูงกว่าปกติในขณะที่แรงต้านของหลอดเลือดยังปกติอยู่ เชื่อกันว่าเป็นความดันเลือดสูงในระยะเริ่มแรก แตกต่างกับภาวะความดันเลือดสูงตลอดเวลาความดันเลือดสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก (Systolic Hypertension) เป็นความดันเลือดสูงที่พบได้ที่ภาวะที่ปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดขึ้นสูงกว่าปกติ เช่น ภาวะธัยรอยด์เป็นพิษหรือภาวะคลื่นหัวใจเออร์ติคร่วมมาก ๆ หรือภาวะเลือดจางมาก ๆ เป็นต้น พบได้บ่อยในคนสูงอายุ ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ไม่มีความยืดหยุ่น ทำให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น

4. จำแนกตามความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งจำแนกโดยคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ตามความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจำแนกได้ 3 ระดับดังนี้ (ไพวัลย์ นรสิงห์, 2546 : 8)

4.1 ความรุนแรงระดับ 1 ตรวจไม่พบความเสื่อมสภาพของอวัยวะใด ๆ

4.2 ความรุนแรงระดับ 2 ตรวจพบความเสื่อมสภาพอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

4.2.1 เวन्दริเคิลซ้ายโต โดยการตรวจร่างกายหรือเอกซเรย์ทรวงอก หรือตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4.2.2 หลอดเลือดแดงเรตินา (Fundoscopic) มีการตีบทั่วไปหรือตีบเฉพาะส่วน

4.2.3 พบไข่ขาวในปัสสาวะ หรือซีรั่มครีตินินสูงกว่าปกติ

4.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีข้อบ่งชี้ว่าอวัยวะต่าง ๆ ที่เสื่อมสภาพ อันเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่

4.3.1 ภาวะหัวใจวาย

4.3.2 อัมพาต อันเกิดจากเลือดออกในสมองหรือภาวะสมองบวม (Hypertensive Encephalopathy)

4.3.3 เรตินาผิดปกติจากภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension Retinopathy) ที่มีเลือดออก (Grade 3) หรือประสาทตาบวม (Grade 4)

5. จำแนกตามสมมติฐานในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 90 เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสมมติฐาน แม้จะมีการวิจัยหาสาเหตุของความดันสูงมาตลอด ก็ยังไม่แน่ชัด ประมาณร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นความดันเลือดสูงที่ทราบสมมติฐาน หรือทราบสาเหตุ

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท

1. โรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากอวัยวะโรคต่าง ๆ ที่พบได้มากที่สุดคือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขแล้วโรคความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

2. โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) พบประมาณ ร้อยละ 90 - 95 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เชื่อว่ามิปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมากความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ ทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้ป่วยมักพบเมื่ออยู่วัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุและมักมีประวัติทางครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ เช่น มีพ่อแม่พี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคนี้อยู่และส่วนใหญ่มักเป็นกับคนอ้วน

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or Idiopathic or Hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งทางด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้ป่วยอาจแสดงอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลย จนเกิดภาวะแทรกซ้อนทำลายอวัยวะต่าง ๆ จนถึงแก่ชีวิตได้ (วิจิตรากลุณ, 2546 : 18) เรียกลักษณะดังกล่าวว่า เพชรฆาตเงียบ (Silent Sickness หรือ Silent Disease)

อาการแสดงและระดับความรุนแรงของโรค

ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงขั้นที่ 1 (น้อย) หรือขั้นที่ 2 (ปานกลาง) มักจะไม่แสดงอาการอะไรเลย อาการที่พบได้มักอยู่ในช่วงระดับความดันโลหิตขั้นที่ 3 (รุนแรง) และขั้นที่ 4 (รุนแรงมาก) ซึ่งมีอาการดังนี้ (วิจิตรากลุณ, 2546 : 19)

1. อาการปวดศีรษะข้างเดียว ผู้ที่มีอาการปวดศีรษะข้างเดียวมักพบว่าเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าในคนปกติ
2. ปวดศีรษะและปวดบริเวณท้ายทอย มักจะเป็นตอนเช้า อาจจะมีอาการคลื่นไส้และตาพร่ามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นเมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมาในภาวะวิกฤต และเกิดขึ้นทันทีทันใด
3. เลือดกำเดาไหล เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตได้

การวินิจฉัย มีดังนี้ (วิจิตรา ถูกแผน, 2546 : 19)

1. ชนิดของความดันโลหิตสูง เช่น ชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือชนิดมีสาเหตุในการตรวจร่างกาย ซักประวัติ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 35 ปี หรือมากกว่า 36 ปี จะต้องตรวจอย่างละเอียดหาสาเหตุของโรค
2. ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ต้องดูว่ามีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงจอตา ความผิดปกติของหัวใจ หัวใจโต หัวใจวาย ไตเสียหายที่มากน้อยเพียงใด
3. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด เช่น ความอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
4. โรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาให้ยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น โรคหอบหืด โรคเก๊าท์ ไตวาย เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง

สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี (2542 : 134-136) กล่าวว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่ม ที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับแต่ละปัจจัยดังนี้

1. องค์ประกอบด้านพันธุกรรม (Genetic Factor) เป็นภาวะความดันโลหิตสูง มักพบในครอบครัวเดียวกัน แต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุโดยตรง ในประเทศอังกฤษพบว่า ความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับชีวิตความเป็นอยู่ ในช่วงวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยเด็กและยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดถึงยีนจำเพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง แม้ว่าปัจจัยทางกรรมพันธุ์จะยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ แต่มีผู้แนะนำว่าเด็กและญาติ พี่น้องของผู้ป่วย ควรได้รับการคัดกรองโดยละเอียด รวมทั้งแนะนำการออกกำลังกาย
2. การรับประทานเกลือโซเดียม กลุ่มประชากรสูงอายุ การรับประทานเกลือโซเดียมมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตซึ่งพบว่า ความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามปริมาณเกลือที่ได้รับ ในประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้าให้รับประทานเกลือโซเดียมมากขึ้นจะพบว่าภาวะความดันสูงมากขึ้นตามด้วย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าลดปริมาณเกลือโซเดียมเหลือเพียง 3-5 กรัม/วัน จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้
3. ภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไป เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนอ้วน ซึ่งจะมีอินซูลินสูงในเลือดความเกี่ยวพันนี้ค่อนข้างชัดเจนในคนที่ส่วนบนของร่างกายอ้วน ซึ่งพบว่า เกิดความดันโลหิตสูงมากที่สุด และมีภาวะอินซูลินในเลือดสูงมากเกินไปเด่นชัดที่สุด
4. ระบบ Renin Angiotensin System ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับเรนินในพลาสมาของผู้ป่วยแตกต่างกัน 3 กลุ่ม

4.1 กลุ่มที่มีค่าเรนินต่ำ (Low Renin Angiotensin System) พบร้อยละประมาณ 30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชนผิวดำ และผู้สูงอายุ สันนิษฐานว่ามีสารพวก Mineralocorticoids มากผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะโซเดียมคั่งและปริมาณของพลาสมาเพิ่มมากขึ้นเป็นผลให้เรนินต่ำลง

4.2 กลุ่มเรนินปกติและสูง (Normal and Renin Essential Hypertension) พบประมาณร้อยละ 10-20 ที่ระดับเรนินจะสูงกว่าปกติเกิดจากหน่วยไตบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงและจะหลั่งเรนินออกมามาก ขณะที่หน่วยไตปกติอยู่ระดับเรนินรวมในเลือดมาจากหน่วยไตทั้งหมดจึงอาจปกติหรือสูงก็ได้ ซึ่งมีผลทำให้หน่วยไตทั้งหมดไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกมาได้ตามปกติซึ่งความผิดปกตินี้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้

5. โรคอ้วนอาจส่งเสริมทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เพราะน้ำหนักตัวแต่ละปอนด์จะเพิ่มขึ้นนั้น จำเป็นต้องมีหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอีกนับจำนวนเป็นพัน ๆ เส้น ซึ่งหมายความว่า ความดันโลหิตจะต้องแรง หรือสูงเพิ่มที่จะได้ส่งโลหิตไปทั่วถึงหลอดเลือดในส่วนที่เพิ่มขึ้น ได้มีผู้ทดลองพบว่า ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะสูงขึ้นถึง 3 มิลลิเมตรปรอท และพบว่าคนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า

6. ฮอร์โมนเอสโตรเจน เป็นฮอร์โมนเพศหญิงที่พบในยาเม็ดคุมกำเนิด หรือแพทย์สั่งให้รับประทาน เมื่อผู้นั้นอยู่ในภาวะหมดประจำเดือน ซึ่งฮอร์โมนเอสโตรเจนมีฤทธิ์ทำให้ร่างกายกักเก็บเกลือไว้เหมือนกับกรรับประทานเกลือมากนั่นเอง

7. น้ำตาลทรายขาว ในระยะหลังนี้ทางการแพทย์ได้มุ่งความสงสัยเกี่ยวกับสาเหตุของการเสื่อมสภาพในการทำงานของไตว่ามาจากการบริโภคน้ำตาลทรายขาวเป็นจำนวนมาก และบริโภคติดต่อกันเป็นเวลานาน เมื่อไตไม่ดีก็อาจมีสาเหตุนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้ ในขณะที่เดียวกันต้องระลึกไว้ด้วยว่าการทำงานของไตอาจเสื่อมลงเพราะวัยที่สูงขึ้น

8. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยซ้ำเติมที่จะทำให้อันตรายของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เพราะจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจได้ง่ายขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

การดำเนินโรค

นอกจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อโรคความดันโลหิตสูงแล้ว การดำเนินโรคที่มีผลต่ออวัยวะส่วนปลาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีความรุนแรงอย่างและมีการพยากรณ์โรคดีหรือไม่ ยังอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ (ฉายศรี สุขพรศิลป์ชัย, 2547 : 23)

1. เชื้อชาติในสหรัฐอเมริกา คนผิวดำ จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดีเท่าคนผิวขาว
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุน้อยจะมีพยากรณ์โรคไม่ดี
3. เพศชายจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดีกว่าเพศหญิง

4. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูงอยู่นานมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท
5. การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
6. การเป็นโรคเบาหวาน
7. มีภาวะไขมันโคเลสเตอรอลสูง
8. โรคอ้วน
9. มีการทำลายของอวัยวะส่วนปลายที่หัวใจ ตา ไต และระบบประสาทตา

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ประวิษฐ์ ต้นประเสริฐ (2546 : 3-4) กล่าวว่า ความดันโลหิตสูงที่เป็นระยะเวลานาน ไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. สมอง ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเลี้ยงสมองคือ แข็งและตีบแคบ เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงและมีการโป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเสียหายความยืดหยุ่น เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นไปอีกอาจทำให้ส่วนที่มีการโป่งพอง แตก ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดหลอดเลือดเลี้ยงสมองแตกหรืออุดตันได้ และผู้ที่มีหลอดเลือดเลี้ยงสมองแตกจะถึงแก่กรรมได้มากกว่าผู้ที่มีหลอดเลือดเลี้ยงสมองอุดตัน ผลจากการที่หลอดเลือดเลี้ยงสมองมีการแตกหรือตันจะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว หรือเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากอย่างรวดเร็วอาจเกิด Hypertensive Encephalopathy โดยจะมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชิม สับสน ชัก และอาจหมดสติได้ บางครั้งอาจมีอาการอัมพาตเกิดขึ้นได้ชั่วคราว ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มจะเกิดหลอดเลือดสมองแตกและอุดตันได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 3-5 เท่า

2. หัวใจ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจ คือ โรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบและมีความแข็งมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายจากผลของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานหนัก โดยมีการบีบตัวด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต หากเกิดการบีบตัวด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงาน เลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงทะลักเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอดหัวใจห้องขวาทำงานหนักขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างขวาวย ซึ่งภาวะหัวใจวายนี้จะเกิดได้มากกว่าคนที่ความดันโลหิตปกติถึง 6 เท่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

จึงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจวายได้ง่ายและอัตราตายจากโรคหัวใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเป็น 3 เท่าของวัยเดียวกันที่มีความดันโลหิตปกติ

3. ไต การเกิดโรคไตจากความดันโลหิตสูงมักจะเกิดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากและนานพอสมควร การเกิดโรคไตเป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตที่มีผนังภายในที่หนาแข็ง รุนหลอดเลือดตีบ หรือแคบลง ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอมีการเปลี่ยนแปลงของไต โดยมีการทำลายของ โกลเมอรูลัส (Glomerulus) ท่อของหน่วยไตมีการฝ่อลีบ และมีการตายของหน่วยไต เกิดขึ้นทำให้ไตมีขนาดเล็กลง และเกิดภาวะไตวายในเวลาต่อมา ดังนั้นสมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียจึงบกพร่อง เกิดการคั่งของของเสียในร่างกายโดยเฉพาะการคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย โดยถ้าคั่งอยู่ในระดับสูงจะทำให้เกิดภาวะของคั่งเสียในเลือดสูง หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

4. จอภาพนัยน์ตา ความดันโลหิตสูงอาจทำให้หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ที่ตาเกิดการหนาตัว และตีบแคบ ทำให้มีแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น หลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อม หัวประสาทตาบวม (Pappilledema) เกิดอาการตามัวหรือตาบอดได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

กรณีศึกษา เรือนจันทร์ (2546 : 24-25) กล่าวว่า การรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา เป็นการควบคุมความดันโลหิต โดยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเองโดยปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการรักษาดังนี้

1.1 การปรับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะเริ่มต้นที่อาหารบำบัดก่อนการใช้ยา อาหารดังกล่าวได้แก่ อาหารที่มีปริมาณของเกลือสูงแต่มีไขมันและเกลือ โซเดียมต่ำ การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวร่วมกับการบริโภคอาหารเกลือสูง อาหารที่ควบคุมสำหรับ โรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1.1.1 อาหารที่มีโซเดียมมากการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารมีความสำคัญมากเพื่อลดความดันโลหิตสูง ควรรับประทานโซเดียมจากเกลือให้น้อยกว่าวันละ 6 กรัม คือประมาณ 2 ช้อนชา อาหารที่มีโซเดียมมาก ได้แก่

1) อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอส ที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา น้ำซีอิ้ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือชนิดที่มีหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ซอสจิ้มอาหารทอด น้ำป๊วย น้ำพริก น้ำบูดู ขนมขบเคี้ยวที่มีรสเค็ม ขนมหน้ากะทิที่ใส่เกลือ อาหารประเภทยาต่าง ๆ อาหารทอดหรืออบใส่เกลือ เช่น ถั่วทอด ถั่วอบเนย

2) อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารตากแห้ง ได้แก่ กุ้งแห้ง ปลาเค็ม หมูแผ่น กุนเชียง ข้าวเกรียบ หมูสวรรค์ อาหารหมักดอง ได้แก่ กะปิ ปลาร้า หัวไชโป๊เค็ม เต้าหู้ยี้ หนำเลี้ยบ ผักกาดดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า อาหารปรุงรสต่าง ๆ ใส้กรอก หมูยอ ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้ดอง เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง ฝรั่งซึ่งจะต้องแช่เกลือก่อนแช่ใน น้ำตาล อาหารสำเร็จรูป ที่ทำเป็นผง ได้แก่ โจ๊ก ข้าวต้ม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ชุปก้อน เครื่องแกงสำเร็จ อาหารบรรจุซอง หรือ กระป๋อง

3) สารเคมีในการปรุงรส ได้แก่ ผงชูรส ผงฟูทำงานนมเด็กหรือคุกกี้ผลไม้แห้ง สารกันเชื้อราในขนมปังและสารใส่ผลไม้กระป๋องให้สีเป็นธรรมชาติ

1.1.2 อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ น้ำมะเขือเทศอาหารทะเล (ควรแช่น้ำก่อน) และผักบางชนิด เช่น ผักโขม คื่นช่าย หัวผักกาดขาว แครอท

1.1.3 ยาบางชนิดจะมีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย ยาที่มีส่วนผสมของ โซเดียมไบคาร์บอเนต เช่น ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาอมบ้วนปาก

1.1.4 ส่วนประกอบอื่น ๆ เช่น น้ำดื่มที่ได้จากบ่อบาดาลซึ่งอาจมีโซเดียมอยู่

1.1.5 อาหารที่มีน้ำตาลและไขมัน หรืออาหารที่มีพลังงานสูง อาหารที่มีน้ำตาล และไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูง ๆ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วนขึ้น คนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าไม่อ้วน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

1) เนื้อสัตว์ติดมันหรือติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ด หรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง หนังหมู หนังไก่ทอด และอาหารทอด หรือผัดที่มีน้ำมันมาก ๆ เช่น ปาท่องโก๋ทอดมัน ไข่เจียว ข้าวเกรียบ

2) อาหารที่โคเลสเตอรอล เช่น ไข่เจียว เครื่องในสัตว์ จำพวก สมอ ดับไต้ เนยเหลว กุ้ง ปู หัวใจ หอยนางรม เนื้อวัวติดมัน ไข่ปลา ไข่แดง ไขมันกระเทียม น้ำมันหมู น้ำมันจากสัตว์ทุกชนิด

3) อาหาร และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก ๆ

4) เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์

5) อาหารที่ทำจากมะพร้าว หรือ กะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมที่ใส่กะทิ

1.2 การควบคุมน้ำหนัก นอกจากเกลือจะเป็นอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตแล้ว ความอ้วนก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง วิธีหาน้ำหนักที่ค่อนข้างจะแน่นอนคือ คำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกายที่เรียกว่า BMI (Body Mass Index) โดยใช้สูตรดังนี้ ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย = น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม (ส่วนสูงเป็นเมตร) 2 ผู้หญิงควรมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายไม่เกิน 24 และผู้ชายไม่ควรเกิน 27 ปัจจัยสำคัญที่สุดในการลดน้ำหนักคือ การลดพลังงาน

ในอาหารโดยรักษาคุณภาพของอาหารที่ได้รับให้เหมือนเดิมปริมาณแคลอรี การลดพลังงานในอาหารวันละ 500 แคลอรี จะทำให้น้ำหนักลดได้ 0.5 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ อาหารที่ใช้ลดน้ำหนักไม่ควรให้พลังงานต่ำกว่า 1000 แคลอรี เพราะจะมีสารอาหารไม่เพียงพอ การลดน้ำหนักไม่ควรเกินสัปดาห์ละ 0.5 - 1 กิโลกรัม ปริมาณโปรตีนควรได้รับ โปรตีนวันละ 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพราะมีความจำเป็นต่อการซ่อมแซมเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายปริมาณคาร์โบไฮเดรต ควรได้ปริมาณร้อยละ 45 - 55 ของพลังงานที่ได้รับควรรับประทานผักทุกมื้อ ปรงโดยไม่ใส่กะทิ เลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวานไขมัน หลีกเลี่ยงน้ำมันมะพร้าว เพราะจะทำให้วิตามินดูดซึมได้ไม่ดี หรือหลีกเลี่ยงจากอาหารที่ทำจากกะทิ ประกอบอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม ย่าง แทนการผัดหรือทอดควรเลือกใช้ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพดแทนน้ำมันมะพร้าว วิตามินและเกลือแร่จำเป็นต้องได้รับให้เพียงพอ

1.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจผ่อนคลายความเครียด ช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานซึ่งมีผลต่อการลดน้ำหนักและมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต การออกกำลังกายมี 2 ชนิด คือ

1.3.1 ชนิดที่ 1 การออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ แต่การดึงตัวของกล้ามเนื้อคงที่เรียกว่า ชนิด Isotonic Exercise ได้แก่ การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ เป็นต้น จะส่งผลให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลง

1.3.2 ชนิดที่ 2 การออกกำลังกายที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่ความดึงตัวเพิ่มมากขึ้นเรียกว่า Isometric Exercise เช่น การยกน้ำหนัก การแบกหาม เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทนี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจมีผลทำให้เพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเลือกการออกกำลังกายแบบ Isotonic อย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก ในระยะแรกควรเดินวันละ 10 นาที และค่อย ๆ เพิ่มจนได้วันละ 30 นาที ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงก่อนข้างรุนแรง ควรงดออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้เสียก่อน

1.4 การลดความตึงเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดความดันโลหิตสูง การฝึกฝนทักษะการควบคุมตนเอง เพื่อทำให้เกิดความผ่อนคลายจะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต วิธีการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งเหมาะสมกับผู้ที่มีความเครียดทางจิตใจร่วมไปด้วย ได้แก่

1.4.1 การฝึกหายใจ โดยการฝึกหายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยใช้ผนังหน้าท้องและกะบังลม เวลาหายใจเข้า ให้กะบังลมบังท้องให้พองออกและยุบลงเวลาหายใจออก

1.4.2 การฝึกสมาธิ ฝึกให้มีความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การกำหนดรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย

1.4.3 การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีอยู่ 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 ฝึกโดยการเกร็งให้เต็มที่แล้วคลายออก โดยเริ่มที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ก่อนแล้วเลื่อนขึ้นมาตามส่วนของร่างกายที่ละส่วนประเภทที่ 2 ฝึกโดยผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็ง โดยใช้ความคิดความรู้สึก หรือ จิตสัมผัสที่แต่ละส่วนของร่างกายโดยการพิจารณาว่ากล้ามเนื้อจุดนั้นมีการผ่อนคลายหรือยัง โดยเริ่มจากอวัยวะบริเวณใบหน้าก่อนจนถึงทุกส่วนของร่างกาย

1.5 การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินให้สอดคล้องกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อลดอันตรายจากการกำเริบของความดันโลหิตและเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ความวิตกกังวล ความโมโห หลุนเฉียวคิดมาก หันมาฝึกสวดมนต์ ฝึกโยคะ เพื่อคลายความตึงเครียด ควรนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ปัสสาวะก่อนเข้านอน หลีกเลี่ยงจากการท้องผูก การเปลี่ยนท่า ควรทำซ้ำ ๆ ก่อนจะลุกนั่ง หรือยืน จากการนอน ควรยกแขนขาและค่อย ๆ ลุกนั่งสักครู่ จึงห้อยเท้า ถ้าไม่มีอาการวิงเวียน ควรลุกยืนข้างเตียงก่อน 10 วินาที จึงเคลื่อนไหว หลังการออกกำลังกายไม่ควรอาบน้ำร้อนหรือนอนเฉย ๆ เพราะจะทำให้เส้นเลือดขยายตัวมากเกินไป อาจทำให้หน้ามืดได้ ถ้ามีอาการหน้ามืด จะต้องนอนยกขาห้อยสูงกว่าศีรษะ งอกล้ามเนื้อขาและยืดกล้ามเนื้อเท้า จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น คิมน้ำให้เพียงพอ โดยเฉลี่ยดื่มตลอดทั้งวัน จำกัดกาแฟ เพราะคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ ทราบชื่อ ชนิดของยา และปฏิกิริยาของยาที่มีต่อร่างกาย เมื่อผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบการรับประทานที่ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับยาชนิดอื่น ๆ เรียนรู้ที่จะทราบภาวะความดันโลหิตของตนเอง โดยการหมั่นเช็กความดันสม่ำเสมอ รวมทั้งการฝึกหัดวัดด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. การรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacologic Treatment) การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการใช้ยา แพทย์จะใช้ก็ต่อเมื่อรักษาแบบไม่ใช้ยาแล้วระดับความดันโลหิตไม่ลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 และระดับ 2 ส่วนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับรุนแรงหรือระดับ 3 แพทย์จะรักษาโดยการใช้ยาทันที ในการลดความดันโลหิตเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เป็นยาลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไตสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้ เป็นยาที่ใช้มานาน มีราคาถูกและใช้ได้ผลดีในการควบคุมระดับความดันโลหิตอาการข้างเคียงที่พบคือ

ทำให้โปรตีนเชื่อมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง ไ้ไขมันในเลือดสูงมียูริกสูงในเลือดทำให้เกิดโรคเก๊าท์ และน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์และทำให้อ่อนเพลีย

2.2 ยากันเบต้า (Beta Blockers) ออกฤทธิ์ทำให้แรงบีบตัวของหัวใจลดลงมีผลลดการต้านของเลือด ใช้ได้ในผู้ป่วยอายุน้อย อาการข้างเคียงที่พบได้คือ หลอดเลือดตีบจากการหดตัวทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีหัวใจวายอยู่ด้วย เมื่อใช้ยานี้ภาวะหัวใจวายจะรุนแรงขึ้น ทำให้มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ไ้ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ผู้ป่วยที่ใช้ยานี้จะทนต่อการออกกำลังกายได้น้อย

2.3 ยากันแอลฟา (Alpha Blockers) ออกฤทธิ์ต้านแอลฟา - 1 รีเซพเตอร์ของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดทำให้ลดแรงต้านของหลอดเลือดแดง ยานี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น

2.4 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist) เป็นยารักษาหลอดเลือดตีบ ใช้กับผู้ป่วยโรคไต ยานี้จะออกฤทธิ์ต่อการลดปริมาณแคลเซียมในเซลล์ของกล้ามเนื้อที่มีอยู่รอบเส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง หัวใจเต้นเร็ว ภาวะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม

2.5 ยาต้าน ACE (ACEI-Angiotensin Converting Enzymes Inhibitors) ยานี้จะออกฤทธิ์ในการลดระดับของ Angiotensin II มีผลในการลดแรงต้านทานในหลอดเลือด ยานี้จะใช้กันมากและเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่อใช้ร่วมกับยาขับปัสสาวะในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แต่อาการข้างเคียงที่พบคือ ไอ ผื่นขึ้น โปรตีนเชื่อมในเลือดสูง

2.6 Angiotensin II Receptor Antagonist ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ ACE ได้ จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สรุปโรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทั้งทางด้านกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้ป่วยอาจแสดงอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลย จนเกิดภาวะแทรกซ้อนทำลายอวัยวะต่าง ๆ จนถึงแก่ชีวิต และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยชินให้สอดคล้องกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อลดอันตรายจากการกำเริบของความดันโลหิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงควนบุรี การเลิกดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ความวิตกกังวล ความไม่พอใจในชีวิต คิดมาก หันมาฝึกสมาธิ ฝึกโยคะ เพื่อคลายความตึงเครียด

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

จารุวรรณ นิพพานนท์ (2543 : 45) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดที่ทำค่านิยมและการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวกับสุขภาพหรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือของชุมชน

สุพรรณ ชูชื่น (2547 : 17) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงคุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้เลอองค์ประกอบอื่น เช่น ความรู้ บุคลิกภาพ รวมทั้งความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

เยาวลักษณ์ อนุลักษณ์ และคณะ (2543 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่แสดงออกในด้านท่าที ความรู้สึกที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งภายในร่างกายและภายนอกร่างกายและสามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จารุวรรณ นิพพานนท์ (2543 : 46) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ลักษณะ พฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical Utilization) เป็นพฤติกรรมการไปรับการรักษาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนปกติ หรือแผนโบราณ การซื้อยากินเองและการรับข้อมูลจากร้านขายยา
2. พฤติกรรมทำแผนการรักษา (Compliance Behavior) เป็นพฤติกรรมระหว่างการรักษา หรือในการดูแลของแพทย์ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่แพทย์ต้องการให้ปฏิบัติในระหว่างที่รับการรักษาช่วงที่เกิดอาการ
3. พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical Information Seeking Behavior) เป็นการเสาะหาข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วย และการรักษา และการดูแลตนเอง รวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถามข้อมูล ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษาและการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงหัวข้อชนิดหรือประเภทของ ข้อมูลที่ผู้ป่วยสนใจอยากทราบหรือทราบมาแล้ว

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping Behavior) เป็นวิธีคิด วิธีการของความช่วยเหลือ วิธีการขอข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจ และสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษาหรือเมื่อกลับไปสู่ครอบครัวหรือสังคมแล้ว โดยควรมีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและวิธีแก้ไขด้วยตนเอง หรือมีการขอความช่วยเหลือด้านข้อมูล ด้านเศรษฐกิจ ด้านการประเมินสถานการณ์จากผู้ใดอย่างไร

5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การผดุงรักษาภาวะสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยจะเป็นระบบบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญความเจ็บป่วยและการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อการรับรู้ รวมถึงความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งสังเกตจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการเจ็บป่วย รวมถึงบริการทางสุขภาพที่ได้รับในอดีต การดูแลตนเองจึงไม่ใช่แนวคิดกรรม แต่เป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ตอบสนองความต้องการของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลตนเองจึงมักถูกละเลยในภาวะปกติ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ปล่อยให้มันเป็นบทบาทของวิชาชีพด้านสุขภาพที่ต้องริเริ่มขึ้น ซึ่งถ้าบุคคลเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถือว่าเป็นกุญแจที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีได้ส่วนหนึ่ง มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่าผู้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการป้องกันโรคดีจะมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาว การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนแต่ละกลุ่ม (ชลนกุล คำนึ่ง, 2544 : 16)

วิจิตรา ถูกแผน (2546 : 12) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำไปอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มีโครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลบุคคลที่ต้องพึงพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สุขภาพได้ เช่นการรูดน้ำมันต์ การใช้ยา

พื้นบ้านและสมุนไพรบางชนิด ซึ่งโอเริ่มเรียกการดูแลตัวเองเป็น Non-Thrapeutic การดูแลตนเองเป็น Therapeutic ต่อเมื่อก่อให้เกิดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการกระทำที่เป็นไปตามหน้าที่
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกันควบคุมและรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันและชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงในชลดนกุล คำนิ้ง, 2544 : 17) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจการทางสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน รวมถึงเรื่องสุขภาพซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องการรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมถึงการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังการรับบริการ

ไพวัลย์ นรสิงห์ (2546 : 29-30) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) ภายหลังการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ ทั้งนี้กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะรวมไปถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้จ่าย) และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ

วิจิตรา ฤกษ์แพน (2546 : 13-15) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ทางสังคม ตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเองการรับรู้อาการ การให้ความหมายของ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองรูปแบบการดูแลตนเอง จะแตกต่างกันตามวัฒนธรรม ความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคมการดูแลตนเองของบุคคลไม่ได้ติดตัวมาแต่กำเนิด ดังนั้นกิจกรรมการดูแลตนเองจึงต้องมีการเรียนรู้ และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ นิสัย และการฝึกฝนปฏิบัติ ที่จะมัลักษณะเป็นไปตามวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมที่ได้มาตรฐาน การเรียนรู้จะเริ่มที่ครอบครัวก่อน จึงจะทำให้การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป เด็กจะเรียนรู้จากพ่อแม่หรือผู้ดูแล เมื่อโตขึ้นเด็กเหล่านี้จะเรียนรู้เพิ่มขึ้น และปรับปรุงแนวทางการดูแลตนเองจากบุคคลอื่น ๆ ในชีวิตของเขา เช่นครู เพื่อนร่วมชั้น เพื่อนบ้าน เมื่อมีความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้นก็จะนำไปใช้กับชุมชน เช่น การทำน้ำให้สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สรุปว่าการดูแลสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การผดุงรักษาภาวะสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะรวมไปถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคการปฏิบัติตนภายหลังการรับการรักษา และการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ปราณี ทองพิลา (2542 : 15-16) ได้ แบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ ๆ 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติขณะที่ตนเองสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มี 2 ลักษณะคือ

2. การรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข พยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในขณะที่ยังไม่เจ็บป่วยเช่น การออกกำลังกาย การมี สุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก การไม่ดื่มสุราและการไม่สูบบุหรี่

3. การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันเป็น 3 ระดับคือ การป้องกันเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรค การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

4. การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือจากเครือข่ายสังคม พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ระดับคือ การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพด้วยเครือข่ายสังคม(Care from the Extended Social) และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aidหรือ Help Group)

สำหรับบุคคลที่เผชิญปัญหาสุขภาพอนามัยที่เรื้อรัง เช่นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยนำกลุ่มบุคคลที่ประสบปัญหาเดียวกันมารวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในรูปแบบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในด้านข่าวสารและการสนับสนุนทางสังคม เช่นนำผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านสุขภาพในชุมชนมาร่วมกันเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้นดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

จากการศึกษาแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การผดุงรักษาภาวะสุขภาพ ภายหลังการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นอย่างมีส่วนร่วม รวมไปถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การปฏิบัติตนภายหลังการรับการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญความเจ็บป่วยและการกระทำ อันเป็นการป้องกันเพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อการรับรู้ รวมถึงความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งสังสมจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการเจ็บป่วย รวมถึงบริการทางสุขภาพที่ได้รับในอดีต

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็นมากเพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต (Life-Style) ที่เหมาะสมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาหลังจากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สุพรรณชูชื่น, 2547 : 21-28) เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติดังนี้

1. การควบคุมอาหารรสเค็ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าปริมาณเกลือ โซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลง ทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิต ปกติ ปริมาณเกลือ โซเดียมที่ร่างกายต้องการ คือ 500 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้นการจำกัดโซเดียมให้เหลือ 2.4 กรัมต่อวัน หรือ 6 กรัมของเกลือแกง จะลดความดันโลหิตได้ 5-10 มิลลิกรัมปรอท ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไวต่อโซเดียมควรลดอาหารเค็ม อาหารดอง เนื้อสัตว์ที่ใส่เกลือมาก ๆ และไม่ควรมีน้ำปลาซอส เกลือในอาหารที่ทำเสร็จแล้ว ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทกระป๋อง ซอส ผงชูรส อาหารที่มีโซดาอบขนมหรือผงฟู สารกันบูด สารปรุงแต่งต่าง ๆ จากการศึกษาพบว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานลงได้จะสามารถลดหรือคุมระดับความดันโลหิตได้แม้ในคนปกติ

2. การควบคุมอาหารประเภทไขมัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมและจำกัดอาหารประเภทไขมันให้น้อยลงโดยการจำกัดโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ให้เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากไขมันมีโคเลสเตอรอลสูงทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไขมันจะไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตันเป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูงอาหารประเภทไขมันที่ควรหลีกเลี่ยงคือ

- 2.1 เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ขาหมู เป็ดพะโล้ หนังไก่ทอด หมูสามชั้น
- 2.2 อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก ๆ ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล จำพวก ปลาหมึก หอย กุ้ง
- 2.3 อาหารทอดหรือผัดที่ใช้ไขมันมากๆ เช่น ข้าวเกรียบ ทอดมัน
- 2.4 ไขมันประเภทอิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ ไขมันในนม เนย กะทิ น้ำมันมะพร้าว
ควรใช้ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่จำเป็นแก่ร่างกายคือน้ำมันพืชแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง (ยกเว้น น้ำมันปาล์ม)

3. การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวมากควรจำกัดอาหารให้น้อยลงเพื่อควบคุมน้ำหนักเพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงระดับความดันโลหิตก็จะลดลง การลดน้ำหนัก 3 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตสูงลดลงประมาณ 7/4 มิลลิเมตรปรอท (ความดัน Systolic ลดลง 7 มิลลิเมตร ปรอท ความดัน Diastolic ลดลง 4 มิลลิเมตรปรอท) หากน้ำหนักลดลง 12 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะลดลง 21/13 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัวที่เหมาะสมนั้นต้องเหมาะสมทั้งอายุ น้ำหนักส่วนสูง ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพราะน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานส่งผลให้ระดับความดันโลหิตก็จะสูงตามไปด้วย

3.1 หลักการควบคุมน้ำหนักตัวควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1.1 กินอาหารทุกมื้อแต่ลดจำนวนอาหารในแต่ละมื้อลง อาหารที่บริโภคต่อวันควรมีพลังงานต่ำกว่าร่างกายต้องการเพราะร่างกายได้พลังงานไม่เพียงพอในการใช้แต่ละวันจะดึงเอาไขมันที่สะสมไว้ออกมาใช้ ผู้ชายที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงาน 1,500 -2,000 แคลอรีต่อวัน ส่วนผู้หญิงควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงาน 1,200-1,600 แคลอรีต่อวัน ซึ่งการลดพลังงานในอาหารลง 500-1,000 แคลอรีต่อวัน น้ำหนักจะลดลงสัปดาห์ละ 0.5 - 1 กิโลกรัม (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542 : 18)

3.1.2 ควรบริโภคอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ ถั่วต่าง ๆ เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน และบริโภคเนื้อปลาแทนเพราะไขมันต่ำและย่อยง่าย ส่วนอาหารประเภทไขมันไม่ควรกินไข่แดงเพราะมีโคเลสเตอรอลสูง ส่วนนมหรือผลิตภัณฑ์นมควรเป็นนมที่พร่องมันเนย และการปรุงอาหารควรต้มหรือนึ่งแทนการทอดหรือผัด

3.1.3 บริโภคอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากพอสมควรเพื่อที่จะไม่ทำให้อาหารไขมันมาเป็นสารที่ให้พลังงานทดแทนอย่างรวดเร็วเกินไปซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะคีโตนคั่งได้ที่ปริมาณที่ควรบริโภคคือไม่น้อยกว่า 50 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

3.1.4 มีอาหารไขมันเป็นส่วนประกอบในอาหารพอสมควร ไม่ควรจำกัดอาหารไขมันทั้งหมดเพราะไขมันจะช่วยในการทำงานของร่างกาย แต่ควรเน้นไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว) เพราะมีกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งกรดไขมันไม่อิ่มตัวจะช่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

3.1.5 รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น ควรเป็นผักและผลไม้ที่มีแคลอรีต่ำ เช่น ผักใบเขียวต่าง ๆ เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง ผักกาด ดอกกะหล่ำ ส่วนผักที่มีแคลอรีพอสมควรรับประทานได้บ่อยครั้ง เช่น ถั่ว พริกทอง บวบ ส่วนผักที่มีแคลอรีสูงไม่ควรรับประทานบ่อย เช่น มันเทศ มันฝรั่ง ข้าวโพด เผือก สำหรับผลไม้ควรรับประทานผลไม้ที่ไม่มีรสหวานจัด

3.1.6 กินอาหารแต่พอควรไม่กินจนอึด

3.1.7 ไม่กินจุบจิบ หรือกินอาหารระหว่างมื้อ

3.1.8 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้การลดน้ำหนักได้ผลดี

4. การออกกำลังกายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติและการออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วน (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542 : 44-50) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ออกกำลังกายชนิด Dynamic เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) จะช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกายทำให้น้ำหนักตัวลดลงแล้วยังช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงอีกด้วย นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยังทำให้สุขภาพดีและผ่อนคลายความวิตกกังวลและอาการทางจิตประสาท ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะมีอายุยืนกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่ออกกำลังกาย

ปิยะนุช รักพาณิชย์ (2542 : 5) กล่าวว่า การออกกำลังกายแบบอยู่กับที่มีผลทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขยายสูงขึ้น แต่ความต้องการออกซิเจนมากที่สุดเพิ่มขึ้นน้อยมากและกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้แข็งแรงขึ้น แต่การออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ทำให้ความต้องการออกซิเจนมากที่สุดเพิ่มขึ้น และเป็นการเสริมความสามารถการทำงานของหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่จึงมีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การขี่จักรยาน การเดิน การแกว่งแขน การรำมวยจีน

เรืองศักดิ์ ศิริผล (2542 : 112) การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรใช้เวลาอย่างน้อยวันละ 20-30 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายคือ ออกกำลังกายทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric) เช่น การยกการแบกนุก ลากหรือดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตรายส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายวิธีที่เหมาะสมที่สุดคือการเดิน และมีการศึกษาโดยการให้

ผู้ป่วยสูงอายุออกกำลังกายโดยการร่ำมวยจีนสามารถลดความดันโลหิตได้เช่นกันคือลดความดันซิสโตลิกได้ร้อยละ 4.6 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันไดแอสโตลิกได้ ร้อยละ 3.6 มิลลิเมตรปรอท

5. การผ่อนคลายความเครียด

วิภาวรรณ จรรย์สุภรินทร์ (2547 : 29) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อประสบกับภาวะที่ร่างกายต้องแบกรับภาระโรคที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตและความเสื่อมถอยของร่างกาย และบางครั้งอาจเป็นภาระของบุคคลในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ในด้านต่าง ๆ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือความเครียดในชีวิตประจำวัน บุคคลมีประสบการณ์พบกับความเครียดมากมาย การเป็นโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียด เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่สบายใจ โกรธ หงุดหงิด กังวล หรือตกอยู่ในสภาพที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหรือสภาพการณ์ใหม่ๆ ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นมีการศึกษาเรื่องความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ ระวังหรือลดความเครียดเพราะจะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต วิธีผ่อนคลายความเครียดสามารถทำได้ดังนี้

5.1 คิดทบทวนหาสาเหตุของความเครียดและหาวิธีการแก้ไข โดยตนเองหรือปรึกษาผู้อื่น

5.2 การพักผ่อนให้เพียงพอโดยการนอนหลับให้สนิท การนอนหลับจะทำให้ร่างกายได้หยุดพักการทำงาน ทำให้ลดความเครียดได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

5.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ร่างกายสดชื่น ทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียด

5.4 การนั่งสมาธิ ทำวิปัสสนา ฟังโยคะ และใช้วิธีดนตรีบำบัด

5.5 การพักผ่อนตามสถานที่ต่าง ๆ ทำงานอดิเรก หรือดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้

6. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ควรลด-เลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแอลกอฮอล์จะให้พลังงานแก่ร่างกายทำให้มีการเพิ่มของ High Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL-C) จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ออนซ์ต่อวันคือ ดื่มเบียร์ได้ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ได้ 8 ออนซ์ หรือวิสกี้ได้ 2 ออนซ์ (สมจิตร หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542 : 75) ถ้าดื่มมากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น มีรายงานว่า การดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับความดันโลหิตและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาลดความดันโลหิตสูง และการดื่มสุราในปริมาณที่มากในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงจะเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรจำกัดแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมหรือเลิกดื่มได้จะเป็นผลดีต่อสุขภาพอย่างมาก

7. การไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่แม้ว่าความดันโลหิตจะปกติก็ตาม เพราะการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและเร่งการป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต เมื่อสูบบุหรี่ยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูง 20 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยากันเบต้า (Beta Blockers) ที่ใช้ลดความดันโลหิตด้วย

8. การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควรใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ควรรับยามาจากผู้อื่น และไม่ควรมานำยาที่คุณได้มาให้ผู้อื่นควรใช้ยาที่เหมาะสมไม่ควรคิดเอาเองว่าหากเป็นปริมาณเท่านี้จะไม่ไ้ผล จึงเพิ่มปริมาณยาเองห้ามใช้ยาครั้งเดียวในปริมาณที่เท่ากับ 3 ครั้งหรือรับประทานบ้างเป็นบางครั้ง การหยุดยาเองหรือหยุดยากะทันหัน นอกจากจะทำให้ความดันโลหิตไม่ปกติแล้ว ยาบางชนิดยังมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือการลืมนินยาจะมีผลต่อการรักษาอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรหยุดยาเองจนกว่าจะได้รับแนะนำจากแพทย์เพื่อลดความรุนแรงและอาการแทรกซ้อน

9. การไปตรวจตามนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อป่วยแล้วจะรักษาไม่หาย ดังนั้นจึงต้องได้รับการตรวจจากแพทย์อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทราบถึงความถึงความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ผลเสียต่ออวัยวะภายในต่าง ๆ สภาพของโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมา และอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดนอกจากจะได้รับการตรวจสุขภาพแล้วยังได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (สุพรรณ ชูชื่น, 2547: 26)

สุกรีซต์ ผาธรรม (2551 : 37-41) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริโภคอาหาร เป็นการควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมัน และอาหารที่ทำให้พลังงานสูง รายละเอียดดังนี้

1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยลดหรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วไข่เค็มของหมักดอง อาหารรสเค็มต่าง ๆ อาหารกระป๋องซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม อาหารเคี้ยวกรอบที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงการใช้สารอาหารและยาที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ ผงชูรส (Monosodium Glutamate) รวมทั้งเครื่องปรุงรสของบะหมี่สำเร็จรูป ผงกันบูด (Sodium Benzoate) สารกันเชื้อราในขนมปัง (Sodium Propionate) สารใส่ไอศกรีมให้เหนียว (Sodium Alginate) ผงฟูในการทำเค้กหรือขนมปัง (Sodium Bicarbonate) สารใส่ผลไม้กระป๋องให้คงสีธรรมชาติ (Sodium Sulfite) ยาโซดาไมท์ เป็นต้น เกลือ 1 กรัม

มีโซเดียม 17.1 มิลลิอีควิวาเลนต์ และเกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 มิลลิอีควิวาเลนต์ สำหรับอาหารที่รับประทานประจำวันโดยทั่วไป มีปริมาณเกลือ 10-20 กรัม จากปริมาณนี้ เกลือประมาณ 2/3 พบในอาหารตามธรรมชาติ ส่วนอีก 1/3 เป็นเกลือที่เพิ่มขึ้นจากการปรุงจากการศึกษาพบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัม ลงเหลือ 5 กรัมต่อวัน จะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท

1.2 ควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้น้ำมันพืช น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์มเพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวมีสารโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งทำให้หลอดเลือดอุดตัน

1.3 ควบคุมอาหารที่มีพลังงานสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรมไข่แดง อาหารที่มันมาก เช่น ข้าวขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ หนังหมู มันกุ้ง มันปู โดยเฉพาะผู้ที่มี Cholesterol สูง

1.4 การลดน้ำหนัก สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แม้ท่านจะไม่จัดว่าอ้วน แต่การลดอาหารประเภทไขมัน ก็เป็นสิ่งที่ดี หลีกเลี่ยงหรือลด การใช้เนย ไขมัน และน้ำมัน ในการปรุงอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารทอด ให้รับประทานอาหารประเภท อบ นึ่ง คั้มแทน รับประทานอาหาร ประเภทผัก ถั่ว ผลไม้ ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ดื่มน้ำกาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมันและน้ำผลไม้

1.5 รับประทานอาหารที่ไม่เค็มจัดการรับประทานเกลือมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูง และไตทำงานหนัก การลดปริมาณ เกลือในอาหาร ควรปรึกษาแพทย์ของท่านก่อน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทของดองเค็มเนื้อเค็ม ซุปกระป๋อง ซอสมะเขือเทศ อาหารที่โรยเกลือมาก ๆ อาหารที่ใช้เครื่องเทศ แทนเกลือหรือผงชูรส รับประทานแต่อาหารว่างที่มีเครื่องหมาย “เกลือต่ำ” (Low Salt) หรือปราศจากเกลือ (Salt-Free)

2. ด้านการออกกำลังกาย

ประวิชัย ต้นประเสริฐ (2546 : 6-8) ได้กล่าวว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ก่อนที่จะเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อน เพื่อที่แพทย์จะได้สามารถตรวจเพื่อทราบระดับของความดันโลหิตสูง และมีข้อแนะนำในการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 ชนิดการออกกำลังกาย แบ่งการออกกำลังกาย 2 ชนิดใหญ่ๆ ดังนี้

2.1.1 การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายชนิดที่ร่างกายมีความเคลื่อนไหวตลอด ร่างกายจะใช้ออกซิเจนตลอด ผลการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายจะสนองตอบโดยหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย การออกกำลังกายชนิดนี้

มีประโยชน์ทำให้ประสิทธิภาพของร่างกายดีขึ้น ซึ่งชนิดของการออกกำลังกายแบบนี้ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ กระโดดเชือก และการเต้นแอโรบิก

2.1.2 การออกกำลังกายชนิดแอนแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายชนิดที่มีการเคลื่อนไหวน้อย แต่ต้องใช้แรงมากการออกกำลังกายชนิดนี้ ร่างกายจะตอบสนองโดยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนการเต้นของชีพจรไม่ได้เพิ่มมาก การออกกำลังกายชนิดนี้ไม่ค่อยเป็นประโยชน์ในการเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย จะมีประโยชน์ในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเท่านั้น การออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การยกน้ำหนัก การตีเทนนิส

2.2 การออกกำลังกายในภาวะที่มีความดันโลหิตสูง ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอนแอโรบิก เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ การบริหารร่างกายแบบไคชิ ซึ่กง หรือการร่วมออกกำลังกายแบบมีการต้านทาน ไม่แนะนำการออกกำลังกายแบบการต้านทานเพียงอย่างเดียว และต้องไม่กั้นหายใจระหว่างการออกกำลังกายแบบมีแรงเสียดทาน ขณะยกน้ำหนักต้องหายใจออกหายใจเข้าขณะคลายกล้ามเนื้อช่วงลดน้ำหนัก

2.3 ควรเป็นชนิดการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง 40-60% ของความสามารถสูงสุด หรือ 55-70% ของอัตราชีพจรสูงสุด ก็จะต้องมีความรู้สึกเหนื่อยหายใจเร็วและหัวใจเต้นเร็วที่ทนได้ขณะออกกำลังกาย

2.4 ระยะเวลาการออกกำลังกาย ประมาณ 30-40 นาทีต่อครั้ง

2.5 ความบ่อยของการออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

2.6 ชนิดการออกกำลังกายของการเดิน ควรออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ระยะเวลา 10-15 นาที ความบ่อย/สัปดาห์ 3-5 และความหนักควรเบาและการยืดเส้น 5 นาที

2.7 ชนิดการออกกำลังกายของการเดินวิ่งเหยาะ ออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก ควรออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ระยะเวลา 10-30 นาที ความบ่อย/สัปดาห์ 3-5 และความหนักควรอยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านการจัดการความเครียดการพักผ่อน ผู้ป่วยควรมีวิธีการจัดการตนเองไม่ให้เกิดความเครียด โดยมีข้อเสนอแนะให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนี้

3.1 ควรรู้จักควบคุมอารมณ์และทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ

3.2 หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่นการออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ

3.3 การพักผ่อนให้เพียงพอโดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท

3.4 ถ้ามีปัญหาหรือมีความเครียดสูง อาจต้องปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ซึ่งอาจปรึกษาทางโทรศัพท์ก็ได้ หรืออาจใช้เครื่องมือให้ข้อมูลป้อนกลับ (Bio Feedback) ข้อมูลนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบกลไกที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ด้วยตนเอง

3.5 การจัดการกับความเครียดหากพบว่าตัวเองมีอาการที่บ่งชี้ถึงความเครียด ให้ปฏิบัติ อย่างรีบตัดสินใจหรือโต้ตอบกับบุคคลอื่น เป็นมิตรกับผู้ที่มิทัศนคติที่ดีมีส่วนร่วม กับสมาคมหรือชุมชนในท้องถิ่น ดูแลรักษาสุขภาพ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไปพักผ่อน หรือไปในสถานที่ ที่เรารู้สึกสบายใจ ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นระบายความทุกข์ให้กับคนที่คุณไว้ใจได้รับทราบ รวมทั้ง การนัดเจอเพื่อนสนิท เพื่อระบายความทุกข์จากปัญหาที่เกิดขึ้น และเป็นกำลังใจให้กัน หรือช่วยกัน แก้ไขปัญหา หรือการทำกิจกรรมที่ชื่นชอบร่วมกับครอบครัว หรือเพื่อนก็สามารถช่วยในการผ่อนคลาย ความเครียดได้ดี

3.6 เมื่อมีปัญหาควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เล่นการพนัน

4. ด้านการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการดูแลตนเองด้านการรับประทาน ดังนี้

4.1 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงในระยะแรกๆ ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือปรับเปลี่ยนชนิดของยา ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้า ๆ จากนอนเป็นนั่งหรือจากนั่งเป็นยืน ระวังอาการหน้ามืด เป็นลมล้มลง เนื่องจากความดันโลหิตลดต่ำลงมากหรือเร็วเกินไป ดังนั้นผู้ป่วย ควรเริ่มได้รับยาลดความดันโลหิตในขนาดต่ำ ๆ ก่อนในระยะแรก

4.2 ให้รับประทานอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือช้าที่สุด

4.3 ไม่ซื้อยามารับประทานเอง การได้ยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ เพราะ อาจต้องมีการปรับขนาดของยา อาจเปลี่ยนยาเพื่อเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงของยา ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียง ของยาให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง

4.4 ควรไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และนำยาที่มีทั้งหมดไปด้วย เพราะผู้ป่วยจะได้ยา ตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต

4.5 ถ้าผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ในกลุ่ม Thiazide ซึ่งมักจะเป็นยาตัวแรก ในการรักษาความดันโลหิตสูง เนื่องจากราคาถูกและมีประสิทธิภาพในการรักษาดี แต่มีผลข้างเคียงทำให้โปแตสเซียมต่ำ และจะต้องระวังมากยิ่งขึ้นถ้าผู้ป่วยได้ยา Digitalis ร่วมด้วยควรแนะนำให้ผู้ป่วยลด การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียม เช่นผลไม้ โดยเฉพาะกล้วย ส้ม เป็นต้น

4.6 ถ้าผู้ป่วยได้รับยาที่ทำให้หิวได้ เช่น Clonidine, Methyldopa เป็นต้น ควรแนะนำให้ หลีกเลี่ยงการขับรถ การทำงานที่อาจเกิดอันตรายได้จากความง่วง

4.7 แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (Care Giver) เพื่อประเมินผลการรักษาและพยาธิสภาพของผู้ป่วย การวัดความดันโลหิตที่บ้านจะได้ค่าที่เที่ยงตรงมากขึ้น เนื่องจากอยู่ในภาวะผ่อนคลายมากกว่า

4.8 อธิบายให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจโรคและการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

จากการศึกษาแนวคิดด้านการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จะพบว่าการดูแลสุขภาพจะต้องประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตและการใช้ยาควบคู่กันไป ซึ่งการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สำคัญได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การลดเค็มลดการสูบบุหรี่ การลดและเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการใช้ยา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรค ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้นๆ และการรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งมองตีความหรือแปลความข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งเร้า ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่เราสัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีความหมายอย่างไร และมีลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการแปลความหมายนั้น ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายของข้อมูลของบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะเป็แนวโน้มให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเข้าใจหรือการรับรู้ นั้น แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรค หรือพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

สุพรรณ ชูชื่น (2547 : 13) ให้ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตามคตินั้นและเข้าใจนั้น

ัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์ (2544 : 15) ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพหมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้หรือการแสดงออกถึงความนึกคิดความเข้าใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามความเชื่อหรือการรับรู้ นั้น ๆ

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ ดังนี้ (มัลลีย์ กำเนิดชาติ, 2552 : 43-45)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น มากน้อยเพียงใด และถ้าหากเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรคกับพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่มเช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และความต้องการใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อทางบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำบุคคล รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีแนวโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อถือต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสียต่อความไม่ปลอดภัยและอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่ายและนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและ

ปฏิบัติได้นั้น จะเป็นผลจากความเชื่อวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพหมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ(Interested in and Concern about Health Matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรคความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของบุตร เช่น มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร การจัดหาให้บุตรได้รับประทานวิตามิน การมีเทอร์โมมิเตอร์ไว้สำหรับวัดอุณหภูมิร่างกายของบุตร มารดากลุ่มนี้จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นอย่างดี และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความตั้งใจจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะมีการปฏิบัติในการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความตั้งใจในเรื่องดังกล่าว

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและตัวแปรด้านสนับสนุน (กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมของผู้ป่วย) หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) กล่าวในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับพฤติกรรมป้องกันโรค) ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้น ในตัวบุคคลนั่นเองหรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การณรงค์หรือข่าวสารที่มาจากสื่อมวลชน คำแนะนำ ที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บปวดของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

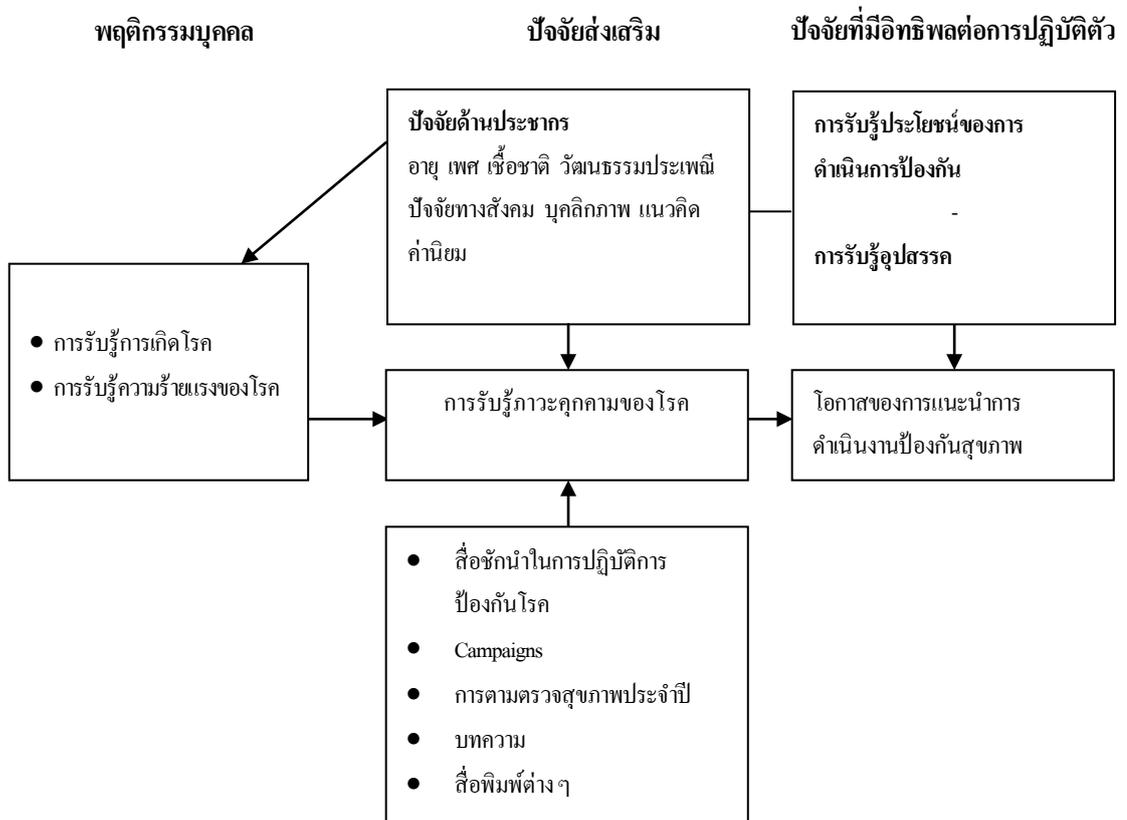
แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้ตัวบุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นนอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้างปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัตินับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย มาใช้ในการจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษา โดยนำ 3 องค์ประกอบมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมในการให้สุขศึกษากับกลุ่มทดลอง โดยเน้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันสูง และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมอเมริกัน เพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค แนวคิดนี้อาศัยพื้นฐานทฤษฎีสถาน (Field Theory) ของเลวิน (Lewin อ้างถึงใน มาลัย กำเนิดชาติ, 2552 : 46) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญอธิบายถึงกิจกรรมและการแสดงออกของบุคคลนั้นจะเป็นกระบวนการของแรงดึงของค่านิยมในเชิงบวกและเป็นแรงผลักของค่านิยมในเชิงลบ ซึ่งการมีสุขภาพดีจะถูกจัดให้อยู่ในลักษณะนี้ กล่าวคือ การมีสุขภาพดีจะถูกจัดให้อยู่ในค่านิยมด้านบวกและความเจ็บป่วยจัดให้อยู่ในค่านิยมด้านลบ แนวความคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนี้เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันได้แก่ พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้ (กองสุขศึกษา, 2544 : 6-8)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยต่างๆที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกนำเสนอเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ดังนี้

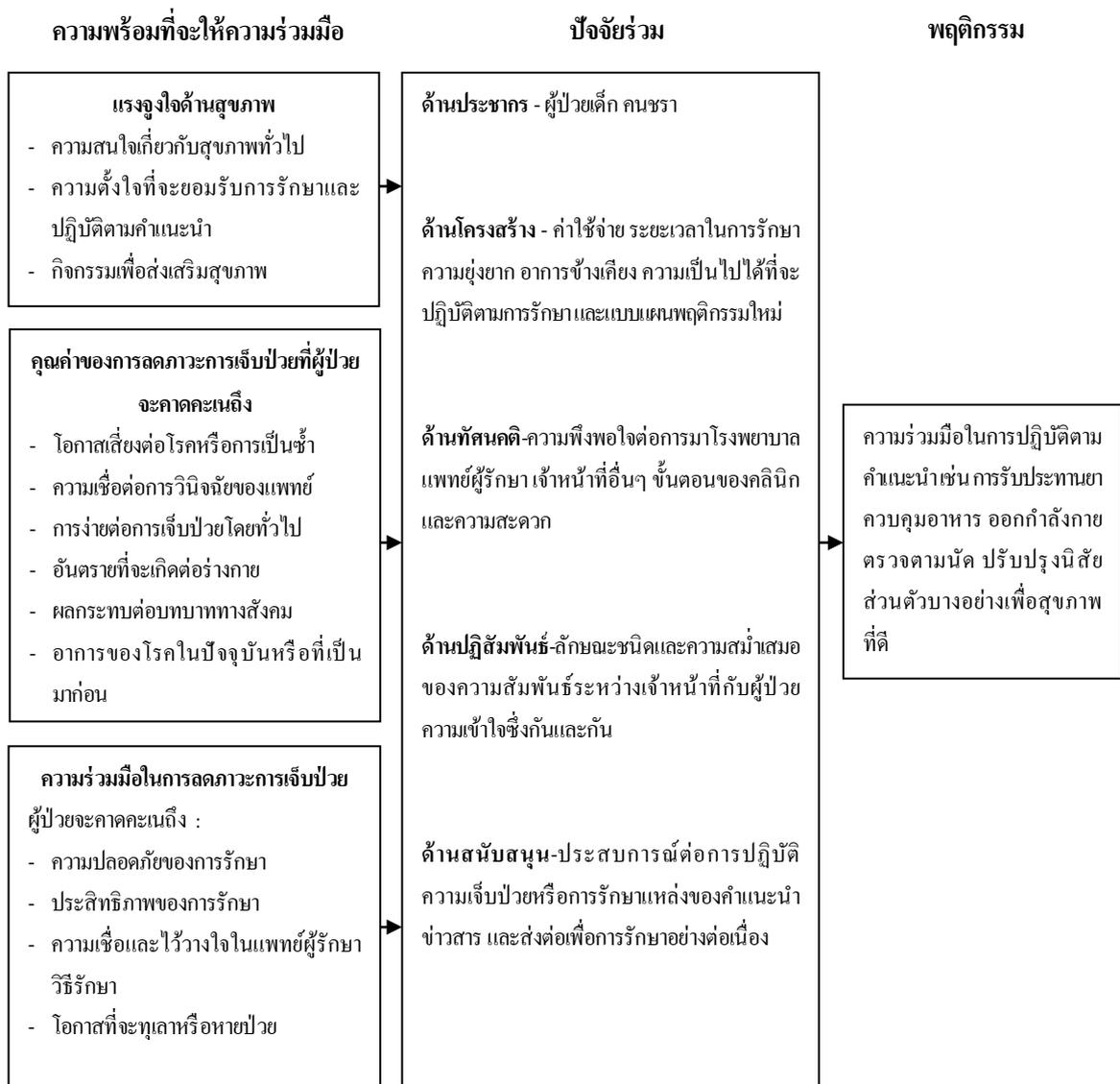
ภาพที่ 2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล



ที่มา : (Kemn And Cosle ,1996 อ้างถึงใน มาลัย กำเนิดชาติ, 2552 : 46)

เบคเกอร์และมาร์เชล (Becker และ Marshall 1975 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา, 2544 : 6-8) ได้ปรับปรุงทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) และปัจจัยอื่น ๆ ที่จัดอยู่ในปัจจัยร่วมและปัจจัยสนับสนุน (Modifying and Enabling Factor) รวมทั้งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) มาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ดังภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker



ที่มา : (Becker, 1997 : 345)

จากการศึกษาแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะพบว่ากรอบทฤษฎีจะเน้นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมในระดับบุคคลเป็นหลัก โดยมีตัวแปรในกลุ่มประชากร เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยาครบถ้วน โดยจุดเน้นจะอยู่ที่ตัวแปรการรับรู้ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยา อนุกรมวิธาน อย่างไรก็ดีแนวคิดของแบบจำลองนี้ยังคงให้ความสำคัญในปัจจัยด้านอื่นๆด้วย เช่น ตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแปรของปัจจัยการรับรู้ ปัจจัย

คุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยจิตวิทยาสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) ปัจจัยด้านทัศนคติ (การเข้าถึงบริการ) มาศึกษา

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model) ฉบับปรับปรุง 2006 ในปี ค.ศ. 1975 เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชนต่อมาเพนเดอร์ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกันสุขภาพ ซึ่งเป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพหรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ.1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง

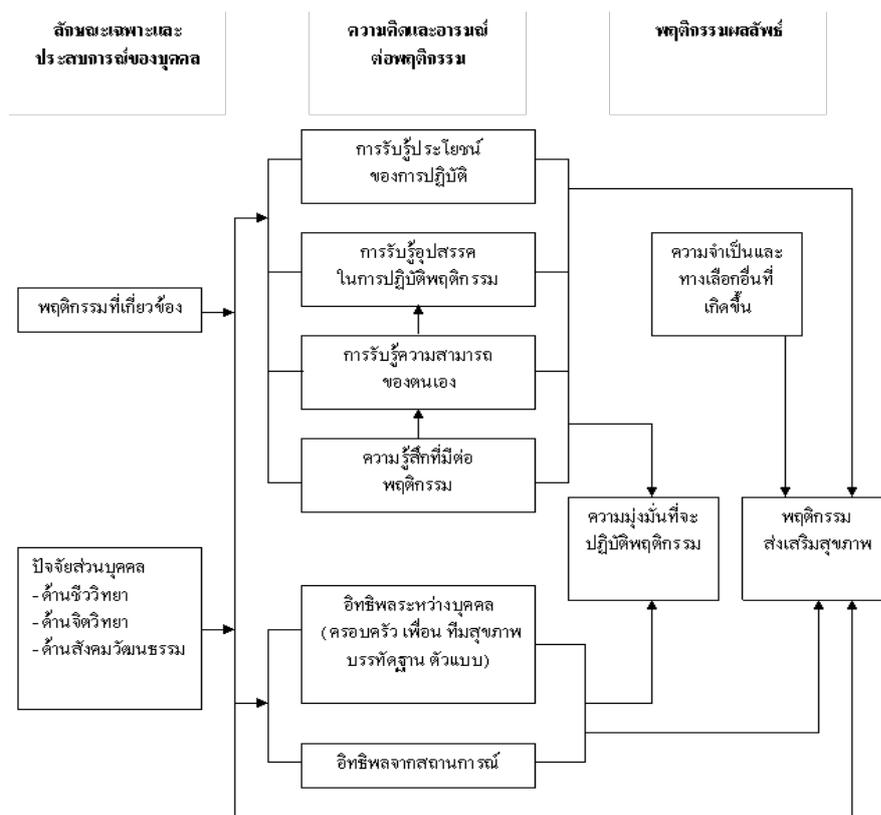
1. บุคคลแสวงหาภาวะการณ์ของชีวิตที่สร้างสรรค์โดยการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน
2. บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินสมรรถนะตนเอง
3. บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับการมั่นคง
4. บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
5. บุคคลซึ่งประกอบด้วยกายจิต สังคมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง
6. บุคลากรด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การริเริ่มด้วยตนเองในการสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สาระของทฤษฎี

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ ซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome Expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy

Expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม นอกจากนี้ การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ.2006 นี้ (ดังภาพที่ 2.3) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

ภาพที่ 2.3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Health Promotion Model Revised)



ที่มา : (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006 : 50)

มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง

มโนทัศน์หลักของแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 2.3 ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสพการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม

และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมโดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ ได้เสนอ มโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากร ดังนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้น ได้กลายเป็นนิสัย (Habit Formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ คชนี้มวตกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และ การคิดรูู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect)n เป็นมโนทัศน์หลักในการสร้างกลยุทธ์/กิจกรรมพยาบาล เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง มโนทัศน์หลักนี้ ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยทั้งหมด 5 มโนทัศน์ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคล โดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า

(Expectancy-Value Theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อล่า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง หรือความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ชั่วคราวของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวกก็เป็นสิ่งจำเป็น แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers to Action) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศและความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคล เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพล

โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนอง ความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือมาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใด ๆ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-Related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-Related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-Related) ความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว เพราะเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการเพิ่มเติมความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมลงในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนน้อย ที่ได้ค้นพบและช่วยสนับสนุนในการอธิบายและอำนาจในการทำนายของแบบจำลอง การศึกษา ในอนาคตข้างหน้าจำเป็นต้องใส่ในในความสำคัญของความรู้สึกที่มีพฤติกรรมที่ต้องนำมาพิจารณา ในพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพล ระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และ บุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวัง หรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชน ซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรม เอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุน ทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกต ผู้คนที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social Pressure) หรือ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม

ของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้น ไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้นุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 50

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) การเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้นุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น หมายถึง พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้นุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดงว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้างเพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นบางส่วนก็ได้บูรณาการเข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ สรุปว่า เป็นแบบแผนที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นกระบวนการของแรงดึงของค่านิยมในเชิงบวก และเป็นแรงผลักดันของค่านิยมในเชิงลบ ซึ่งการมีสุขภาพดีจะถูกจัดให้อยู่ในลักษณะนี้ กล่าวคือ การมีสุขภาพดีจะถูกจัดให้อยู่ในค่านิยมด้านบวกและความเจ็บป่วยจัดให้อยู่ในค่านิยมด้านลบ แนวความคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนี้เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอันได้แก่ พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดของการดูแลตนเองและแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ในยามที่มีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยให้กลับสู่การมีสุขภาพที่ดีโดยเร็วขึ้น พบว่า การดูแลสุขภาพจะต้องประกอบไปด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตและการใช้ยาควบคู่กันไป โดยผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์กิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาใช้ในการศึกษาเป็น 6 กิจกรรมด้วยกัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การลดละเลิกการสูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แสดงให้เห็นว่าการอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น มีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องมากมาย ซึ่งมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการสังเคราะห์และคัดเลือก ตัวแปรต่าง ๆ มาศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (ไพรวลัย เศษะ โกศล, 2546 : 31)

1. ปัจจัยด้านบุคคล เป็นปัจจัยที่ประกอบด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล ซึ่งจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่ระดับบุคคลที่สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้ นั่นคือ ปัจจัยด้านด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคมและจิตวิทยา จากข้อสรุปเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยในระดับบุคคลที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าในแต่ละทฤษฎีจะมีกรอบแนวคิดในการอธิบายพฤติกรรมในการให้ความสำคัญกับองค์ประกอบส่วนบุคคล

ที่ใกล้เคียงกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรด้านบุคลิกมาศึกษา โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยด้านบุคลิกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสังคม เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญกับบุคลิกการสาธารณสุขเป็นอย่างมากจากอิทธิพลที่มีต่อการบริการสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัยมานานด้วยเหตุผลที่การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ตามแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรในกลุ่มจิตวิทยาสังคม (ปัจจัยร่วม) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรด้านการสนับสนุนจากสังคมมาศึกษา ในด้านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้านและกลุ่มชมรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้เป็นแนวคิดทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมในเรื่องต่าง ๆ และบุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามความคิดและการรับรู้ในเรื่องนั้น ๆ การรับรู้ถูกกำหนดให้เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่จะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นย่อมขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆได้แก่

3.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค แม้ว่าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่พฤติกรรมสุขภาพจะยังไม่เกิดจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความยากลำบากหรือต้องใช้เวลาที่ยาวนานในการรักษา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึคนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการรับรู้ถึงผลของการเกิดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงและจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆมีผลทำให้เสียชีวิตได้หรือไม่

3.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน เป็นการรับรู้หรือความเข้าใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือหลีกเลี่ยงมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมหมายถึงการรับรู้ถึงผลดีหรือผลบวกที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996) ตามแนวคิดของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพนั้นถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างดีแล้วก็ตาม การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

ตลอดจนรับรู้่วาวิธีที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีมีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสมกับตัวเขาและบุคคลใกล้เคียง สามารถทำให้หลีกเลี่ยงจากภาวะที่ไม่ปรารถนาได้ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด จะสามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ รวมถึงการได้รับความรู้และข่าวสารจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรด้านการรับรู้มาศึกษา โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยด้านการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

4. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงบริการได้ถูกนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้บริการสาธารณสุขมาเป็นเวลานานและพบว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนอันหนึ่งให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

เพนชานสกีร์และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981 : 127-140 อ้างถึงในไพรวลัย เตชะโกศล, 2546 : 31) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยแบ่งออกเป็น 5 ประเภทคือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่ กับความต้องการของผู้ป่วย
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือ ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวกโดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้ง การเดินทาง
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก
4. ความสามารถของผู้ป่วยที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการหรือมีการประกันสุขภาพ
5. การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) ในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการ

พาราสุรามาล ไชทัม และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeitaml and Berry, 1988 อ้างถึงในกิตติวรรณ จันทรฤทธิ์, 2542 : 31) ได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการว่า หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ และให้แนวคิดการเข้าถึงบริการ ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้รับบริการเข้าใช้หรือได้รับความสะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไป
2. ผู้รับบริการใช้เวลารอคอยน้อย
3. เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ
4. อยู่ในสถานที่ที่ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก

ดังนั้นการเข้าถึงบริการในการศึกษาครั้งนี้พิจารณาจาก ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่และ ขึ้นทะเบียนรักษา รวมทั้งการมีหลักประกันสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กรีนและครูเทอร์ (Green and Kreuter, 1990: 31 อ้างถึงในกิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ, 2542 : 31) ได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 9 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยการประเมินปัญหาสังคม (Social Diagnosis) ของกลุ่มบุคคลหรือชุมชนว่ามีปัญหาใดบ้างที่ทำให้การดำรงชีวิตไม่สมบูรณ์ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลหรือประชากรในสังคมหรือหรือชุมชนนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อแยกแยะว่าปัญหาใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลที่มีอยู่หรือทำการศึกษาวิเคราะห์โดยวิธีการต่าง ๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่สมควรได้รับการแก้ไขขึ้นมาเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์หาพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ โดยพิจารณาว่าปัญหานั้นเกิดจากสาเหตุใด เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่เหล่านี้มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพทางตรงหรือทางอ้อมมากน้อยเพียงใด การวิเคราะห์เช่นนี้จะช่วยให้ทราบและตระหนักถึงแรงผลักดันต่าง ๆ ในสังคมที่อาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ได้วิเคราะห์มาในขั้นตอนต้น ๆ โดยจำแนกปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) และปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ซึ่งแต่ละกลุ่มปัจจัยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรืออีกนัยหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์เรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจของบุคคลนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยนำประกอบด้วยความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศและขนาดครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ

ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไปถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่างๆซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นจริง ให้ความไว้วางใจ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านได้แก่

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของของสุขภาพหรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลาและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่าจะคุ้มค่างมากกว่าราคาเวลาและสิ่งต่างๆ ที่ลงทุนไป เมื่อมีความเชื่อดังกล่าวจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของบุคคลนั้น ๆ สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับอาจเป็นสิ่งที่ของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆหรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้ บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ครูอาจารย์ และผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ก็ได้

ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา นอกจากนั้นสิ่งสำคัญคือการหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ของสิ่งจำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆเป็นไปได้ง่ายขึ้น

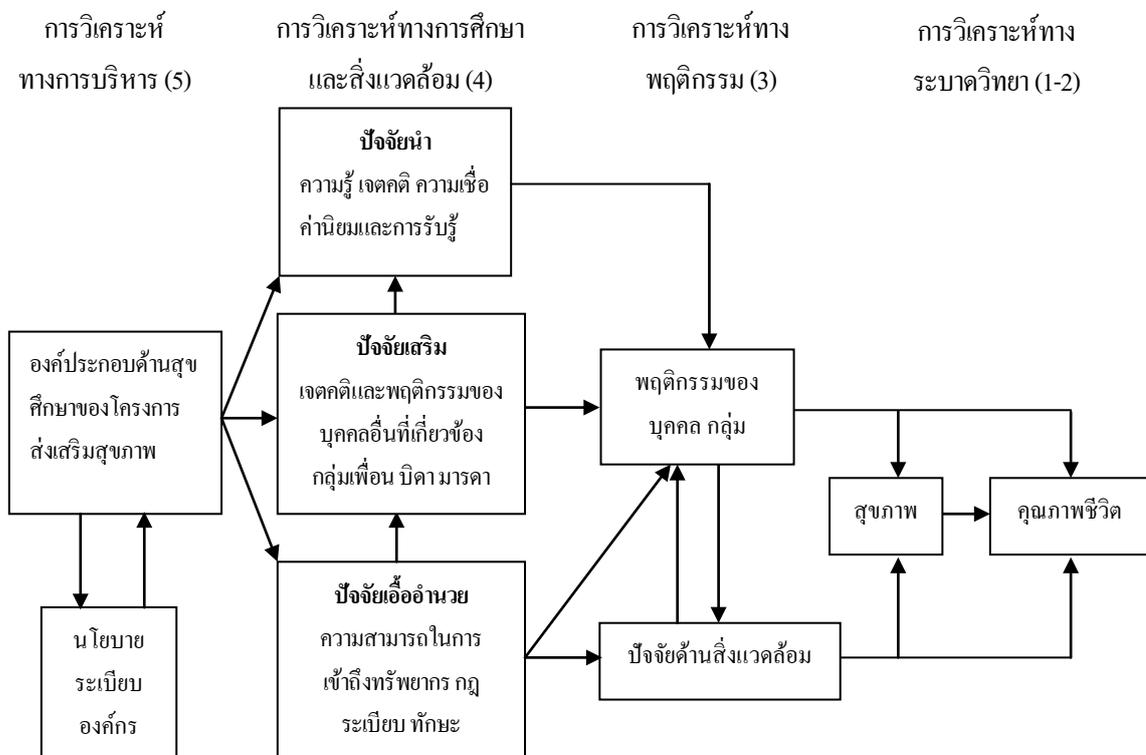
พฤติกรรมหรือการกระทำของต่างๆบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้งสามกลุ่ม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอโดยไม่ควรรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนการเลือกหรือการกำหนดวิธี เทคนิคในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้จะต้องสอดคล้องกับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ประการในขั้นตอนที่ 4 ด้วย

ขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ระบบบริหาร โครงการต่าง ๆ ที่มีการดำเนินงานอยู่ก่อนแล้ว ก่อนที่จะลงมือดำเนินงานตาม โครงการทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในการดำเนินงาน ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินงานและปัจจัยอื่น ๆ ที่จะช่วยให้ โครงการดำเนินไปได้ตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 7, 8 และ 9 เป็นกระบวนการในการประเมินผลซึ่งจะต้องผสมผสานทุกขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินระหว่างดำเนินการ ตามกลวิธีหรือตามรูปแบบในการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนขั้นตอนที่ 8 เป็นการประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) การประเมินในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินถึงผลของกลวิธีหรือรูปแบบที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและขั้นตอนที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) เป็นการประเมินถึงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินกลวิธีหรือรูปแบบ ในการประเมินผลของแต่ละขั้นตอนต้องมีการกำหนดดัชนีและเกณฑ์ในการประเมินผลของแต่ละขั้นตอนไว้ล่วงหน้า ทั้งนี้ต้องอาศัยวัตถุประสงค์ประสงค์ในแต่ละขั้นตอนเป็นหลักในการพิจารณา ดังรายละเอียด ในภาพที่ 2.4

ภาพที่ 2.4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามแบบจำลอง PRECEDE



ที่มา : (Green and Kreuter, 1991 : 24, 30)

จากการศึกษาแนวคิดของแบบจำลองการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจะเกิดขึ้นได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดโดยกลุ่มปัจจัย 3 กลุ่มคือ กลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลและการรับรู้ด้านต่าง ๆ กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของกลุ่มสังคมที่สำคัญ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน กลุ่มหรือชมรม รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารที่ประโยชน์ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มปัจจัยเอื้ออำนวย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจ การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนไว้ ดังนี้

คอปป์ (Cobb อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2548 : 26) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม ไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เคห์น (Kahn อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2548 : 26) กล่าวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม

ไพรวลัย เตชะ โภทศ (2546 : 20) หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มของสังคมจัดออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่ความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูงกว่ากลุ่มนี้ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มี

ความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา อาจกล่าวสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิและทุติยภูมิแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัสดุสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน (สุปรียา ตันสกุล และคณะ, 2548 : 27)

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่ให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในตนเองอย่างจริงใจ
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นที่มีลักษณะทำให้ผู้รับนั้นรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุจุดหมายที่เขาต้องการ

ประเภทแรงสนับสนุนสังคม

อิสเรลและบราวน์ (Isrel and Brown, 1985 อ้างถึงในไพรวลัย เตชะโกศล, 2546 : 46) การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ Isrel และ Brown ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การยกย่องความจริงใจความเอาใจใส่ การตั้งใจฟังรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการกระตุ้นเตือน
2. การให้การสนับสนุนในการให้การประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้องในการรับรอง ทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ตักเตือนในคำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้ความสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

กอตต์ลิบ (Gottlieb, 1985 อ้างถึงในไพรวลัย เตชะ โกศล, 2546 : 47) ได้แบ่งระดับของ แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับกว้าง (Macrolevel) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆและการดำเนินชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzolevel) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่าย สังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับนี้คือการให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3. ระดับแคบหรือระดับเล็ก (Microlevel) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่า ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ แหล่งของแรงสนับสนุนได้แก่ คู่สมรส บุตร และสมาชิก ในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจาก บุคคลในสังคมในด้านต่างๆซึ่งประกอบด้วยการได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การมีส่วนร่วม ในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับการช่วยเหลือ ทางด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร หรือกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับการ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

ประวัติความเป็นมา

อำเภอกระบุรีนี้ เคยมีฐานะเป็นเมืองจัตวาขึ้นต่อเมืองชุมพรในสมัยกรุงศรีอยุธยาเป็น ราชธานีส่วนผู้มีตำแหน่งเป็นเจ้าเมืองกระบุรี ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าเป็นใครแต่มีผู้เล่าลือต่อ ๆ กันมาว่า เจ้าเมืองกระคนแรก ชื่อ “แก้ว” เป็นชาวเมืองนครศรีธรรมราช ได้มาตั้งหลักฐานเป็นนายบ้านปกครอง ดูแลทุกข์สุขของราษฎรในแถบนั้นอยู่ภายหลังได้พบกระต๊อหนึ่ง ในแม่น้ำปากจั่น (กระนีรูปร่าง

คล้ายเต่า) มีลักษณะสวยงาม มีสีฐานเหมือนทองคำ จึงได้นำไปส่งให้เจ้าเมืองชุมพร เพื่อนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายพระราชาริบัติในสมัยนั้น ด้วยความดีความชอบอันนี้ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ท้องถิ่นนั้นเป็นเมือง ๆ หนึ่ง เรียกว่า “เมืองตระ” ขึ้นกับเมืองชุมพร แต่งตั้งให้นายแก้วเป็นเจ้าเมืองตระ ภายหลังได้เลื่อนบรรดาศักดิ์เป็นที่พระแก้วโกมล ซึ่งเข้าใจว่า เป็นต้นตระกูล “ชนบัตร์” ในขณะนี้ เมื่อพระแก้วโกมลถึงแก่กรรมแล้ว ได้แต่งตั้งให้นายเทพ บุตรชายคนที่สองเป็นเจ้าเมืองตระสืบต่อมา ภายหลังได้รับเลื่อนตำแหน่งเป็นที่ พระศรีสมบัตติ แล้วเรื่องก็สาปสูญไปสถานที่ตั้งเมืองตระครั้งแรก ตั้งอยู่ที่ตำบลปากจั่นอำเภอกระบุรีขณะนี้เรื่องสถานที่ตั้งพอจะยืนยันได้ และคราวสงครามมหาเอเชียบูรพา พ.ศ.2484 อำเภอกระบุรี (เมืองตระบุรี) เป็นที่ตั้งกองบัญชาการพันธมิตรญี่ปุ่นป้องกันด้านตะวันตกของ ไทยอีกครั้งหนึ่ง มีเส้นทางรถไฟญี่ปุ่นผ่านอำเภอกระบุรี ถึงกิ่งอำเภอละอุ่น อำเภอเมืองระนอง เป็นอนุสรณ์อยู่จนบัดนี้เมืองตระบุรี ได้ยกฐานะลงเป็นอำเภอกระบุรี ในจังหวัดระนอง เมื่อได้จัดการปกครองเป็นมณฑล จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ราวปี พ.ศ.2439 มีหลวงจันทร์ภักดีสีหราชรองเมือง (ย้อย ชนบัตร์) เป็นนายอำเภอคนแรก และมีฐานะเป็นอำเภอจนกระทั่งบัดนี้

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอกระบุรีตั้งอยู่ทางตอนเหนือสุดของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตปกครองใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับเขตตะนาวศรี (ประเทศพม่า) และอำเภอท่าแซะ (จังหวัดชุมพร)

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอท่าแซะ อำเภอเมืองชุมพร และอำเภอสวี (จังหวัดชุมพร)

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอละอุ่น

ทิศตะวันตก ติดต่อกับเขตตะนาวศรี (ประเทศพม่า)

การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอกระบุรีแบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 7 ตำบล 60 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลน้ำจืด ตำบลน้ำจืดน้อย ตำบลมะมุ ตำบลปากจั่น ตำบลลำเลียง ตำบล จ.ป.ร. ตำบลบางใหญ่

การปกครองส่วนท้องถิ่น

ท้องที่อำเภอกระบุรีประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 แห่ง ได้แก่

1. เทศบาลตำบลน้ำจืด ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลน้ำจืด
2. เทศบาลตำบล จ.ป.ร. ครอบคลุมพื้นที่ตำบล จ.ป.ร. ทั้งตำบล
3. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืด ครอบคลุมพื้นที่ตำบลน้ำจืด (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลน้ำจืด)
4. องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำจืดน้อย ครอบคลุมพื้นที่ตำบลน้ำจืดน้อยทั้งตำบล
5. องค์การบริหารส่วนตำบลมะมุ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลมะมุทั้งตำบล

6. องค์การบริหารส่วนตำบลปากจั่น ครอบคลุมพื้นที่ตำบลปากจั่นทั้งตำบล
7. องค์การบริหารส่วนตำบลลำเลียง ครอบคลุมพื้นที่ตำบลลำเลียงทั้งตำบล
8. องค์การบริหารส่วนตำบลบางใหญ่ ครอบคลุมพื้นที่ตำบลบางใหญ่ทั้งตำบล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กรรณิกา เรือนจันทร์ (2546 : 41-42) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยส่วนรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับความเชื่อด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ไพรวลัย เตชะ โภทศ (2546 : 42) ได้ศึกษาการจัดการสุขภาพของชุมชนในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 222 หมู่บ้าน พบว่า การจัดการสุขภาพของชุมชนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 69.8 เมื่อพิจารณารายคนพบว่าชุมชนมีการจัดการด้านป้องกันโรคมกกว่าการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 55.4 และพบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพชุมชนเรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ ประสิทธิภาพในการจัดการ การได้รับสนับสนุนทางทรัพยากร การได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และทรัพยากรทางด้านสุขภาพ และพบว่าปัญหาและอุปสรรคส่วนใหญ่ของชุมชนต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในจังหวัดขอนแก่นคือ ขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณในการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ขาดการสนับสนุนต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนไม่ให้ความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพในชุมชน และสมาชิกในชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ไพรวลัย นรสิงห์ (2546 : 53) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ในตำบลเขารวกอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่อาศัยอยู่ 3 หมู่บ้านของหมู่ที่ 1, 4, 5 ตำบลเขารวก อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จำนวน 25 คน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง ก่อนใส่กิจกรรมแทรกแซงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น และพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนใส่กิจกรรมแทรกแซงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

รุ่งนภา ประยงค์หอม (2548 : 47) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าซ่าง อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการเพิ่มหรือลดขนาดการรับประทานยาลืมรับประทานยา ไม่ออกกำลังกายรับประทานอาหารตามความเคยชิน โดยเฉพาะอาหารที่มีรสเค็ม ดิบ แอลกอฮอล์ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดตามความชอบและเหมาะสมกับตนเอง เป็นปัญหาเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และขาดความตระหนักถึงความสำคัญและต้องการพัฒนา เมื่อใช้ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในคุณค่าและความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยการให้คำปรึกษากลุ่มรายบุคคลการฝึกอบรม การเสนอตัวแบบที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และการทำกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เมื่อผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมแล้ว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีผลการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามดัชนีชี้วัด ทั้งยังก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกฝ่าย

ศศิธร อุตตะมะ (2549 : 46) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมากเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

วรรณารัตตะ ไพบูลย์ (2549 : 51) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของญาติ

กับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

ราตรี มณีขัติย์ (2550 : 46) ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

รัตนา เรือนอินทร์ (2550 : 49) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรค ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลลำพูน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ส่วนคะแนนด้านความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค อยู่ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ในด้านพฤติกรรมควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัดและการออกกำลังกาย อยู่ระดับปานกลาง และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

มาลัย กำเนิดชาติ (2552 : 45-57) ได้ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ระดับค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05 หลังการทดลอง 1 เดือน

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวโดยรวม ไม่แตกต่างจาก หลังการทดลอง ระดับค่านัยสำคัญทางสถิติ 0.05

งานวิจัยต่างประเทศ

แซง ลูนาและคณะ (Chang Luna and Others, 2003 : 219-228) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อหาความสัมพันธ์ จากประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดในประเทศไต้หวัน ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยทางพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตทั้ง 2 ท้องที่มี 6 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีไขมันต่ำ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การตรวจเช็คความดันโลหิตตามนัด

ดิกคิกอนและคณะ (Dickicon, Heather and Others, 2006 : 215-A) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการลดลงของระดับความดันโลหิต โดยการศึกษาจากข้อมูลประวัติ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ ที่มารับการรักษาตามนัดอย่างน้อย 2 เดือน และมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มตัวอย่างประชากรจำนวน 105 คน จากการสุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การจำกัดเกลือ เป็นพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต

กิลิจินส์ กรอบบี และคอค (Geleijnes, Grobbee and Kok 2005 : 235-239) ได้ทำการศึกษา เกี่ยวกับผลของการควบคุมอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรประเทศ ตะวันตกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประเทศฟินแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัย พบว่า การควบคุมอาหาร และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การมีน้ำหนักเกิน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก และการรับประทานโปรแตสเซียมน้อย มีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต

มิสราและคณะ (Mishra and Others, 2005 : 3) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการระบาดและปัจจัยเสี่ยง ของโรคอ้วนที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ทั้งชายและหญิงของประเทศ อุซเบกิสถาน โดยศึกษาจากแบบสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ปี 2005 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นชายอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,333 คน และเพศหญิงอายุ 15-59 ปี จำนวน 5,463 คน ผลการวิจัยพบว่า น้ำหนัก ที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ทัศนคติ และ พฤติกรรมภายหลังจากการสอนสุขศึกษา หรือจากการจัดกระทำ มีการนำการมีส่วนร่วมจากชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมาวิจัยเป็นส่วนน้อย ส่วนงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำมา

แก้ปัญหาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีน้อยมาก ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน เป็นการลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตอันเกิดมาจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งอาจจะเกิดจากการขาดความรู้ในเรื่องการดูแลการปฏิบัติตัว หรือจากสาเหตุอื่น ๆ การแก้ปัญหาผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และความต้องการที่แท้จริงของตน กำหนดทิศทางในการแก้ปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีทางเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดนำการจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยการประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มาวิจัยในครั้งนี้

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ในการกำหนดตัวแปรในการวิจัยและสรุปบทวนเอกสารได้ดังนี้

ตัวแปรต้น ได้แก่

1. ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลในการรับประทานยา การพบแพทย์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และเพื่อนบ้านของท่านมีส่วนร่วมในการดูแลหรือสนับสนุนท่านในการให้กำลังใจ ดังงานวิจัยของวรรณ รัชตะไพบูลย์ (2549 : 51) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ถึงความรุนแรงโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและทำให้หลอดเลือดสมองตีบทำให้เป็นอัมพาต ภาวะคุกคาม และการรับรู้อุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงว่าการใช้แรงหรือการออกกำลังกายมากเกินไป อาจทำให้ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นมากขึ้นดังงานวิจัยของมาลัย กำนิษฐาติ (2552 : 45-57) ได้ศึกษา

การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองโดยรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถเข้ารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวก ได้แก่ ความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย ความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวกและมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีการประกันสุขภาพการมีหลักประกันสุขภาพและได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ สอดคล้องกับแนวคิดของพาราสุรามาล ไชทัม และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeitaml and Berry, 1988 อ้างถึงในกิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, 2542 : 31) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการว่า หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ และให้แนวคิดการเข้าถึงบริการซึ่งประกอบด้วย ผู้รับบริการเข้าใช้หรือได้รับความสะดวก ระเบียบขั้นตอนไม่ควรมากมายซับซ้อนเกินไปผู้รับบริการใช้เวลารอคอยน้อยเวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ และอยู่ในสถานที่ที่ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ด้านการบริโภคอาหาร เป็นการรับประทานอาหารรสชาติที่พอดี ไม่เค็มเกินไปไม่ดื่มสุราและของมีแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่หลากหลายโดยเน้นผัก และผลไม้รสไม่หวานดังงานวิจัยของมิชฮาและคณะ (Misha and Others, 2005 : 3) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการระบาดและปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ทั้งชายและหญิงของประเทศซุชเบคิสสถาน โดยศึกษาจากแบบสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ปี 2005 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นชายอายุ 15-59 ปี จำนวน 2,333 คน และเพศหญิงอายุ 15-59 ปี จำนวน 5,463 คน ผลการวิจัยพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

2. ด้านการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ แกว่งแขน 20-30 นาทีต่อครั้ง และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ดังงานวิจัยของลิจินส์ กรอบบีและคอค (Geleijnes, Grobbee and Kok, 2005 : 235-239) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการควบคุมอาหารและปัจจัยที่เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากรประเทศตะวันตกที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประเทศฟินแลนด์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมอาหาร และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การมีน้ำหนักเกิน การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก และการรับประทานโปรแตสเซียมน้อย มีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต

3. ด้านการจัดการความเครียดหรือการพักผ่อน มีการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด มีเวลาว่างท่านจะหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การฟังเพลง การไปทำบุญที่วัด และนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ดังงานวิจัยของรัตนารัตน์ (2550 : 49) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลลี จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยพบว่า มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ในด้านพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด การมาตรวจตามนัดและการออกกำลังกาย อยู่ระดับปานกลาง และความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

4. การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการรับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำแพทย์/พยาบาล อย่างเคร่งครัด และรับการตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ดังงานวิจัยของศศิธร อุตตะมะ (2549 : 46) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชิงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้ยาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยาถูกต้องตามหลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา การจัดการกับอาการข้างเคียง และการปฏิบัติตัวอื่น ๆ เกี่ยวกับการใช้ยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

จากการสรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และนำมาประยุกต์ในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยและนำมาอภิปรายผลในการวิจัยครั้งนี้ได้