

ห้องอ่านหนังสือ

คณะสาธารณสุขศาสตร์

ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง
ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร



กฤษณะ สุวรรณปัญญากุล
ฐปนันทน์ ผ่องเกษม
ธาดา บุณนาค
บรสรเจ็ด สละชุ่ม
เพชรรัตน์ ปราจันทร์
ศรัจันท์ โรจยะ

ห้องอ่านหนังสือ คณะสาธารณสุขศาสตร์
รับทะเบียน... 6 ส.ค. 2553
เลขทะเบียน... ๒.265133๖, ๓. 4839043
เลขเรียกหนังสือ... WA20.5

๒๕๕๒

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยสุขภาพ (551461) 2551

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2551

ประกาศคุณูปการ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลงด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์สมเกียรติ ศรประสิทธิ์ อาจารย์อรรธรณ แซ่ตัน ที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ ปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สำเร็จ สมบูรณ์ได้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้า ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คุณธานี โชติคคาม สาธาณสุขอำเภอบางมูลนาก คุณกษมา สุนทรสุริยวงศ์ นักวิชาการสาธาณสุขอำเภอบางมูลนาก คุณพวงศิริ รุ่งสีทอง หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร คุณสุนันท์ สิงห์เดช พยาบาลวิชาชีพ ประจำสถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้าและดำเนินงานเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันพึงได้จากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้า ขอมอบและ อุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

กฤษณะ	สุวรรณปัญญากุล
รูปนันท	ผ่องเกษม
ธาดา	บุญนาค
บรรเจิด	สละหุ่ม
เพชรรัตน์	ปราจันทร์
ศรีจันทร์	โรจยะ

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญ	1
	วัตถุประสงค์	3
	สมมติฐานการวิจัย	4
	ขอบเขตการวิจัย	5
	นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	5
	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	7
	ขั้นตอนการทำวิจัย	8
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	12
	ทฤษฎี แนวคิดและกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย	33
บทที่ 3	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	62
	วิธีการดำเนินงานวิจัย	66
	รูปแบบการวิจัย	66
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	66
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	71
	การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย	75
	ผลการวิจัย	76
บทที่ 4	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	91
	สรุปผลการวิจัย	91
	การอภิปรายผล	93
	ข้อเสนอแนะ	95
	บรรณานุกรม	97

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ภาคผนวก ก	แบบสอบถาม	103
ภาคผนวก ข	แบบประเมินความพึงพอใจ	107
ภาคผนวก ค	แผนการสอนสุขศึกษา	109
ภาคผนวก ง	การหาความยากง่าย	113
ภาคผนวก จ	การแปลผลค่าดัชนี (IOC)	114
ภาคผนวก ฉ	แบบกำกับพฤติกรรม	115



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญและความเป็นมา

โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสุขภาพชีวิตคนไทย จากสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ อาชีพและสังคมแห่งเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารที่เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เป็นปัจจัยนำและเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยม วิถีชีวิต และพฤติกรรมสู่วิถีชีวิตนั่ง ๆ นอน ๆ บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บริโภคยาสูบขณะที่บริโภคผักและผลไม้ลดลง มีความเครียดเรื้อรัง และความสามารถในการรับมือจัดการกับความเครียดลดลง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการมีภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ อาทิ สมอง หัวใจ ไต และหลอดเลือด โดยรายที่เป็นรุนแรงอาจเกิดความพิการ หรือถึงแก่ชีวิตได้ ด้วยเหตุที่โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด วัตถุประสงค์ของการรักษาจึงเป็นไปเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน ลดความพิการ และลดอัตราการตาย การรักษามี 2 วิธี คือไม่ใช้ยา และใช้ยาลดความดันโลหิต การรักษาแบบไม่ใช้ยาจะเน้นการปรับเปลี่ยนการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การลดการบริโภคอาหารเค็มจัด การลด-เลิกบุหรี่ การลด-เลิกแอลกอฮอล์ การลด-ควบคุมน้ำหนัก และการจัดการความเครียด ซึ่งการรักษาทั้ง 2 วิธี มีความสำคัญพอ ๆ กัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดโรคแทรกซ้อน โดยไม่หวังพึ่งยาลดความดันโลหิตเพียงอย่างเดียว (รุ่งนภา ประยงค์หอม, 2548:2-3) เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในวงการสาธารณสุขว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จำนวนอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งประเทศ พ.ศ.2539-2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 307,671 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 544.08 ต่อประชากรแสนคน และมีจำนวนการตายอย่างหยาบในปี พ.ศ.2548 จำนวน 2,452 ราย คิดเป็นอัตราตายอยู่ที่ 3.9 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายหนึ่งใน 5 อันดับแรกของคนไทย ซึ่งสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง เนื่องจากความเจริญด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้ประชากรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะการไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และความเครียด ซึ่งทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเพิ่ม

ความรุนแรงและมีแนวโน้มมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข,2544,หน้า 35) จากสถิติสาธารณสุข ดังกล่าว แม้จะพบว่าสถานการณ์การตายจากภาวะความดันโลหิตสูง โดยตรงจะไม่สูงมากนักแต่ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหลักของการตายและการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคไต (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข,2547-2548)

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ข้อมูล ณ เดือน มกราคม พ.ศ.2552 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนไว้ จากสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด 114 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 33,769 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15862.40 ต่อแสนประชากร ซึ่งในส่วนของสถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 314 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1647.25 ต่อแสนประชากร

การจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การเดินทางไม่สะดวก ญาติหรือผู้ดูแลบางส่วนไม่มีเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษา เนื่องจากต้องทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว บางส่วนไม่เห็นความสำคัญเพราะผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการใดๆ ให้เห็น (กษมา สุนทรสุริยวงศ์,2544:130-143) ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการดูแลด้านการกินยา การบริโภค จากญาติหรือผู้ดูแล ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรค (เสาวนีย์ ศรีศิริภูม,2542:50-57)

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิตตามรูปแบบการดำเนินที่ผ่านมา และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการนำเทคนิคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment; DOT) ซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือการที่มีญาติผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ได้เข้าไปมีบทบาทในการเป็นพี่เลี้ยงคอยดูแล ทำให้อัตราการรักษาวัณโรคหายขาดสูงขึ้นในทุกๆ การวิจัย (สพรั่งศักดิ์ จุลเดช 2541: 55-61) การรักษาโรควัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment; DOT) จึงเป็นการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมผ่านพี่เลี้ยง เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้กำกับ กระตุ้น สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่บ้านที่ถูกต้อง (จุฬา อาจวิชัย ,2549) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การพบแพทย์ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้ ตลอดจนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา โดยคาดหวังว่าการได้รับแรงสนับสนุน

ทางสังคม จะช่วยส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัว ในการดูแลรักษา ระดับความดันโลหิต จนทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) พบว่าผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดใหม่เสมอพบผลการรักษาหายขาด(cure) 81.25% รักษาครบ(com) 9.38% และ Success rate 9.37% (วุฒิพงษ์ ทองนุ้ย, 2548)

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษา และพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชาชนให้ถูกต้องเหมาะสมกับการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งในการนี้จำเป็นที่จะต้องพยายามทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญ จากตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งผู้เกี่ยวข้อง จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัย ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีที่เลี้ยงขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถ ดูแลตนเองได้ในเรื่องของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียด ที่ถูกต้อง เหมาะสม และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถขยายผลไปสู่การมีที่เลี้ยงในการดูแลโรคเรื้อรังต่างๆ ที่สามารถควบคุม ป้องกันได้ในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์

ก่อนการทดลอง

1.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ

1.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ

หลังการทดลอง

1.2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วม โครงการ

1.2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วม โครงการ

1.2.5 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วม โครงการ

1.2.6 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วม โครงการ

1.2.7 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ หลังเข้าร่วม โครงการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2.8 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม หลังเข้าร่วม โครงการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2.9 เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองแ่กลุ่มเปรียบเทียบที่เข้าร่วมโครงการ

1.3 สมมติฐานการวิจัย

ก่อนการทดลอง

1.3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง

1.3.3 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงวก่าก่อนได้รับความรู้

1.3.4 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงวก่าก่อนได้รับความรู้

1.3.5 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม สูงวก่าก่อนได้รับความรู้

1.3.6 กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม สูงวก่าก่อนได้รับความรู้

1.3.7 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ หลังได้รับความรู้ สูงวก่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ

1.3.8 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม หลังได้รับความรู้ สูงวก่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ

1.3.9 กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจในการเข้ารับการอบรม สูงวก่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่มีระดับความรุนแรงของโรค ตั้งแต่ ระดับน้อย (Mild Hypertension) ถึงระดับปานกลาง (Moderate Hypertension) ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาด้วยวิธีใช้ยา ทั้งเพศชาย - หญิง ณ สถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 146 คน

โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่มีพี่เลี้ยงในการกำกับดูแล กับกลุ่มที่ไม่มีพี่เลี้ยงในการกำกับดูแล เพื่อต้องการเปรียบเทียบถึงประสิทธิผลที่ได้รับจากการทำศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาทดลองแบบแบ่งกลุ่ม จำนวน 1 เดือน แล้วเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม ความพึงพอใจ นำมาใช้ในการเปรียบเทียบ วิเคราะห์ ข้อมูล เพื่อหาข้อสรุปที่ได้จากงานวิจัย

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พี่เลี้ยง ผู้ทำหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คอยกำกับดูแล ให้คำปรึกษา หรือช่วยเหลือในด้านการให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ด้านการส่งเสริมสุขภาพ **ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความจำ ความเข้าใจ การประยุกต์ การนำไปใช้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในหัวข้อความหมายของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค สาเหตุการเกิดโรค ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การบริโภคอาหาร

พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมในการควบคุมความดันโลหิต ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นการยอมรับ ความรู้สึกชอบ ความรู้สึกที่ยินดีกับผลการปฏิบัติจริง ที่เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้

ความพึงพอใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ที่มีผลต่อความสำเร็จของงานที่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลจากการได้รับการตอบสนองต่อแรงจูงใจ หรือความต้องการของแต่ละบุคคลในแนวทางที่เขาประสงค์ ความพึงพอใจโดยทั่วไปตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า Satisfaction และยังมีผู้ให้ความหมายคำว่า “ความพึงพอใจ” ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจนั้น โดยทั่วไปนิยมศึกษากันในสองมิติ คือ มิติความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและมิติความพึงพอใจในการรับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในรูปแบบผู้รับบริการ ซึ่งมีการศึกษาได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Oskamps (1984, อ้างถึงใน ประภาภรณ์ สุรปภา 2544, หน้า 11) ได้กล่าวไว้ว่า ความพึงพอใจมีความหมายอยู่ 3 นัย คือ

1 ความพึงพอใจ หมายถึง สภาพการณ์ที่ผลการปฏิบัติจริงได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้

2 ความพึงพอใจ หมายถึง ระดับของความสำเร็จที่เป็นไปตามความต้องการ

3 ความพึงพอใจ หมายถึง งานที่ได้ตอบสนองต่อคุณค่าของบุคคล

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า “ความพึงพอใจ” หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นการยอมรับ ความรู้สึกชอบ ความรู้สึกที่ยินดีกับการปฏิบัติงาน ทั้งการให้บริการ และการรับบริการในทุกสถานการณ์ ทุกสถานที่

ประสิทธิผล หมายถึง การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในแต่ละกิจกรรมในการทำวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังได้รับความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. กลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจใน โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดมีพี่เลี้ยง

กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่มีพี่เลี้ยง

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การขอคำแนะนำ แสวงหาความรู้จากผู้รู้ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขต่างๆ ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุข พี่เลี้ยง เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติ หรือการรักษาเบื้องต้นให้หาย จากความเจ็บป่วย ประเมินตนเองได้ว่า เมื่อไรควรไปพบแพทย์ เพื่อรักษาก่อนที่จะเจ็บป่วยรุนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วย และมีสุขภาพดีดั้งเดิม

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มี ความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP) สูงกว่า 160 มม.ปรอท และมีความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP) สูงกว่า 90 มม.ปรอท โดยมีการจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงโดยระดับความดันโลหิต เพื่อบอกความรุนแรงของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

DBP 90-104 มม.ปรอท เป็น ระดับรุนแรงเล็กน้อย (mild)

DBP 105-114 มม.ปรอท เป็น ระดับรุนแรงปานกลาง (moderate)

DBP \geq 115 มม.ปรอท เป็น ระดับรุนแรงมาก (severe)

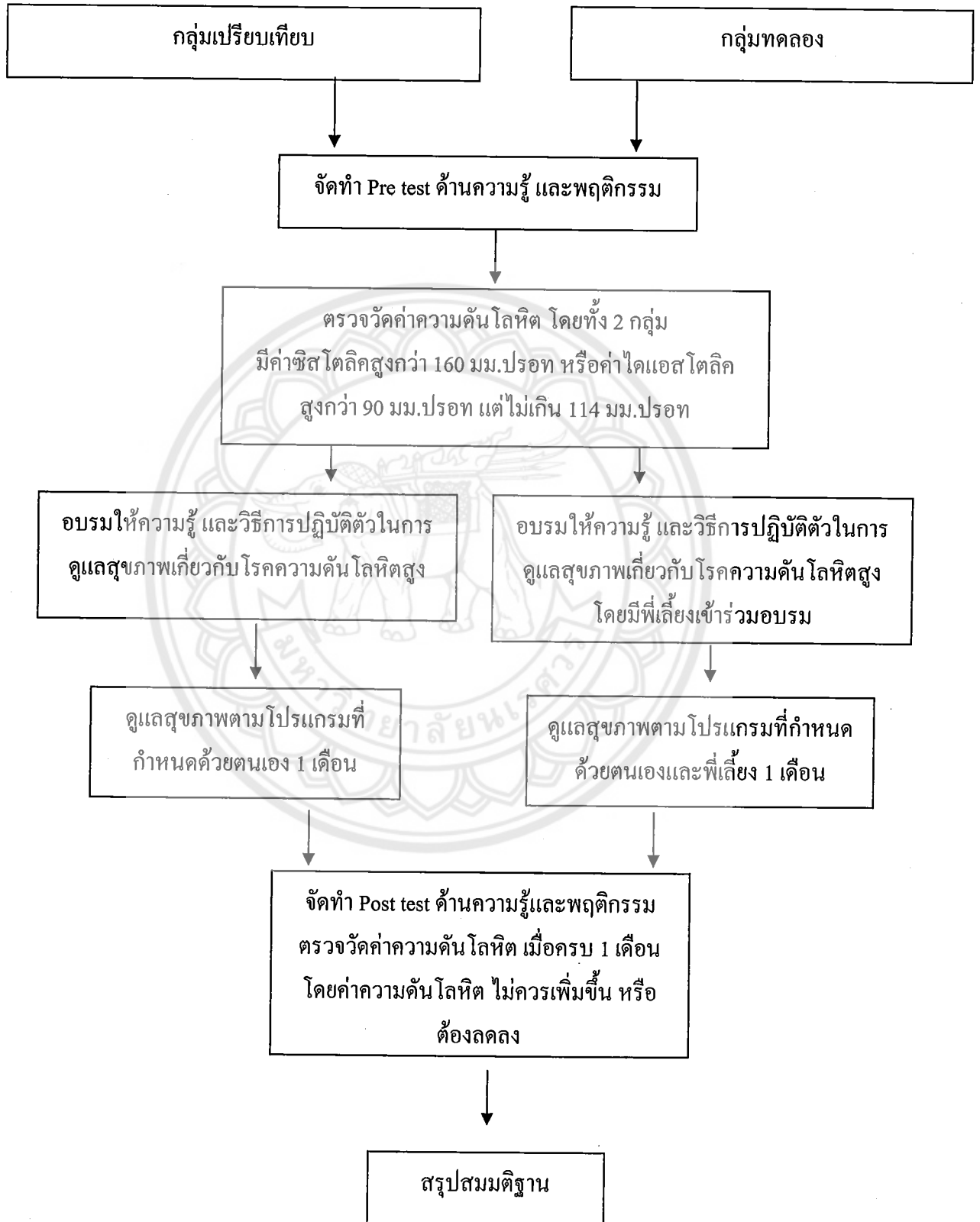
เกณฑ์มาตรฐานการบำบัดรักษาโรคความดันโลหิตสูง ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ปี ค.ศ.1993

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถพัฒนาการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย เป็นพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. นำแนวทางที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป



1.7 ขั้นตอนการทำวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเพื่อศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้มีผู้ศึกษาไว้ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในเรื่องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และ แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวิจัย และสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

- 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 ชนิดของความดันโลหิตสูง
- 1.3 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
- 1.4 อาการของโรคความดันโลหิตสูง
- 1.5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
- 1.6 การควบคุมความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

- 2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
- 2.2 แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 2.3 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2.5 แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

(National Tuberculosis Programme : NTP)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ

- 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง
- 3.2 งานที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ
- 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (Blood Pressure) หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของหลอดเลือดแดงซึ่งประกอบด้วยความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) เป็นค่าความดันของเลือดสูงสุดที่เกิดขึ้นใกล้เคียงกับระยะที่หัวใจหดตัวที่บีบเลือดออกมาจนหมดจากหัวใจด้านซ้าย และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) เป็นค่าความดันต่ำสุดที่เกิดขึ้นตามมาในระยะที่มีการขยายตัวเต็มที่ของห้องหัวใจเพื่อรับเลือด

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า ความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ ต้องมีความดันซิสโตลิกเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าและยี่ระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่าเป็นค่าความดันปกติ (ตัวเลขตัวแรกเท่ากับ 140 คือค่าความดันซิสโตลิก ตัวเลขตัวที่สองเท่ากับ 90 คือค่าความดันไดแอสโตลิก) ส่วนระดับความดันโลหิตระหว่าง 140/90 ถึง 160/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง (Borderline Hypertension) โดยทั่วไปใช้เครื่องวัดปรอทเป็นเครื่องวัดมาตรฐานในการวัดความดัน ในการวินิจฉัยว่า มีความดันโลหิตของคนปกติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาที่วัดในการวินิจฉัย จึงควรวัดความดันโลหิต 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2536:243)

1.2 ชนิดของความดันโลหิต

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO 1983 : 53 – 56) แบ่งความดันโลหิตสูงเป็น 3 ลักษณะ คือ แบ่งตามระดับความดันโลหิต แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกาย และแบ่งตามสาเหตุ

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต ได้แก่
 - 1.1 ความดันโลหิตปกติ (Normal Blood Pressure)
 - 1.2 ความดันโลหิตระดับก้ำกึ่ง (Borderline Hypertension)
 - 1.3 ความดันโลหิตสูง (High Blood Pressure)
2. แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะของร่างกาย
 - 2.1 ระยะที่ 1 ไม่มีอาการที่แสดงว่ามีการทำลายอวัยวะใดๆ
 - 2.2 ระยะที่ 2 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงว่าอวัยวะบางแห่งถูก

กระทบกระเทือน ได้แก่หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดที่จอร์รับภาพตีบ มีโปรตีนในปัสสาวะ และระดับครีตินินในเลือดสูง

2.3 ระยะที่ 3 มีอาการและสิ่งตรวจพบบ่งว่าสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเป็นผลสืบเนื่องมาจากความดันสูง ได้แก่ ภาวะหัวใจตาย อัมพาตจากเลือดออกในเนื้อสมอง เรตินาเสื่อมในระดับที่ 3 หรือ 4

3. แบ่งตามสาเหตุ

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดทุรพบสาเหตุ (Secondary Hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากโรคที่อวัยวะต่างๆ ที่พบได้มากคือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความคิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ดังนั้นถ้าสาเหตุที่ได้รับการแก้ไขแล้วภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary Hypertension or Essential Hypertension) ซึ่งประมาณว่ามีถึงร้อยละ 92 - 94 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (เกษม วัฒนชัย 2532 : 31; สมจิตร หนูเจริญกุล 2531 : 118) ส่วนมากเชื่อว่ามิใช่ปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อซึ่งอาจทำให้เกิดโรคนี้ เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน การออกกำลังกาย ภาวะเครียด การดื่มสุรา ตลอดจนจนถึงการสูบบุหรี่

นอกจากนั้น ความดันโลหิตสูงยังแบ่งออกเป็น 2 ชนิดใหญ่ ๆ (สุรพันธ์ สิทธิสุข 2536 : 242) คือ

1. Systolic and Diastolic Hypertension ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 95 จะเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดอีกร้อยละ 5 เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทุรพบสาเหตุ เป็นกลุ่มที่มีสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูง เช่น เกิดจากโรคไต ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือโรคต่อมไร้ท่อ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะคำนึงถึงระดับของความดันตัวล่างเป็นสำคัญ

2. Isolated Systolic Hypertension ในกลุ่มนี้ความดันโลหิตตัวบนจะสูงเพียงอย่างเดียว ส่วนความดันตัวล่างจะปกติ อาจมีสาเหตุมาจากภาวะที่ทำให้มีการเพิ่มของ Cardiac Output เช่น เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง aorta ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ โรคไตเรื้อรังเป็นพิษ เป็นต้น การรักษาความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะคำนึงถึงระดับความดันโลหิตตัวบนเป็นสำคัญ

คณะทำงานเพื่อค้นหา ประเมินผล และรักษาภาวะความดันโลหิตสูง (Joint Nation Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) แบ่งระดับความดันโลหิตสูง ออกเป็น 5 ระดับ คือ

1. ระดับก้ำกึ่ง (Borderline Level) มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นครั้งคราว

2. ระดับอ่อน (Mild Level) มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระหว่าง 90 – 104 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับปานกลาง (Moderate Level) มีความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 105 – 114 มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับรุนแรง (Severe Level) มีระดับความดันโลหิตตัวล่างมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท

นอกจากนี้ยังอาจแบ่งความดันโลหิตสูงที่ผิดปกติออกเป็น 2 ภาวะ คือ ภาวะความดันโลหิตสูงตัวบนสูง และภาวะความดันโลหิตตัวล่างสูง (สันต์ หัตถิรัตน์ 2536 : 21)

1. ภาวะความดันโลหิตตัวบนสูง (Systolic Hypertension) เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลง หรือการเสื่อมตามธรรมชาติ ยังไม่มีวิธีการรักษาและไม่มียารักษาที่ได้ผลดี ส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่วงอกและช่วงหน้าท้องมีผนังหนาแข็ง ยึดหยุ่นได้น้อย มักพบในคนอายุ 50 – 60 ปีขึ้นไป ส่วนน้อยเกิดจากคอคอหอยพอกเป็นพิษ โรคกล้ามเนื้อหัวใจบางชนิดและการมีรูรั่วที่ Aortic Valve ระดับความดันโลหิตตัวบนที่เรียกว่า ความดันโลหิตสูง คือ เท่ากับหรือมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท (ในภาวะปกติพบได้ในขณะออกกำลังกายหรือภายหลังการออกกำลังกายใหม่ๆ โกรธ ตื่นเต้น)

2. ภาวะความดันโลหิตตัวล่างสูง (Diastolic Hypertension) เกิดจากหลอดเลือดแดงเล็กๆทั่วร่างกายแข็งและตีบแคบลง ซึ่งถ้าความดันโลหิตตัวล่างสูงขึ้นมาจะกระทบกระเทือนต่อหลอดเลือดเล็กๆในตาในสมอง หัวใจ และไต ถ้าเป็นมากจะทำให้ตาฝ้าฟางหรือบอด หลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก เกิดอัมพาต ชัก หมดสติ ถ้าหลอดเลือดในหัวใจตีบทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าหลอดเลือดในไตตีบแคบลงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดภาวะไตวาย ไตพิการได้ มักเรียกภาวะความดันโลหิตตัวล่างสูงว่า “ โรคความดันโลหิตสูง ” ส่วนใหญ่จะไม่รู้สาเหตุ ที่ทำให้หลอดเลือดฝอยทั่วร่างกายตีบ เวลาพูดกันโดยทั่วไปว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมักหมายถึง โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ โดยมีระดับความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มักพบในคนอายุ 35-55 ปี

1.3 สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุนี้นับได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากพบในช่วงอายุ 35 – 55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและพยากรณ์โรคไม่ดีมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (Beland, Irene L. and Passor, Joyce Y. 1985 : 833) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามีสาเหตุจากการเคลื่อนไหวของหลอดเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ (Marson, Gwen D. 1982 : 18 – 24)

องค์การอนามัยโลก (WHO 1983 : 12 – 19) ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ว่ามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องแต่ละปัจจัย ดังนี้ คือ

1.3.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นที่ยอมรับว่ากรรมพันธุ์ มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า

- (1) บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักมีความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
- (2) ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดขึ้นจากไข่คนละใบ
- (3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดง (arterial pressure)
- (4) ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรมจากการวิจัยแบบ cross section ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

เมค โลวิทซ์ (Medlowitz อ้างใน บุญญสิทธิ วรรณทร์ 2530 : 38) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไว้ว่า ผู้ที่มีเชื้อสายเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความผิดปกติภายในเซลล์ (Intracellular abnormalities) ซึ่งจะมีผลกับ Calcium metabolism ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบภายในหัวใจและระบบประสาท Sympathetic ทำให้กลไก Sodium Pump ผิดปกติการควบคุมความดันโลหิตและการทำงานของหัวใจไม่สมดุลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว เป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยพวกนี้มักจะเริ่มเมื่ออายุประมาณ 30 – 35 ปี และก่อนอายุ 55 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับกำลังและทราบปัจจัยเสี่ยงขณะที่มีอายุ 40 ปี จะมีอุบัติการณ์ ของความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนผิวขาวถึง 1.5 – 2 เท่าและมีความรุนแรงมากกว่าถึง 5 เท่า ส่วนประวัติครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงในบิดามารดาจะถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

1.3.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงที่สำคัญ พบว่า สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายและอิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3.2.1 น้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิต จากการศึกษาระยะยาวพบว่า น้ำหนักเพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย

(Gillum, Richart F. et a. 1982 : 211) โดยทั่วไปถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มักจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้นประมาณ 3 ทอร์ หรือ 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติจะขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก ดังนั้นคนที่มีรูปร่างใหญ่โต หรือ อ้วน จะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กผอม (สันต์ หัตถิรัตน์ 2536 : 20) นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าลดน้ำหนักตัวลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน Rissanen, A. et al. 1985 : 149 I; อ้างใน (ถัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล 2538 : 16) ความสัมพันธ์ระหว่างอ้วนและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาโดยการคัดกรองชุมชนในตัวอย่างประชากร 1 ล้านคน เพื่อดูการกระจายของความดันโลหิตสูง พบว่าในคนที่มียุระหว่าง 20 – 39 ปี และมีน้ำหนักเกินมีการกระจายของความดัน สูงเป็น 2 เท่า ของคนน้ำหนักปกติ และในคนอายุระหว่าง 40 – 46 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 (Schmieder, Franz and Messerli, 1987 : 991 – 992 ; อ้างใน (เตือนใจ หมวกแก้ว 2540 : 19) และในการศึกษาติดตามถึงภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นพบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินในการวัดครั้งแรก ต่อมาอีก 2 ปี มาวัดซ้ำในกลุ่มเดิมพบว่า จะมีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนเหมือนเดิมและมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มนี้ (Adeyanju, et al. 1987 : 109 – 112 ; อ้างใน ถัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล 2538 : 16) บรูคแรกค์ และคณะ (Brurack , Robert C., Keller, Jacob B. and et al. 1985 : 865 – 872) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาในชุมชนฟรามิงแฮมบ่งชี้ การเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในอนาคตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติขณะที่ศึกษาครั้งแรก จะมีแนวโน้มของความดันโลหิตสูงขึ้นตามสัดส่วนของน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มขึ้นและผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 2 ของน้ำหนักมาตรฐานจะมีความเสี่ยงกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 8 เท่า (Kannel, William B. et al. 1978 : 48) อาหารที่บริโภคปริมาณและวิธีออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย สำหรับบางท่านให้ความเห็นว่าเกี่ยวข้องกับปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat Mass) มากกว่าน้ำหนักเพียงคนเดียว

1.3.2.2 จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเกลือกับความดันโลหิตได้รับความสนใจมานาน และยอมรับกัน ถ้าจำกัดจำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับต่อวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Marram, Gwen D. 1978 : 227 – 230) เนื่องจากเกลือโซเดียมคือน้ำได้มากทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด ถ้าบริโภคโซเดียมในอาหารปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิอ็อกวิวาเลนซ์ต่อวัน จะไม่พบว่ามีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ถ้าบริโภคระหว่าง 30 – 60 มิลลิอ็อกวิวาเลนซ์ ต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 3 (Maxell & Waks 1978 : 89 – 861 ; อ้างใน ถัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล 2538 : 17)

ซึ่งเป็นการศึกษาในคนและสัตว์ทดลอง พบว่าการได้รับเกลือโซเดียมสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิด ความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุของการมีเกลือโซเดียมสูง มักมาจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม มาก นอกจากนี้ยังพบว่า การจำกัดเกลือเป็นวิธีการที่ดี ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากการ ลดเกลือลงสู่ระดับต่ำ ความดันโลหิตสูงมักจะลดลงด้วย (Kaplan, Berton H., Cassel, Hohn C. and Gorer, Susan. 1987 : 923) ฮุสตัน (Houston, Mark C. 1994 : 179 – 185) เสนอแนะว่าการจำกัด เกลือโซเดียม เป็นการรักษาระดับแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ก็มีความเห็นเช่นเดียวกันว่า บุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงระหว่าง 90 – 105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกลือโซเดียมก่อนที่จะใช้ยา นอกจากนี้แล้วยังมีบางรายเสนอแนะว่าไม่แต่เกลือ โซเดียมเท่านั้น สัดส่วนของเกลือโซเดียมต่อโปตัสเซียม โซเดียมต่อแคลเซียม และโซเดียมต่อและ โซเดียมต่อแมกนีเซียมก็มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคได้เช่นกัน ในการศึกษาความสัมพันธ์ ของการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียม และความดันโลหิตจากประชากร ตัวอย่างชาวอิตาลีจำนวน 5,049 ราย อายุระหว่าง 20 – 59 ปี พบว่าคนที่รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเป็นประจำมีความ ดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure) ต่ำกว่าคนที่บริโภคแคลเซียมน้อย และ รับประทานไม่เป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Trevisan, et al 1988 : 1155 ; อ้างในเตือนใจ หมวกแก้ว 2540 : 40)

1.3.2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ

การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง ได้มีผู้ศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดัน โลหิตสูง เช่น เกล็ดและคนอื่นๆ (Klastsky, 1977 : 1194 ; อ้างใน จริยวัตร คมพยัคฆ์ 2537 : 27) พบว่า ความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถ้าดื่มสุราวันละ 3 เวลา หรือมากกว่าเป็น เวลานาน ซอร์เดอร์และคนอื่นๆ (Sauder, 1984 : 653 – 656) พบว่าภายหลังการดื่มสุราความดันสูง กว่าปกติ เป็นเวลาหลายวัน สโตรกส์ (Strokes, 1982 : 759 – 762 ; อ้างใน จริยวัตร คมพยัคฆ์ 2532 : 27) พบว่า แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นก็มีผู้ศึกษาในตัวอย่าง ประชากรเมืองอะคิตะและโอซากา ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 787 ราย พบว่า ความดันโลหิตสูงมี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน กล่าวคือ ในคนที่ดื่มมี ความชุกของโรค (Prevalence) ของความดันโลหิตสูงต่ำที่สุด และในคนที่ดื่ม ปริมาณ 56 – 83 กรัมต่อวัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าคนไม่ดื่ม 2 – 3 เท่า แม้แต่ในคนที่เลิกดื่ม แล้วยังมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม (Ueshima, Hiriotogo. Etal. 1984 : 586) และยังพบว่า การดื่มแล้วยังมีความดันโลหิตสูงกว่าคนไม่ดื่ม (Ueshima, Hiriotogo. Et al. 1984 : 586) และยัง พบว่าการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ ทุกวันจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้ การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลงอาจเป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแข็งหรือแตก และความดัน

โลหิตสูงขึ้น และถ้าดื่มสุราวันละ 25 – 55 กรัม จะมีผลทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น

1.3.2.4 การออกกำลังกาย

เบรน และมอลลี (Braien, Eoinand O . & Malley, Kelvin, 1983 : 66 – 67)

พบว่า การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำทั้งนี้อาจเป็นเพราะการออกกำลังกายมีการเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยการศึกษาติดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการออกกำลังกาย จะมีปริมาณของการใช้ออกซิเจนสูงสุดในร่างกายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้แล้ว การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอัตราที่ต่ำกว่ามีกิจกรรมทางร่างกายน้อยและการออกกำลังกายจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้แก่ ระดับโคเลสเตอรอล น้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงของร่างกาย ความดันโลหิตสูง สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจและระดับน้ำตาลในเลือด (Kanne, William B. et al. 1978 : 823 – 824)

1.3.2.5 อิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคม

การเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลต่อกระบวนการทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะ “ ภาวะเครียด ” นับได้ว่าเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Read, 1985 : 443) สิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเครียดที่พบบ่อยคือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับบาดเจ็บ ได้รับสารพิษและการเจ็บป่วย ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอลดรีนาลินทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงตึงกล้ามเนื้อ ดังนั้นการขจัดและผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (Griffin, L.S.& Kee,J.L.1986 : 59 – 67) ฮิรชและคนอื่นๆ (Hirsh 1981 : อ้างใน บุญญสิทธิ วีรจันทร์ 2530 : 33) รายงานว่า อารมณ์เครียดสนับสนุนให้เกิดเป็นหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ได้จากภาวะไม่สมดุลของสาร Prostaglandin คือ เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะปลดปล่อยสาร corticoid ออกมา ซึ่งจะไปมีผลยับยั้งการสังเคราะห์สาร Prostaglandin ซึ่งทำหน้าที่ขยายเส้นเลือดภายในร่างกาย (Vasodilator) ให้มีปริมาณลดลง ทำให้ความต้านทานของเส้นเลือดฝอยส่วนปลายเพิ่มขึ้น

1.3.2.6 อิทธิพลจากสิ่งอื่นๆ

สำหรับปัจจัยส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมการดำเนินชีวิต พบว่า ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับความดันโลหิต ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 9,043 ราย อายุระหว่าง 30 – 69 ปี ผลการศึกษาของโรเบิร์ตสัน และคณะ (Robertson, 1984 : 54 – 60 ; อ้างในจริยวัตร คมพักษณ์ 2532 : 29) พบว่า กาแฟอินในกาแฟมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ซึ่งหากดื่มกาแฟ 2 – 3 ถ้วยติดต่อกัน พบว่า ความดันโลหิตเพิ่มได้ถึง 4 สัปดาห์ ก็จะมีการปรับตัวและความดันโลหิตไม่สูงขึ้นอีก (เกษม วัฒนชัย 2532 : 124) มีผลการวิจัยเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับความดันโลหิต แสดงให้เห็นว่าสารนิโคตินในบุหรี่กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว และกระตุ้นหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ศึกษาความสัมพันธ์ของการดำเนินชีวิตที่แออัดและขาดการออกกำลังกายกับความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของความดันโลหิตกับคุณภาพน้ำ ลักษณะทางภูมิศาสตร์ระดับน้ำทะเล และเสียง

กริฟฟินและคี (Griffin, L.S & Kee, J.L. 1986 : 60 – 63) ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แก้ไข คือ การบริโภคอาหารเค็ม ความเครียด ความอ้วนการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว ดังนั้นความดันโลหิตจึงน่าจะควบคุมได้บางส่วน

1.4 อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อย หรือปานกลาง จะไม่มีอาการ อาการที่อาจพบได้ในผู้ป่วยมีดังนี้

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักปวดบริเวณท้ายทอย มักเป็นตอนเช้าและอาจมีอาการคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบในคนที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรง หรือความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
2. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบบ่อย แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย และอาจจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้ปกติ
3. ในบางรายอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหนื่อยง่าย เนื่องจากหัวใจทำงานเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อนอาจชักเป็นอัมพาตผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่

1.5 ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรับยาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ ความดันโลหิตสูงนานๆ มีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายมีสภาพแข็ง มีผลให้อวัยวะต่างๆเปลี่ยนแปลงเสื่อมสมรรถภาพและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การที่มีระดับความดันในเลือดนานๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังภายในหลอดเลือด ทำให้ผนังในหนาแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่นและขรุขระตัว ผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เนื่องจากการเสื่อมของชั้นกล้ามเนื้อทำให้หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตกง่าย ซึ่งถ้าเป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่อาจทำให้ป่วยตายได้ และจากการที่ผนังหลอดเลือดหนาแข็งตัว และขรุขระนี้ทำให้รูภายในหลอดเลือดตีบหรือแคบลง ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยเป็นผลให้อวัยวะส่วนปลายได้รับเลือดมาเลี้ยงไม่พอ หรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเท่านั้น เป็นผลให้เกิดความพิการและทำลายของอวัยวะต่างๆ ต่อไป (วลัย อินทรมพรรษ์ 2526 : 207)

หัวใจ จะพองโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจหนาเนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดด้านกับความดันโลหิตสูงนานเมื่อผนังหัวใจหนาขึ้น ขณะเดียวกันกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจก็จะขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจล้มเหลวได้ (โสภณ พานิชพันธ์ 2526 : 13) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนักเนื่องจากแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้เข้ากับแรงต้านที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้เกิดขึ้นต่อไปเส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่ทำงานทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ทิศทางเดิมเกิดอาการคั่งในปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ซึ่งหลายประเทศถือว่าเป็นสาเหตุของการตายที่พบมากที่สุด (สุภาพ ไบแก้ว 2525 : 51 - 52) ได้รวบรวมผลการศึกษาศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากความดันโลหิตสูงได้ดังนี้ คือ การศึกษาฟรามิงแฮม (The Framingham Study) พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 75 การศึกษาของเคนเนล และคณะพบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้เป็น 6 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

สมอง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เกิดอัมพาตหรือบางส่วนของเนื้อสมองตาย เกิดอัมพาตบางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพอง และแตกทำให้เลือดออกในสมอง แรงต้านทานในหลอดเลือดเมื่อเกิดติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการโป่งของผนังที่หลอดเลือดที่เรียกว่า เส้นเลือดโป่งพอง (Aneurysm) ซึ่งทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นอีก อาจทำ

ให้ดูมพองนี้แตกและเลือดไหลออกมาทำลายเนื้อเยื่อสมอง ถ้าสมองส่วนใหญ่ถูกทำลายจะเกิดอาการหมดสติ (Coma) อาจเสียชีวิตและเป็นอัมพาตได้ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญที่สุดที่พบได้มากที่สุดในประเทศตะวันตก หลอดเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เป็นผลมาจากความแข็งตัวของเลือดสำหรับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผิดปกติจากความดันโลหิตสูง (Hypertension Encephalopathy) มักเป็นภาวะที่เกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดเสียไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่า เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็นอัมพาตผู้ป่วยจะเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที

ไต ความดันโลหิตสูงมากเป็นมานาน อาจมีผลทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาแข็งขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตน้อย เป็นสาเหตุให้ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง ทำให้เกิดการคั่งของสารต่างๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย และถ้าคั่งอยู่ในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุด ในระยะที่เป็นรุนแรงทำให้เกิดไตวายและโลหิตเป็นพิษ เนื่องจากไตพิการและไม่สามารถขับปัสสาวะได้

ตา ความดันโลหิตสูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของจอร์รับภาพ (Retina) ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา ทำให้เรามองเห็นหลอดเลือดที่ตาจะหนาขึ้นจะมีการบิดงอมากขึ้นในรายที่เป็นรุนแรง หลอดเลือดนี้แตกมีเลือดซึมออกมาเป็นแผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพและตาบอดได้

1.6 การควบคุมความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิต และป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นการควบคุมด้วยยาหรือไม่ใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (WHO 1983 ; Mason, Shirley C. 1982 : 55 – 56) ทั้งนี้การรักษาหรือการควบคุมดังกล่าวต้องสะดวก ปลอดภัยมีประสิทธิภาพและบุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามได้ (Kochar , Mahende S.And Daniels, Linda M. 1987 : 61)

การควบคุมความดันโลหิต หมายถึง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตที่สูงลดลงมาเท่ากับหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่เกิดอันตรายใดๆ (Belan,Irene L. and Passor,Joyce y. 1985 : 363 อ้างใน จริยาวัตร คมพักษณ์) ทั้งนี้เชื่อว่า ถ้าสามารถทำให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับนี้ได้จะสามารถลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดโคโรนารีได้

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับความพอใจหรือไม่ (โสภณ พานิชพันธ์ 2526 : 187) ได้แก่

(1) **ระดับการศึกษา** ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดี และสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง จะศึกษาและทำความเข้าใจกับโรค มักจะซักถามและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไวใจและปล่อยให้เป็นที่ปรึกษาของแพทย์ผู้รักษา

(2) **ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว** สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติของสมาชิกในครอบครัวเกิดผลแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นอัมพาตหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะกระวนกระวายและต้องการที่จะรักษาเสียตั้งแต่ต้น และผู้ป่วยเหล่านี้จัดเป็นผู้ป่วยที่ดี คือ จะเชื่อคำแนะนำของแพทย์ และรับประทานยาสม่ำเสมอ แต่จะมีส่วนหนึ่งจะด้วยความไม่เข้าใจอันตรายจากโรค และหรืออาจจะมิตระหนักถึงงานผูกมัดมากก็เลยหยุดยาไปเสียเฉยๆ จะมีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่ไม่ไว้วางใจแพทย์และหยุดกินยาตั้งแต่ต้น ผู้ป่วยพวกที่หยุดยาไปเองและรอให้เกิดผลเสียจากภาวะแทรกซ้อนของโรคแล้วจึงมาปฏิบัติตามคำแนะนำบางครั้งอาจจะต้องชดใช้ความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ด้วยการเป็นทุพพลภาพหรือชดใช้ด้วยชีวิต

(3) **ระดับเศรษฐฐานะ** การรักษาความดันโลหิตสูงต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิต ย่อมต้องสิ้นเปลืองทั้งเงินและเวลา ถ้าผู้ป่วยยากจนอยู่แล้ว เวลาทำมาหากินก็ยังไม่พอ ย่อมไม่มีเวลาไม่มีเงินพอที่จะให้กับการรักษาตัว ชีวิตของผู้ป่วยพวกนี้จะสั้นกว่าที่ควร นับเป็นการสูญเสียและสิ้นเปลืองทางด้านกำลังของประเทศอย่างหนึ่ง

หลักการของการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (วลัย อินทรมพรรษ์ 2530 : 209)

- การควบคุมอาหาร
- ลดน้ำหนักลงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็น
- ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ
- หลีกเลี่ยงการปฏิบัติต่างๆ ที่อาจมีสาเหตุมาจากความเครียด
- การใช้ยา

ปัจจุบันการควบคุมความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การควบคุมโดยการให้ยา และการควบคุมโดยการไม่ใช้ยา

1.6.1 การควบคุมโดยการให้ยา (Drug Treatment)

จุดประสงค์ในการรักษาความดันโลหิตสูง คือ ต้องให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุด โดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิตเพราะเกิดอาการข้างเคียงจากการให้ยา และให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งปัจจุบันการเลือกยารักษาความดันโลหิตสูง จะเลือกตามลักษณะของคนไข้ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดัน อาการข้างเคียง และเศรษฐฐานะของผู้ป่วย

หลักการรักษา (สรเกียรติ อาษาอนุภาพ 2532 : 428)

(1) ถ้าความดันโลหิตช่วงล่างสูงไม่เกิน 110 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันช่วงบนสูงอย่างเดียวกันให้การรักษาโดยการให้คำแนะนำข้อปฏิบัติต่างๆ ให้ยาขับปัสสาวะ เช่น ไฮโดรคลอโรไทด์ (Hydrochlorothiazide) 1 เม็ด หลังอาหารเช้าเพียงวันละครั้ง และอาจให้ยากล่อมประสาท เช่น ไดอะซีแพม โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด ใจสั่น หรือนอนไม่หลับแล้ว คอยตรวจวัดความดันสัปดาห์ละครั้ง ถ้าความดันลดลงเป็นปกติให้กินยาดังกล่าวต่อไปเรื่อยๆ ถ้าไม่ลดลงให้ยาเดิมต่อไปจนครบ 4 สัปดาห์ ถ้ายังไม่ได้ผลให้เพิ่มยาลดความดัน ได้แก่ ริเซอร์พิน

(Reserpine)

(2) ถ้าความดันโลหิตช่วงล่างสูงระหว่าง 110 - 130 มิลลิเมตรปรอท ควรแนะนำ การปฏิบัติตัวและให้ยาขับปัสสาวะและยากล่อมประสาท ดังในข้อ 1

ควรเพิ่มยาลดความดันได้แก่ ยาริเซอร์พินอีกตัวหนึ่งไปด้วย เริ่มจากขนาดต่ำๆ รอดู 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลให้เพิ่มขนาด และยากล่อมประสาท โดยเพิ่มได้ทุก 2 สัปดาห์

สำหรับผู้ที่เป็ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ส่วนใหญ่จะใช้ยาดังกล่าวได้ผล ยาที่ใช้รักษาความดันควรให้ยาขับปัสสาวะเป็นตัวหลัก และอาจให้ยากล่อมประสาทถ้ามีภาวะเครียด ส่วนยาลดความดันโดยตรงถ้าใช้ริเซอร์พินไม่ได้ผล อาจเพิ่มหรือเปลี่ยนยาชนิดอื่น เช่น ไฮดรอลาซีน

(Hydralazine) เมทิลโดปา (Methyl dopa) ยาบีตาเบต้า (Beta Blocker)

การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรวมทั้งการติดตามผลการรักษาวิธีที่แน่นอนคือ การตรวจวัดความดันโลหิต จะอาศัยการสังเกตดูอาการเพียงอย่างเดียวมักไม่แน่นอน เพราะโรคนี้ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดง คนทั่วไปมักเข้าใจผิดว่า ความดันโลหิตสูงจะทำให้มีอาการปวดศีรษะ ซึ่งความจริงแล้วจะพบอาการปวดศีรษะเพียงส่วนน้อย และอาการปวดศีรษะส่วนมากเกิดจากความเครียด ไมเกรน และอื่นๆ มากกว่าความดันโลหิตสูง เหตุที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีที่พบบ่อยคือ การที่ไม่กินยาตามกำหนด จึงต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญในการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ประสิทธิภาพของยาจะลดลง ถ้ามีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นจากการกินอาหารรสเค็มมากเกินไป หรือให้ยาขับปัสสาวะไม่เพียงพอ การเสียเกลือมากเกินไปจากการให้ยาขับปัสสาวะมากๆ หรือมีการเสียเกลือทางปัสสาวะมากขึ้น เช่นในรายที่เป็นโรคไตบางชนิด

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยาและไม่ติดตามการรักษา

1. ความสัมพันธ์กับแพทย์ไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจในหลักการรักษา
2. เกิดปฏิกิริยาข้างเคียงจากการใช้ยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำไว้ก่อน
3. ต้องกินยวันละหลายครั้งทำให้ลืมได้ง่าย
4. ให้ยาที่มีราคาสูงเกินความจำเป็น

5. ไม่สะดวกในการมาตรวจเพราะเสียเวลารอนานไป สาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล

1. ได้ยาไม่เพียงพอหรือไม่กินยาตามกำหนด
 - 1.1 ขนาดยาไม่พอ
 - 1.2 ยาที่ให้ร่วมกันไม่เหมาะสม
 - 1.3 ได้รับยาอื่นที่ต้านฤทธิ์ยาลดความดัน เช่น ยากระตุ้นซิมพาเทติก ยาด้านความ
ซึมเศร้า ยาสเตียรอยด์ ยาเอสโทรเจน
 2. มีโรคอื่นร่วมอยู่ด้วย
 - 2.1 โรคไตวาย
 - 2.2 โรคหลอดเลือดแข็งไตตีบตัน
 - 2.3 ฟิโอบ्रोโมไซโคมา
 3. มีปริมาณเกิน
 - 3.1 ได้รับยาขับปัสสาวะไม่พอ
 - 3.2 กินเกลือโซเดียมเกิน
 - 3.3 เกิดน้ำคั่งจากการลดความดัน
 - 3.4 มีภาวะไตวายที่ความรุนแรงเพิ่ม
 4. ขาดปริมาณทำให้ระดับเรนนินสูงขึ้นเกินหลอดเลือดเกร็งตัว เช่น
 - 4.1 โรคไตที่เสียเกลือ
 - 4.2 ให้อาหารขับปัสสาวะมากเกินไป
- 1.6.2 การควบคุมโดยไม่ใช้ยา (Non Drug Treatment)**

แม้ว่าความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ง่ายโดยใช้ยาลดความดันแต่พบว่าผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ก็มีอยู่มากเช่นกัน เร็วๆนี้ วงการแพทย์ได้แสดงให้เห็นว่า คนที่มีแรงดันเลือดสูงกว่าปกติไม่มากนัก ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาอีกแล้ว เพียงแค่เปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และควบคุมปัจจัยบางตัวเท่านั้นก็สามารถควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (สุธรรม แผ่นดิน 2535 : 35) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของฮุสตัน (Houston, Mark C. 1994 : 179 – 185) ว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนควรใช้วิธีการนี้ก่อนที่จะใช้วิธีการควบคุมด้วยยา การควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (แอโรบิก) ควบคุมน้ำหนักตัว ปรับพฤติกรรมบริโภค และขจัดความวิตกกังวลหรือความเครียด นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มสุรา นอกจากนี้ในปัจจุบันยังได้นำ

เครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback Machine) เช่นเครื่องมือตรวจวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อควบคุมความดันโลหิตอีกด้วย ปกติถ้ามีวิธีการรักษาแบบอื่นที่ไม่ต้องใช้ยา แพทย์มักจะเลือกวิธีนั้นมากกว่า สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตโดยไม่ต้องใช้ยาได้ผลอย่างแน่นอน (สุธรรม แผ่นดิน 2535 : 36)

1. การปรับพฤติกรรมกรบริโภคหรือการควบคุมอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง ในการควบคุมความดันโลหิตสูงนั้น ควรจะเริ่มตั้งแต่อาหารบำบัดก่อนการใช้ยา อาหารดังกล่าวคือมีปริมาณของกากใยสูง แต่มีไขมันและเกลือโซเดียมต่ำ การบริโภคอาหารกากใยร่วมกับการบริโภคอาหารไขมันไม่อิ่มตัวสามารถลดความดันโลหิตสูงได้ (Rouse & Reilin 1984 : 231 ; อ้างใน จริยาวัตร คมพักษณ์) ศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัคร จำนวน 331 คน ที่มีอายุระหว่าง 25 – 44 ปี พบว่า การบริโภคผักสามารถลดความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างได้ รวมทั้งยังช่วยลดภาวะไขมันในเลือดลงได้อีกด้วย สำหรับอาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้แก่

อาหารที่มีโซเดียมมาก การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการคั่งของเกลือโซเดียม โดยมีการดูดกลับที่หลอดเลือดฝอยส่วนต้นและส่วนปลายของไตและยังเป็นการช่วยลดการคั่งของเกลือที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดความดัน มีรายงานทางระบาดวิทยาว่า ผู้ที่กินเกลือมากถึงวันละ 7 – 8 กรัม จะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่กินเกลือวันละ 3 กรัม และยังมีรายงานว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อลดเกลือในอาหารลงความดันโลหิตก็จะลดลงด้วยและพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาลดความดันโลหิต ประเภทยาขับปัสสาวะ ถ้ายังคงกินอาหารที่มีเกลือมาก ความดันโลหิตจะไม่ลดลงเท่าที่ควร (วลัย อินทัมพรชัย 2530 : 210) ดังนั้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จึงจำกัดเกลือร่วมด้วยสำหรับการจำกัดปริมาณเกลือในอาหารควรลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวันหรือประมาณ 2 กรัมต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 5.4 / 6.5 พรอท (Staessen , et al. 1989 : 319 ; อ้างใน สุรพันธ์ สิทธิสุข 2536 : 246)

การจำกัดโซเดียม หมายถึง การกำหนดปริมาณโซเดียมที่กินอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามิได้อยู่ในขั้นรุนแรง กำหนดให้ใช้เกลือในการประกอบอาหารเพียงเล็กน้อยประมาณ 5 กรัมต่อวัน หรือ 1 ช้อนชา (วลัย อินทัมพรชัย 2530 : 2) ในแต่ละวันควรรับประทานโซเดียมมาจากเกลือแคงให้น้อยกว่า 500 มิลลิกรัม หรือไม่ควรเกิน 1,000 มิลลิกรัม คือประมาณครึ่งช้อนชา

หมายเหตุ เกลือหรือโซเดียมคลอไรด์ 1,000 มิลลิกรัม มีโซเดียม 400 มิลลิกรัม เกลือแกง 1 ช้อน-
ชา จะมีโซเดียม 2,400 กรัม

อาหารตามปกติวันหนึ่งจะมีโซเดียม 2,500 – 6,000 กรัม แต่ถ้าชอบรสเค็มอาจสูงกว่านี้
มาก อาหารที่มีปริมาณโซเดียมมาก ได้แก่

- เกลือและอาหารที่มีเกลือมาก ได้แก่

อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอสชนิดต่างๆ ทั้งที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา
น้ำซีอิ้วซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือซอสที่มีหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริกซอสจิ้มอาหาร
ทอด น้ำบัวขี้ น้ำบูดู น้ำพริก ขนมอบดเคี้ยวที่มีรสเค็ม ขนมน้ำกะทิที่ใส่เกลือทอด อาหารประเภทยำ
ต่างๆ

- อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่

- อาหารตากแห้ง เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหวาน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง
เนื้อหรือหมูสวรรค์ ข้าวเกรียบ ฯลฯ

- อาหารหมักและดอง เช่น แหนม ส้มผัก กะปิ เต้าฮู้ยี้ หน้าเคียบ ปลาร้า ไตปลา
หัวไชโป๊เค็ม หมอไม้ดองเปรี้ยว ผักกาดดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า

- อาหารปรุงรสต่างๆ เช่น ใส้กรอก หมูยอ

- ผลไม้แช่อิ่มต่างๆ เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง ฯลฯ ซึ่งจะต้องแช่เกลือก่อนแช่

น้ำตาล

- ผลไม้ดองต่างๆ เช่น มะยม ฝรั่ง ฯลฯ

- อาหารสำเร็จรูปที่ทำเป็นผง เช่น โจ๊ก ข้าวต้มบรรจุซอง ชุบก้อน เครื่องแกง

สำเร็จรูปปะหมี่สำเร็จรูป

- อาหารบรรจุขวดหรือกระป๋อง

สารเคมีในการปรุงรส สำหรับอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียมนั้น มิใช่แต่เฉพาะ
เกลือแกงที่เห็นได้ชัดเจน แต่ยังมีในอาหารอื่นๆ ได้แก่ ผงชูรส (Monosodium Glutamate) ผงฟูทำ
เค้กหรือคูกี้ (Sodium Bicarbonate) สารใส้ไอศกรีมให้เหนียว (Sodium Alginate) ผงกันบูด
(Sodium Benzoate) ซึ่งใส่ในเนยแข็ง อาหารกระป๋อง น้ำอัดลม ผลไม้แห้ง สารกันเชื้อราในขนมปัง
(Sodium Propionate) และสารใส้ผลไม้กระป๋องให้มีสีเป็นธรรมชาติ (Sodium Sulfate) เป็นต้น

อาหารที่มีโซเดียมมากโดยธรรมชาติ เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ นำนม น้ำมะเขือเทศ อาหารทะเล
(ควรแช่น้ำก่อน) และผักบางชนิด (ผักคื่นหៃ ผักโขม คะน้า หัวผักกาดขาว)

ยา ยาบางชนิดมีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย เช่น ยาที่มีส่วนผสมของ โซเดียมไบคาบอ
เนต (ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ท้องร่วง ยาแก้ไอ ยาลดไข้ ยาอมบัวปาก)

อื่นๆ เช่น น้ำ น้ำที่ใช้ดื่มที่มาจากน้ำบาดาล น้ำบ่อ ก็อาจมีโซเดียมอยู่ด้วย
 ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะราย
 ที่แพทย์สั่งให้จำกัดเกลือมาก ซึ่งการจำกัดเกลือ สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา กำหนดการ
 จำกัดเกลือไว้ 3 ระดับ

1. จำกัดไม่มากนัก (Mild Restriction) โดยอนุญาตให้บริโภคเกลือวันละประมาณ
 2.5-4.5 กรัม สำหรับแหล่งของเกลือเชื่อว่าได้รับจากอาหารสำเร็จรูป โดยใช้โซเดียมเบนโซเอท เป็น
 ผงกันบูด การจำกัดเกลือในระดับนี้ ทำได้โดยงดอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋องหรือ
 อาหารสำเร็จรูปมีเกลือไม่ให้ความนำปลาก่อนบริโภค แต่อนุญาตให้ใส่ได้พอมีรสในการประกอบ
 อาหาร

2. จำกัดปานกลาง (Moderates Restriction) ให้ปริมาณวันละประมาณ 1 กรัม
 ดังนั้นต้องงดการใช้เกลือ น้ำปลา น้ำซีอิ้ว ในการประกอบอาหาร อาหารผักต้องเลือกชนิด มีเกลือ
 โซเดียมต่ำ (ผักกั้นไช่ ผักโขม กระเทียม หัวผักกาดขาว) การจำกัดเกลือในระดับนี้ต้องคำนึงถึงการใส่
 เนื้อสัตว์และนมด้วย เพราะในนมและเนื้อสัตว์โดยเฉพาะสัตว์ทะเลซึ่งมีโซเดียมสูง

3. จำกัดมาก (Strict Restriction) ให้บริโภควันละประมาณ 0.5 กรัม อาหาร
 ประเภทนี้ ใช้กำหนดในผู้ป่วยที่มีอาการบวม อาจจากโรคไต หรือภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (1.2) อาหาร
 ที่มีน้ำตาลและไขมันมาก อาหารที่มีน้ำตาล และไขมันมากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คนอ้วน
 มักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ไม่อ้วน ความอ้วนยังทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น บางครั้งที่พบว่า
 เมื่อลดน้ำหนักลงความดันโลหิตมักลดลงด้วย จากการศึกษาฟรามิงแฮม (Framingham Study) พบว่า
 ผู้ป่วยในโรคความดันโลหิตสูงถึงสองเท่า (Kochar, Mahende S. and Daniels, Linda M. 1987:100)
 การกินอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์จะทำให้มีไขมันสูงและภาวะ
 ไขมันในเลือดสูงนี้ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแข็งขรุขระ และตีบได้ง่าย ฉะนั้นแพทย์จึง
 ให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันลงมาก เพื่อควบคุมไขมันในเลือดและ
 ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่

- เนื้อสัตว์ติดมันและติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ดหรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง
 หนังหมู หนังไก่ทอดและอาหารทอด หรือผักที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว ข้าว
 เกรียบ ฯลฯ

- อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น ไข่เจียว (โดยเฉพาะไข่แดง) เนย หอยนางรม
 เครื่องในสัตว์ (ตับ, สมอ) กุ้ง ปลาซาดีน เนื้อวัว เนื้อหมู ออกไก่ น้ำมันหมู เป็นต้น

- อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก ได้แก่ ขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน ลูกอมรส
 หวาน ซ็อกโกแลต

- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์
- อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมที่ใส่กะทิ ขนมกวนกะทิ

สรุปอาหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (วลัย อินทร์มพรรย์ 2530:213)

1. อาหารผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้ามีได้อยู่ในชั้นที่รุนแรง กำหนดให้จำกัดเกลือเพียงเล็กน้อย ประมาณ 5 กรัมต่อวัน (=เกลือแกง 1 ช้อนชา) ซึ่งสามารถใช้เกลือในการประกอบอาหารได้บ้าง โดยสรุปอาหารให้มีรสอ่อนเค็ม และผู้ป่วยไม่ควรเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสอื่นๆ ขณะกินอาหารเพิ่มอีก นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ควรใช้ผงชูรสในการประกอบอาหาร และควรงดใช้อาหารหรือซอสหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสที่มีรสหวานปนเค็ม เนื้อปรุงรส และอาหารอื่นที่มีรสเค็มปรุงอยู่

2. ผู้ที่อ้วนและแพทย์ให้ลดน้ำหนัก ในการประกอบอาหารควรใช้เนื้อสัตว์ไม่ติดมันและไม่ติดหนัง และควรกินเนื้อสัตว์ตามปริมาณที่แพทย์หรือนักโภชนาการแนะนำ

3. ใช้วิธีประกอบอาหารด้วยการต้ม นึ่ง แทนการทอดหรือการทอดในน้ำมัน

4. ใช้วิธีการประกอบอาหารที่ใช้มะพร้าว กะทิ และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่เค็ม ควรใช้น้ำมันพืชที่ไม่มีกรดไลโนเลอิกมากในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันข้าวโพด (มาโซล่า) น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันดอกทานตะวัน ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม แต่ควรใช้ในปริมาณพอสมควร สำหรับผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ซึ่งมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงด้วย ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้น้ำมันพืชจำนวนมากด้วย เพราะไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นได้ เนื่องจากน้ำมันทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นน้ำมันจากพืชหรือน้ำมันจากสัตว์ 1 กรัมจะให้พลังงานเท่ากัน

5. จัดอาหารที่มีผักให้มากขึ้นทุกมื้อ อาจจะเป็นผักต้ม ผักสด ลวก หรือยำโดยไม่ใช้กะทิหรือน้ำมัน

6. รับประทานผลไม้ที่มีใยอาหารมากๆ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอ แทนขนมหวาน

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การจำกัดเค็ม เป็นการควบคุมความดันโลหิตที่ดี แต่ให้ได้ผลแน่นอนยิ่งขึ้น ให้จำกัดอาหารเค็มควบคู่ไปกับการควบคุมน้ำหนัก นั่นคือ ให้จำกัดอาหารที่มีไขมันและอาหารที่ให้พลังงานสูงอย่างอื่นด้วย นอกจากนั้น สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกำลังหรืออย่างอ่อน ถ้าไม่ได้รับประทานยา เมื่อจำกัดเกลือโซเดียม ควรเพิ่มเกลือโปแตสเซียม เพื่อไปยับยั้งกลไก Catecholamine ทำให้ความดันโลหิตลดลง

2. การควบคุมน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก

ตัวจึงต้องพยายามควบคุมให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม โดยจำกัดแคลอรี และการออกกำลังกาย พบว่า น้ำหนักตัวลดลง 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1.6/1.3 มิลลิเมตรปรอท แต่จะเห็นผลเมื่อน้ำหนักตัวลดลงไปแล้ว 4 กิโลกรัม (Smooler,1990;อ้างอิงใน สุรพันธ์ สิทธิสุข 2536:246) ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วน จะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะพบว่าเมื่อน้ำหนักตัวลดลง ความดันโลหิตจะลดลงด้วย

การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม หมายถึง การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับโครงสร้างของร่างกาย ความสูงและอายุซึ่งเหมาะสมจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี หลักการควบคุมน้ำหนักตัว ใช้หลักการโดยทั่วไป คือ ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ควรทราบถึงน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น เพื่อที่จะลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ในผู้ใหญ่โดยทั่วไป ควรใช้น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง วิธีคำนวณน้ำหนักที่ควรจะเป็นมีหลายวิธี อาจใช้ตารางส่วนสูงและน้ำหนักมาตรฐานเป็นเกณฑ์ หรือคำนวณจากค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย หรือดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) โดยใช้สูตร

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

ค่ามาตรฐานในคนปกติ จะมีค่าระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดว่าเป็นโรคอ้วน หรือมีน้ำหนักเกินดัชนีมวลกายร้อยละ 20 และถ้าดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 27 ในเพศชาย และดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 24 ในเพศหญิง ต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ไม่ควรเกิน 23.5

การมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

- การมีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับมาตรฐาน เกินร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19 ของน้ำหนักมาตรฐาน เรียกภาวะนี้ว่า การมีน้ำหนักตัวเกิน (Overweight)
- การมีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับมาตรฐานเกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานขึ้นไป เรียกภาวะนี้ว่า โรคอ้วน (Obesity)

วิธีที่ใช้ในการตัดสินภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน มีดังนี้

1. วิธีง่ายๆในการวัดความอ้วนของตนเอง เช่น

- ยืนตรงแล้วเหยียดตาลงมองหัวแม่เท้าของตนเอง ถ้าไม่สามารถมองเห็นๆได้ แปลว่าอ้วนแน่นอน
- ชั่งน้ำหนักตัวและวัดส่วนสูงแล้วเอาส่วนสูงลบด้วย 100 ในผู้ชายและลบด้วย 110 ในผู้หญิง ผลลัพธ์ที่ได้จะเป็นค่าน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น ถ้ามีน้ำหนักตัวมากกว่าที่คำนวณได้ ก็ให้สงสัยว่าน้ำหนักตัวอาจมากเกินไป

วิธีเหล่านี้เป็นวิธีง่ายๆ ค่าที่ได้อาจจะไม่ถูกต้องนัก แต่พอที่จะช่วยให้สามารถบอกอย่างคร่าวๆ ได้น้ำหนักตัวของตนเองเป็นอย่างไร

2. วิธีมาตรฐานในการตัดสินน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน

- น้ำหนักตัวเทียบกับส่วนสูง โดยชั่งน้ำหนักตัวและวัดส่วนสูงแล้วเทียบตารางผิวหนัง ตำแหน่งที่นิยมวัดกันมากคือ บริเวณไตรเซ็ป (Tricep) โดยวัดที่แขนช่วงบนกึ่งกลางระหว่างข้อศอกกับหัวไหล่ทางด้านหลัง โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า คาลิเปอร์ ที่ใช้วัดไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Caliper) นำค่าที่ได้ไปเทียบกับมาตรฐาน
- การคำนวณดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) คนบางคน เมื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของตนเองแล้ว แต่ไม่ยอมเปิดตาราง ก็อาจจะนำน้ำหนักตัวและส่วนสูงมาคำนวณหาดัชนีความหนาของร่างกาย โดยใช้สูตรดังกล่าวข้างต้น

ข้อควรปฏิบัติที่ต้องพยายามทำเพื่อเปลี่ยนนิสัยการกินอาหารสำหรับคนที่ต้องการลดน้ำหนัก ก็คือ

1. กินอาหารเฉพาะเวลาที่ควรจะมี โดยอาจกำหนดเวลาว่าตนเองจะกินอาหารที่มีมือ
2. กินอาหารช้าๆหรือหัดกินอาหารช้าๆ ให้ช้าลงกว่าที่เคย การกินอาหารช้าๆจะช่วยให้อาหารได้น้อยลง เพราะอาหารส่วนที่เริ่มกินจะถูกย่อยและดูดซึมไปบ้างแล้วนั้น จะช่วยให้ความรู้สึกหิวลดลง
3. ไม่ควรทำกิจกรรมที่เคยทำแล้วกินอาหารว่างไปด้วยกัน เช่น ถ้าเคยกินของว่างเวลาดูทีวีหรืออ่านหนังสือ ก็ควรหยุดทำกิจกรรมเหล่านั้น จะได้ไม่ต้องรู้สึกว่าจะต้องกินอาหารว่าง
4. ดักอาหารกินครั้งเดียว โดยกะปริมาณว่าจะกินเท่าใดและไม่ควรดักเพิ่มอีกแม้ว่ายังรู้สึกอร่อยถ้าสามารถปรับปรุงนิสัยการกินได้ นอกจากจะช่วยในการลดน้ำหนักอย่างง่ายขึ้นแล้วยังช่วยในการควบคุมตนเองให้อยู่ในน้ำหนักที่ควรเป็น หลังการลดน้ำหนักได้

3. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การมีกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมจากกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่ การออกกำลังกายมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนของเลือด ระบบกล้ามเนื้อและข้อ ระบบย่อยอาหารและขับถ่าย เป็นต้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อหัวใจและหลอดเลือดได้มากมาย เช่น ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลง และปรับเปลี่ยนโคเลสเตอรอลที่ไม่ดีให้เป็นโคเลสเตอรอลที่ดี (เอช.ดี.แอล) ช่วยลดการลั่งของอะดรีนาลีน เมื่อต้องเผชิญกับความตึงเครียดและยังช่วยให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจให้มากขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายชนิดใด ก็ขึ้นอยู่กับชนิดของการออกกำลังกาย ซึ่งโดยทั่วไปมีอยู่ 2 ชนิด คือ ชนิดเคลื่อนที่ (Dynamic) และชนิดอยู่กับที่ (Static)

1. การออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่หรือไอโซโทนิค (Isotonic Exercise) คือการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหดตัว แล้วทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อนั้นเปลี่ยนไป ความเครียดในตัวกล้ามเนื้อกลับเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (ความตึงตัวคงที่) พวกนี้ทั้งหมดทำงานมาก จึงต้องการออกซิเจนมากตามการเผาผลาญที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีผลทำให้ปริมาณเลือดที่ปั๊มออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในขณะเดียวกัน ความดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยมีความดันโลหิตขณะบีบตัวเพิ่มขึ้น (Systolic BP) แต่ความดันหัวใจขณะหัวใจขยายตัวไม่เปลี่ยนแปลง (Diastolic BP) ผลที่เกิดขึ้นในภายหลังที่สำคัญที่สุดคือ ทำให้ความสามารถในการทำงานของหัวใจเพิ่มมากขึ้นและทำให้ผู้นั้นออกกำลังกายได้มากขึ้นและนานขึ้น (เสก อักษรานุเคราะห์ 2534:21) ซึ่งได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะๆ การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน เป็นต้น การออกกำลังกายชนิดนี้ จะมีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายชนิดนี้ เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ เช่น แขน ขา หลัง อย่างเป็นทางการด้วยความหนัก เบา ปานกลางเป็นเวลานานพอสมควร เรียกการออกกำลังกายชนิดนี้ว่า แอโรบิก (Aerobic Exercise) โดยรวมการรำมวยจีน การแกว่งแขน กระโดดเชือก และการเดินแอโรบิกเข้าไว้ด้วยกัน

2. การออกกำลังกายแบบอยู่กับที่หรือไอโซเมตริก (Isometric Exercise) คือการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่นการยกของหนัก การเข็น การดึง การจุก การแบกหาม หรือการใช้แรงมากๆกดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง การออกกำลังกายชนิดนี้มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มขึ้นจากการทำงานจากหัวใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่วนใหญ่การออกกำลังกายมักเป็นรูปแบบผสม ไม่เป็นเฉพาะแบบใดแบบหนึ่งต่ออย่างเดียว ตัวอย่างของพวกที่เคลื่อนไหวที่มาก เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน กระเชียงเรือ เทนนิส แบดมินตัน เป็นต้น พวกที่มีการอยู่กับที่มาก เช่น ยกน้ำหนัก แบกของ ผลักหรือดันรถ ออกแรงต้านกับสิ่งของที่อยู่กับที่

เป็นต้น (เสก อักษรานุเคราะห์ 2534:21) สรุปได้ว่าการออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ มีผลทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ขยายตัวสูง ได้ทั้ง 2 อย่าง ความต้องการออกซิเจนมากที่สุดเพิ่มน้อยมาก และกล้ามเนื้อหัวใจก็ไม่ได้แข็งแรงขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่ ให้ความต้องการออกซิเจนมากที่สุดเพิ่มมากขึ้น เป็นการเพิ่มความสามารถของการทำงานของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้แข็งแรงขึ้น และที่สำคัญที่สุดคือ ทำให้ความดันขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้น (Systolic BP) แต่ความดันขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic BP) เกือบไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนที่จึงเหมาะที่จะป้องกันความดันโลหิตสูงมากกว่าแบบอยู่กับที่ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้มากๆ นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงความหนักเบาและระยะเวลาของการออกกำลังกายด้วย แนวทางและวิธีการออกกำลังกายสำหรับคนที่มีความดันเลือดสูง ควรออกกำลังกายที่ระดับของงานประมาณร้อยละ 40-70 ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ระยะเวลาในการฝึกประมาณ 20-60 นาที และความถี่หรือความบ่อยในการฝึกสัปดาห์ละ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ จึงจะเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ส่วนการออกกำลังกายแบบโยคะ เนื่องจากมีส่วนผสมของชนิดเคลื่อนที่และอยู่กับที่พอๆกัน จึงอาจมีผลในทางไม่ดีต่อความดันโลหิตได้จึงไม่แนะนำ (เสก อักษรานุเคราะห์ 2534:85) สำหรับการออกกำลังกายที่เป็นการแข่งขัน ทำให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นแล้ว ไม่ควรออกกำลังกายแบบกลั้นลมหายใจแล้วแบ่ง เช่นยกน้ำหนัก ชกเย่อ วิดพื้น (สันต์ หัตถ์รัตน์ 2535:27)

ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาป เป็นระยะเวลานานพอติดต่อกัน เพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด จึงมีผลต่อสุขภาพ 3 ประการ

1. ความหนัก คือ การออกกำลังกายให้หนักพอ เพื่อลดอัตราชีพจรสูงสุดถึง (220-อายุ) ได้ค่านำไปหารด้วย 10 เปอร์เซ็นต์ จากนั้นนำทั้งสองค่ามาลบกัน หน่วยเป็นครั้งต่อนาที
2. ความนาน คือ การออกกำลังกายให้ติดต่อกันอย่างน้อย 15-20 นาที
3. ความบ่อย คือการออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง

หลักการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย จำเป็นจะต้องมี “การวอร์มอัพ”

ก่อนการออกกำลังกาย ใช้เวลา 5-8 นาที เพื่อให้กล้ามเนื้อยืดและเตรียมพร้อมก่อนที่ร่างกายจะอ่อนแรงมากกว่าปกติ และเป็นการเพิ่มสมรรถภาพของการออกกำลังกายด้วย และภายหลังการออกกำลังกาย ก็ควรจะมี “การคูลดาวน์” ใช้เวลาประมาณ 5-8 นาที เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับสภาพจากอ่อนแรงมากมาสู่ภาวะเกือบปกติ ซึ่งหลัก 2 ประการนี้ จะช่วยป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อได้

เวลาที่ควรออกกำลังกาย

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฝึก คือ

1. ก่อนอาหาร
2. ถ้าหลังอาหารควรเว้น 2 ชั่วโมง
3. เวลาแล้วแต่ว่างหรือชอบ ถ้าออกกำลังกายกลางแจ้งควรพัก 1 ชั่วโมง ก่อนเข้านอน

ควรฝึกเวลาเดียวกัน เช่น ทุกเช้า ทุกเย็น หรือทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ หรือทุกวันอังคาร

พลหัทสดี เสาร์ ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 15-30 นาที

การปฏิบัติก่อนที่จะมีการออกกำลังกาย

1. ผู้ที่มีอายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ต้องตรวจสอบสุขภาพก่อน
2. ผู้ที่มีอาการต่อไปนี้ ไม่ว่าวัยใดก็ต้องตรวจสอบสุขภาพ
 - โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ
 - มีโรคหัวใจเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย
 - โรคเบาหวาน
 - หัวใจมีขนาดผิดปกติ เพราะมีความดันสูง
 - ความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 150-100 มิลลิเมตรปรอท
 - พักฟื้นหลังจากการล้มป่วย

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พยายามเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นการออกกำลังกายชนิดเคลื่อนที่ (Isotonic Exercise) และพิจารณาลักษณะการทำงานที่เหมาะสมกับวัย และสภาพพื้นที่ ซึ่งวิธีการออกกำลังกายที่ได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้แก่

1. การบริหาร
2. การเดินเร็วเพื่อสุขภาพ

4. การผ่อนคลายความเครียด

ภาวะความเครียดมีผลทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบตัน เพิ่มความต้านทานหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ภาวะเครียดส่วนมากไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การใช้เทคนิคการคลายกล้ามเนื้อและการทำสมาธิ หรือปฏิกิริยาย้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นต้น การฝึกผ่อนคลายและการทำสมาธิ มีผลต่อระบบประสาท ช่วยลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายทำให้อัตราเผาผลาญในร่างกาย

ลดลง ลดอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อและลดการหดตัวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวลาดรีเคิล ลดความดันโลหิตทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว และเพิ่มคลื่นไฟฟ้าแอลฟาในสมอง (Pender, N.G. 1987:779; อ้างอิง สุรางค์ เปรื่องเดช 2533:14)

วิธีการผ่อนคลายและจัดการความเครียด มีหลายวิธี ดังนี้

1. การนอนหลับเป็นวิธีธรรมชาติที่ดีที่สุด เพราะการนอนหลับอยู่ภายใต้การควบคุมของศูนย์ประสาท ซึ่งอยู่ในสมอง การนอนหลับจะเกิดขึ้นเมื่อกกล้ามเนื้อมีการเหน็ดเหนื่อยต้องพัก การนอนหลับจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ หัวใจเต้นช้าลง 10 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจช้าลงประมาณ 4 ครั้ง/นาที ความดันลดลงมีเหงื่อมากขึ้น การสร้างไกลโคเจน (Glycogen) เกิดขึ้นที่ตับ อุณหภูมิของร่างกายลดลง 1 องศาเซลเซียส และขบวนการไฟฟ้าในเปลือกสมองลดลง จึงเห็นได้ว่าการนอนหลับมีผลทำให้การทำงานของร่างกายลดลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย

2. การรู้จักการใช้เวลาอย่างฉลาด ควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมง ออกเป็น 3 ส่วน หรือ 8 ชั่วโมงแรก หมายถึงการทำงาน 8 ชั่วโมงที่สอง หมายถึงการนอนหลับ และ 8 ชั่วโมงที่สาม หมายถึงการออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การรับประทานอาหาร การหาความสนุกเพลิดเพลิน โดยไม่พยายามหมกมุ่น หรือรีบเร่งกับการทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไป

3. การพักผ่อนหย่อนใจและการออกกำลังกาย ผู้ที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นการรักษาความสมดุลของอารมณ์ ทำให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดได้มาก

4. หลีกเลียงจากการวิจารณ์คนอื่น เพราะการวิจารณ์นั้นไม่ว่าจะจริงหรือเท็จ ย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้นในตนเองได้

5. การทำโยคะ และการทำสมาธิ เป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อีกวิธีหนึ่ง

6. วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากอบสัน (Jacobson) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ โดยอธิบายว่า ความตึงเครียดที่เหลืออยู่จะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว หรือมีอาการหดตัว และจะมีการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นเล็กน้อย เช่น เกิดปฏิกิริยาสะท้อนทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้พัก จากอบสันจึงได้คิดวิธีลดความเครียดที่เหลือภายในร่างกาย เรียกว่าการผ่อนคลายแบบก้าวหน้า (Progressive Relaxation) คือการปล่อยกล้ามเนื้อไปตามธรรมชาติ แล้วเกร็งกล้ามเนื้อและปล่อยตัวทีละส่วน บริเวณกล้ามเนื้อขา แขน ไหล่ และหน้า การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะแห่งนี้เป็นการกระตุ้นให้ประสาทแรงขึ้นและคลายตัว วิธีการมีคุณค่าในการปรับตัวต่อภายใต้ความเครียดที่ยังไม่แสดงอาการได้

5. การเลิกสูบบุหรี่

ผู้ที่สูบบุหรี่ครั้งแรก จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้บ้าง เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ กระตุ้นประสาทซิมพาเทติกหลังสารเคทีโคลามีนซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจและทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต(Puddy, 1985 : 438; อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2532; 41) แต่ผู้ที่เป็่นนักสูบบุหรี่ประจำ แต่กลับพบว่าเมื่อเลิกสูบบุหรี่ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เพราะผู้ป่วย น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Friedman & Deveine 1980: อ้างใน เกษม วัฒนชัย, 2531 : 123) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีความโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด

6. การเริ่มดื่มสุรา

ผู้ที่เริ่มดื่มสุราจัดในขนาด 2-32 ออนซ์ต่อวัน พบว่ามีอุบัติการณ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น(กวี เจริญลาภ 2536 : 493) ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแม้จะไม่ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงความดันโลหิตก็ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พุดดี และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความดันโลหิตที่เป็นนักดื่มหากให้หยุดดื่มระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อยๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมถึงน้ำหนักตัวยังลดอีกด้วย (Puddy, et al. 1987 : 647; อ้างใน สุรางค์ เบื้องเดช, 2533 : 14) นอกจากนี้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ยา อีกด้วย ดังนั้นความดันโลหิตสูงจึงไม่ควรดื่มสุรา ,

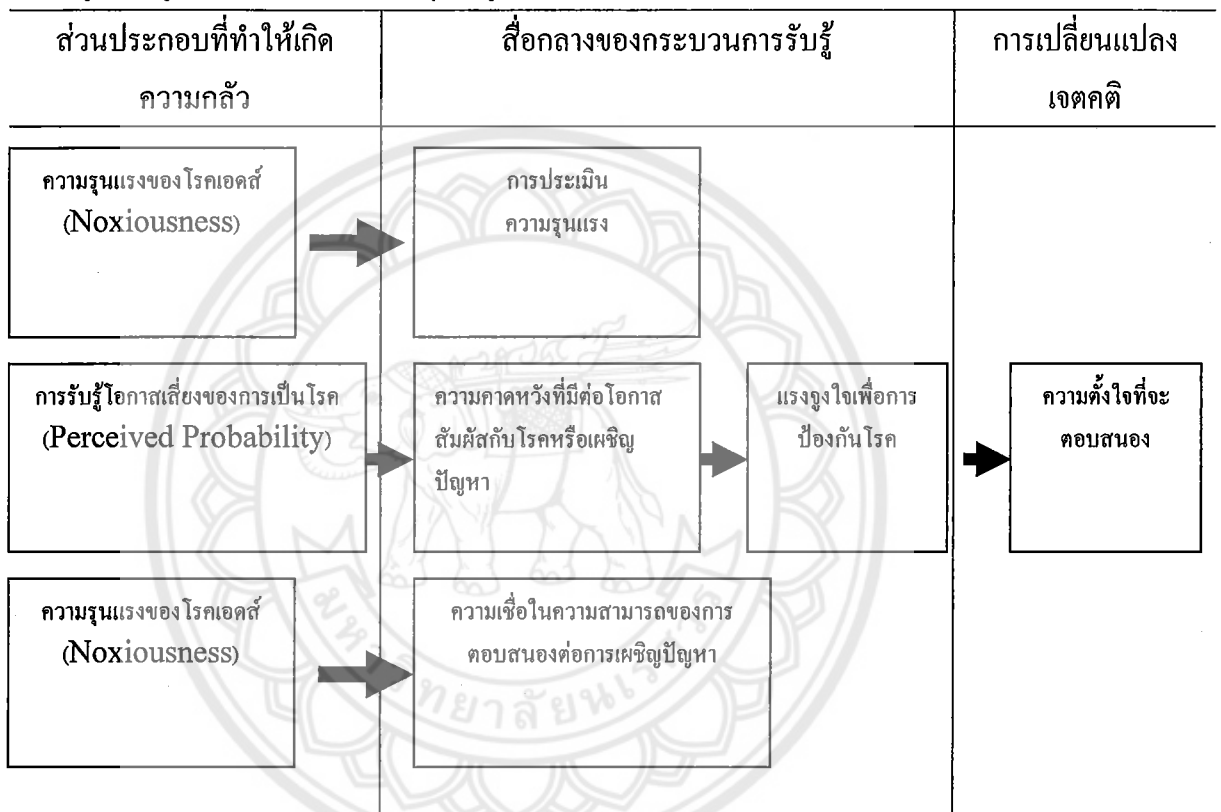
ส่วนที่ 2 ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่นำมาใช้ในการวิจัย

2.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers's Protection Motivation Theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจที่ป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1975 โดย โรนัลด์ดับบริว โรเจอร์ (Ronald, W.Roger. 1992 : 25)ต่อมาได้ถูกปรับปรุงแก้ไขใหม่และนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเริ่มจากการนำความกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้ โดยเน้นความสำคัญร่วมกันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือ การรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดความรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้จะเป็นตัวเชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการโรคนี้นั้นเกี่ยวกับการประเมินรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่สื่อสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากสื่อกลางที่ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งขึ้นอยู่กับ จำนวนของสื่อที่นำมากระตุ้น ในการตรวจสอบการ

ประเมินการรับรู้ โรเจอร์ (Ronald, W. Roger. 1992:25) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 รูปแบบดั้งเดิมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Roger, 1975)



ความรุนแรงของโรค สามารถพัฒนาได้จากการรู้ว่า ถ้ากระทำหรือไม่กระทำ พฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสาร ที่ คุณภาพต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต โดยทั่วไป ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูง จะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้มากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย (Ronald, W. Roger. 1992:26-27) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ให้เกิดกลัวสูงอาจไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดดเด่นขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของการเป็นโรคดีกว่ากระตุ้นตามปกติและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้ ซึ่งในการตรวจสอบองค์ประกอบเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับสูง พบว่ามีผลต่อความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา ช่วยให้อารมณ์แข็งแรง และทำให้ไม่เกิดอันตราย ผลการศึกษาที่สำคัญ พบว่า นักเรียนที่

ได้รับ การสอนสุขศึกษาสามารถดูแลสุขภาพหริ้ได้เพิ่มมากขึ้น และลดความผิดพลาดจากการขับชี่ ยานพาหนะ

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Probability) จะใช้การสื่อสาร โดยการ ชูที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง เช่น ศูนย์ป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ในนิวยอร์ก ได้นำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะลดพฤติกรรมที่ เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ โดยกล่าวว่า จากการตรวจเลือดของชายรักร่วมเพศและชายรักรสองเพศ พบว่า 1 ใน 4 คนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เพื่อหวังให้ประชาชนมีความตื่นตัว ว่าตนเองอยู่ในภาวะ เสี่ยงต่อการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ยังไม่ใช่วิธีแนวทางที่จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการ เป็นโรค (Ronald,W.Roger.1992:28) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้คนมีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ การตรวจสอบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสามารถทำได้ เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบคำถามในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการ เป็นโรคสูง และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต่ำ ตัวอย่างเช่น ให้ผู้สูบบุหรี่อ่านบทความเรื่อง การสูบ บุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหัวใจ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูบบุหรี่ส่วนมากมีความหวังว่าตน สามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะลดและเลิกสูบบุหรี่ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ การใช้แบบทดสอบเพื่อตรวจสอบตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือแบบทดสอบนั้นไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง (Ronald,W.Roger.1992:29-30) เนื่องจากผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะไม่ยอมปฏิบัติตาม คำแนะนำเสมอไป ดังตัวอย่างเช่น ภายหลังจากผู้ที่สูบบุหรี่จัด ได้รับการกระตุ้นในระดับสูงเพื่อให้ เลิกสูบบุหรี่ ก็ยังคงหลีกเลี่ยงไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ การส่งผลตรวจฉายเอกซเรย์ ในทาง กลับกันการเอาใจใส่สนับสนุนให้ผู้สูบบุหรี่คำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ จะทำให้บุคคลนั้น ลดจำนวนมวนที่สูบบุหรี่ลงได้ ซึ่งจะทำให้เป็นโรคมะเร็งปอดน้อยลง

การทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงร่วมกับ ผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหาคำตอบกันอีก ต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง จะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เช่น เพิ่มการสูบบุหรี่มากขึ้น (Ronald,W.Roger.1992:30) เพราะอาจทำ ให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ ถ้าบุคคลพยายามที่จะปฏิเสธการรับรู้ของตนว่าเขาไม่สามารถปฏิบัติ ตามคำขูนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสียในทางกลับกัน ถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติ จะทำให้ ความตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามมีมากเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการใช้แบบสอบถามซึ่ง ผู้ตอบจะ

ให้ค่าความรู้สึกตามข้อความที่กำหนดไว้ในแบบสอบถามนั้นยังเป็นที่ต้องทำการศึกษาต่อไป ว่า จะสามารถคาดคะเนการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่างได้หรือไม่

ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response Efficacy) กระทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ โดยการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้น จากผลการวิจัยพบว่า การที่บุคคลทราบถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรนี้ได้มีการทดสอบว่า จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ จากการศึกษาของ แมคคูดซ์ และโรเจอร์ (Ronald,W.Roger.1992:31) พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำ โดยบอกถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการงดสูบบุหรี่ ก็ช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและโรคปอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตั้งใจที่จะหยุดสูบบุหรี่ แนะนำไปสู่ความตั้งใจในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเพิ่มความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นร่วมกับความตั้งใจจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Ronald,W.Roger.1992:31-32) โดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคามสุขภาพอย่างรุนแรงและไม่มีวิธีใดที่จะลดความคุกคามนั้นลงได้ อาจทำให้บุคคลที่ขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำจะทำให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงจะมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น

จากองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความกลัว ทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นมิติเดียวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Susceptibility) การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดอันตรายต่อสุขภาพ (Perceived Barriers) ซึ่งต่อมา แมคคูดซ์ และโรเจอร์ (Ronald,W.Roger.1992:25) ได้เพิ่มตัวแปรอีก 1 ตัวแปร คือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Expectancy) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรคพื้นฐานมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองแบบนดูรา (Bandura,A. 1997:191-215) เขาเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเกิดขึ้นจากความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่มีต่อทางเลือกนั้นๆ ซึ่งการสร้าง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ที่จะเลือกทางเลือกดังกล่าว กระทำได้หลายวิธีเช่น การเลียนแบบ การเรียนรู้หรือการสอนด้วยการพูดความสามารถของตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูง และเป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำโดยแท้จริง แต่ต่างจากตัวแปรอื่นๆ

ซึ่งมีลักษณะของข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ และไม่ได้คำนึงถึงการส่งเสริมความสามารถของบุคคลที่จะนำมาปฏิบัติตามคำแนะนำ การทดลองที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่นำมาใช้ในการป้องกันโรค จากกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน พบว่าผู้ที่มีอำนาจในตน จะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตนเองแต่ละบุคคล และมีการแสวงหาข้อมูลหรือ ข่าวสารในการปฏิบัติตนที่จะป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่ออำนาจในตน จึงมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง ในการตรวจสอบองค์ประกอบความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โรเจอร์ (Ronald,W.Roger.1992:34) ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเชื่อว่าการลดหรือการเลิกสูบบุหรี่สามารถทำได้โดยง่าย คือมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงหรือกระทำได้ง่ายมาก คือ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ ผลการทดลองพบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีผลสูงสุด ต่อความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ เขาก็สามารถเลิกได้ง่าย ค่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติตามจึงมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง บิคก์ และ เลาต์ (Ronald,W.Roger.1992:34) พบว่า ความสามารถของบุคคล เป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนทางด้านสุขภาพต่ำ และกลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพสูง หากทำให้เกิดความเครียดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำ จะมีแนวโน้ม ให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อสูง ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ จะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่การขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติ จะเป็นการขัดขวางแรงจูงใจต่อการปฏิบัติอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นประสิทธิผลของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร จึงมิได้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำใ้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น หากแต่บุคคลต้องมีความคาดหวังว่าเขาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

ตัวแปรที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง โดยทั่วไปในการยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์ และสามารถปฏิบัติตามได้ (Ronald,W.Roger.1992:35) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง พบดังนี้ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามสูงและผลดีของการปฏิบัติามีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในทางกลับกัน ถ้าความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำมีน้อย ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะลดน้อยลงไปด้วย เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น และกรณีที่ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง

ต่ำ แต่ผลดีของการปฏิบัติตามมีสูง เช่น การบอกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกามโรคว่าสามารถรักษาได้ โดยที่เขาอาจไม่คิดเชื่อกามโรคอีกก็อาจจะส่งผลให้เขามีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา

จากวัฒนธรรมของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค Roger ได้พยายามปรับปรุง โดยนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ในความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มาสรุปเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal)

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal)

กระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อมการพูด ชักชวนการเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะบุคลิกภาพหรือประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคที่ได้รับการพัฒนา (Roger,1983)

แหล่งข้อมูล ข่าวสาร	สื่อกลางของกระบวนการรับรู้				รูปแบบการเผชิญ ปัญหา
สิ่งแวดล้อม	ปัจจัยความรู้ที่ตอบสนองที่เป็นไปได้				การปฏิบัติหรือ การไม่ปฏิบัติ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่.....
การพูด	เพิ่ม		ลด		
ชักชวน	การตอบสนอง ต่อการปรับตัว ที่ไม่เหมาะสม	รางวัลภายใน รางวัลภายนอก	การรับรู้ใน ความรุนแรง	การประเมิน อันตราย	
การเรียนรู้จาก การสังเกต	แรงจูงใจเพื่อการ ป้องกัน				
ลักษณะของ บุคคล					
บุคลิกภาพ	การ ตอบสนอง ต่อการ ปรับตัวที่ เหมาะสม	ความสามารถใน การตอบสนอง ความสามารถ ของตนเอง	ค่าใช้จ่ายใน การตอบสนอง	การประเมิน การเผชิญ ปัญหา	
ประสบการณ์					

ที่มา : Ronald W.Roger.health Education Research. Volume no3 (1986):55

การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยความรู้ 2 ลักษณะ คือการรับรู้ในความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมมีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวตอบสนองและมีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เช่น การรัดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และอาจเกิดการปรับตัวตอบสนองหรือเกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบที่พึงประสงค์ 5 แบบ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความเชื่อในโชคชะตา การหลีกเลี่ยง ความเชื่อและความคิดฟุ้งหลวมๆ แล้งๆ เช่น การไม่รัดเข็มขัดนิรภัยการเริ่มต้นสูบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็คือความพอใจตนเอง และความพึงพอใจภายนอก เช่น การเป็นที่ยอมรับของสังคม

การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยความรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response Efficacy) และการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self Efficacy) ในการที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายให้สำเร็จได้ (Roger 1986 : 155) และเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ แต่สิ่งที่ทำให้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองลดลง คือ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความไม่น่าชื่นชม ความยากลำบากความสับสนยุ่งยาก อาการแทรกซ้อน และความไม่สอดคล้องในการดำเนินชีวิต (Roger 1986 : 153-16)

ปฏิสัมพันธ์ในการรวมกันของกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหา จะเกิดตัวแปรแทรกขึ้นมาคือ แรงจูงใจที่ทำพฤติกรรมซึ่งการวัดแรงจูงใจนี้ใช้วิธีการตามทฤษฎีของ Fishbein คือ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และความตั้งใจจะเป็นเครื่องทำนายอย่างแม่นยำ ถ้าได้รับการวัดในระดับความเฉพาะเจาะจงในระดับเดียวกัน ความตั้งใจมั่นคงและพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองและการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการสร้างความตั้งใจซึ่งความตั้งใจนี้จะแก้ปัญหาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องพยายามสร้างให้เกิดขึ้น และรักษาความตั้งใจนั้นไว้ให้มั่นคง

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองมีความสำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ถ้าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อเกิดโรคสูงและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงด้วยก็จะมีผลเพิ่มความตั้งใจในทางกลับกันถ้าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง แต่การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ

การตอบสนองต่ำก็จะลดความตั้งใจลง บุคคลจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถป้องกันตนเองได้ใน 2 กรณี ถ้าผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาที่มีอยู่ไม่มีประสิทธิภาพและถ้าเขาเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะตอบสนอง ต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ ก็จะต้องเพิ่มการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนให้สูงจึงจะเพิ่มความตั้งใจขึ้นอย่างไรก็ดี ความตั้งใจจะสูงเมื่อบุคคลมีทั้งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนสูง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองสูง

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันนี้มีความเชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้อาจทำได้ดีที่สุดเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. เชื่อว่าการตอบสนองโดยการปรับตัวเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะกำจัดอันตรายนั้น
4. บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่ถึงประสงค์นั้นมีน้อย
6. อุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ในการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความรุนแรงของโรค เชื่อในการเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อในผลลัพธ์ของพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและเมื่ออิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง ได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้ของทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิธีการทางการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูง รับรู้ในความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มองเห็นประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีความตั้งใจมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการเพิ่มความสามารถของตน และเพิ่มความสามารถของตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่องเพราะจะต้องสร้างให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนให้ได้ก่อน บุคคลจึงสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

2.2 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับความสนใจและพัฒนาขึ้นมาใช้ในระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้ การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในระบบบริการสุขภาพนั้น อาศัยแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญประการหนึ่งที่พบว่า มีผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ทั้งทางตรงและโดยอ้อม คือผลโดยตรงแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม ผลทางด้านจิตใจนี้ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine System) และระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System) ทำงานได้ดีขึ้นโดยทางอ้อมแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาของความเครียดที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ทำงานตามปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายทางสังคมที่ทีมสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาล นักส่งเสริมสุขภาพ นักสุขภาพศึกษา สามารถนำหรือจัดตั้งขึ้น เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้ตามวิธีการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งก็พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้เหตุผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง และจะให้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟูสภาพ โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะปัญหา อย่างเดียวมารวมกัน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆกันหรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีการขึ้นตอนที่น่านอนเป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มโดยมี แนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึกร่วมให้ข้อมูลข่าวสารและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ประสบการณ์แต่ละคนเคยได้รับและแก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่างๆ มาแล้วมาร่วมอภิปรายให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ยึดตามแนวคิดที่ว่าบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤตมาแล้วจะเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อม หรือสังคมที่ไม่แตกต่างกันนัก

รูปแบบการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ สมาชิกที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่คล้ายคลึงกันจะมีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมกัน สมาชิกทุกคนมีบทบาทเป็นผู้ให้และผู้รับการช่วยเหลือและกระบวนการกลุ่ม จะเป็นแบบไม่หยุดนิ่ง และมีปฏิริยาสัมพันธ์กันตลอดเวลาจึงเรียกการมีปฏิริยาสัมพันธ์ลักษณะนี้ว่า ปฏิริยาสัมพันธ์แบบเพื่อน (Peer Relationship)

ความแตกต่างระหว่างกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มจิตบำบัดอื่น

ลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างกับจิตบำบัดหรือกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ คือ

1. เป็นกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีลักษณะมีปัญหาคล้ายคลึงกัน
2. กิจกรรมต่างๆ ทั้งการริเริ่มจัดตั้งดำเนินการ กระทำโดยสมาชิกของกลุ่มเอง หรือองค์กร บุคลากร โรงพยาบาลเป็นสื่อกลาง ประสานงาน จัดตั้งกลุ่มและให้ช่วยเหลือในระยะเริ่มต้น (สุริย์ จันทร์ โมลี 2543 : 91)
3. การทำงานของกลุ่มอาศัยหลักที่ว่าสมาชิกผู้ที่มีประสบการณ์หรือปัญหาและผ่านปัญหานั้นมาแล้วถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้มีความรู้จากประสบการณ์ตรงจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกใหม่ ซึ่งบทบาทนี้ไม่สามารถทำได้โดยนักวิชาชีพ สมาชิกครอบครัวและเพื่อน

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีวัตถุประสงค์เฉพาะของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ได้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่ก่อทวนชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด
2. ให้กำลังใจกันเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริงกล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรค หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามิใช่ตนเพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่นๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน หรืออาจมากกว่า
3. ช่วยให้ผู้สมาชิกปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้
4. สร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคมด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยมีใจเป็นผู้รับฝ่ายเดียว
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกัน

หรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา กลุ่มลดความอ้วน

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองอาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการรวมกลุ่มเพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาปัญหาระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของแพทย์ พยาบาล นักส่งเสริมสุขภาพ นักสุขภาพ เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน ให้สมาชิกของกลุ่ม ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อนและสามารถเอาชนะปัญหาต่างๆ ได้ เป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบแต่แบ่งเป็น 2 วิธี ใหญ่ๆ คือ แบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ

1. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นแบบเป็นทางการ จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำกรมการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการตั้งชื่อกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่คนทั่วไปเข้าใจถึงชนิดของกลุ่มได้ ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะนี้ ได้แก่ กลุ่มไชยานอนหลับ (Narcotics Anonymous) กลุ่มติดสุรา (Alcoholic Anonymous) เป็นต้น

2. กลุ่มจัดที่ตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ จะมีลักษณะและโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกลุ่มที่มารวมตัวทางสังคม หรือกลุ่มเล็กๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่มีต่อความเจ็บปวด ความก้าวหน้าของโรค และผลดีที่จะตามมา ตัวอย่างของกลุ่มที่ตั้งขึ้นไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Typology of Self help Group)

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กานอร์และเรสแมน (Gartner and Ressler 1976 อ้างใน สุริย์จันทร์ โมลิ 2543: 93-94) ได้แบ่งลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. เป็นกลุ่มรวมตัวกันเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มเพื่อการปรับตัว เช่น หลังบริการรักษาโรค หรือหลังร่วมกิจกรรม เช่น United Ostomy Association และ Fraternity of The Wooden Leg

2. กลุ่มรวมตัวจัดตั้งกลุ่มภายใต้แนวความคิด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Behavioral modification) เช่น ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเฝ้าระวังน้ำหนักตัวเอง ผู้เลิกสูบบุหรี่เฝ้าระวังพฤติกรรมของตัวเองของกลุ่มไม่ให้กลับไปสูบบุหรี่

3. การรวมตัวกันของกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคหืด โรคถุงลมโป่งพอง โรคข้อเข่า การรวมตัวจัดตั้งสมาคมโรคหัวใจ สมาคมโรคเบาหวาน สมาคมผู้ไร้กล่องเสียง โรคซึ่งจะต้องมีการติดตามรับการรักษาดูแลสุขภาพตัวเองอย่างต่อเนื่อง

4. การรวมตัวของกลุ่มเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นหาผู้เป็นโรค (Case Finding) การตรวจสุขภาพประจำปีการตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งเต้านม การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การวิ่งเพื่อสุขภาพ จัดให้มีสโมสรว่ายน้ำ รวมทั้งฝึกคลายเครียด การฝึกสมาธิ เป็นต้น

Gartner และ Riesman ได้กล่าวถึงกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง หรือ sub group ที่เกี่ยวข้องกับทั้ง 4 กลุ่มที่ควรจะเข้ามาร่วมกิจกรรมในบางโอกาสหรือตลอดกิจกรรม เช่น กลุ่มผู้ปกครอง คู่ครอง บุตร กลุ่มเพื่อน เพื่อจะเป็นกลุ่มช่วยสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เพื่อจะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้กำลังใจแก่กลุ่มผู้ช่วยเหลือตนเอง

บทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ ความชำนาญที่สามารถช่วยให้กลุ่มได้รับกิจกรรมให้บรรลุความต้องการของสมาชิกในกลุ่มได้
2. ในฐานะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในช่วงแรกของการตั้งกลุ่ม สามารถช่วยผลักดันให้สมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยเริ่มต้นดำเนินงานในสิ่งที่สามารถทำได้ด้วยตัวเองไปก่อน
3. ทำงานในฐานะเป็นที่ปรึกษาช่วยให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้มีการคัดเลือกแต่งตั้งผู้นำกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกเข้าใจกระบวนการทำงานกลุ่ม การแก้ไขปัญหาโดยกลุ่มเทคนิคดำเนินงาน
4. ในฐานะเป็นผู้จัดการในการแสวงหาความช่วยเหลือจากกลุ่มและจากองค์กรภายนอกชุมชน
5. ในฐานะเป็นผู้ฝึกอบรมช่วยสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการพัฒนาบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และมีทักษะในการแก้ปัญหา นอกจากนั้นยังช่วยกลุ่มในการอธิบายและตอบคำถามมากมายในช่วงแรกของการจัดตั้งกลุ่ม การเตรียมงาน การพิจารณาดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และการประเมินผลงาน

ขั้นตอนการเตรียมกลุ่ม

กระบวนการดำเนินการรวมกลุ่มจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม โดยทั่วไปอาจมีขั้นต่าง ๆ ที่ควรคำนึงและเตรียมความพร้อมของกลุ่มดังนี้

ขั้นที่ 1 การรวมกลุ่มครั้งแรกมีความสำคัญอย่างมาก ควรจะมีความเตรียมการในเรื่องสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก จึงต้องมีการเตรียมงานเตรียมการประสานงาน ติดต่อให้สมาชิกมาร่วมประชุม วาระการประชุม การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Peer Helping Relationships) ให้สมาชิกกลุ่มทดแทนความรู้สึกกัน สิ่งที่สมาชิกจะได้จากกลุ่มและให้กลุ่ม แนวคิดในการรวมกลุ่ม

ขั้นที่ 2 ประเด็นที่จะอภิปรายควรปรึกษาหารือ ทำความตกลงกันในเรื่องจุดหมายของกลุ่ม โครงสร้าง นโยบาย การบริการกลุ่ม การคัดเลือกผู้นำ คณะกรรมการ วิธีการเลือกบทบาทหน้าที่ วิธีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในกลุ่มแบบใดเขียนจดหมายส่ง Postcard โทรทัศน์ ความถี่ในการติดต่อ การลงทะเบียนประวัติสมาชิกกลุ่ม งบประมาณ ความช่วยเหลือ การเตรียมผู้นำกลุ่มถ้ายังไม่มีก็ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการไปก่อน

ขั้นที่ 3 สำรวจปัญหาของกลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไข การตัดสินใจให้แน่นอนในการพบกัน กำหนดวัน เวลา สถานที่ เมื่อไร อย่างไร วางแผนร่วมกันในเรื่องอะไร คอยสังเกตว่าสมาชิกบางคนอาจไม่ต้องการที่จะติดต่อกับใคร เนื่องจากมีข้อจำกัดส่วนตัว เช่นปัญหาการช่วยเหลือตนเองบ้านไกล เดินทางลำบาก ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว มีธุรกิจต้องทำ ไม่มีเงินกลัวเสียเงิน เน้นให้สมาชิกได้เข้าใจในการพบกัน การรวมกลุ่มแต่ละครั้งเป็นเรื่องของความสมัครใจ อาสาสมัคร เป็นความพอใจที่จะมาพบกัน ถ้าพบว่าสมาชิกบางคนยังลังเลที่จะรวมกลุ่ม หรือขาดข้อมูลบางอย่าง ไม่เข้าใจกระบวนการ เปิดให้มีการอภิปรายออกความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไข ร่วมกันสมาชิกไม่ควรเสียค่าใช้จ่ายถ้าเป็นไปได้ สร้างบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม ความเป็นกันเองความไว้วางใจกัน ความซื่อสัตย์ เปิดเผย ช่วยเหลือกัน

ขั้นที่ 4 ให้สมาชิกได้รับรู้ผลประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม อาจเป็นความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ในการแก้ปัญหาดูแลสุขภาพตนเอง ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ เครื่องมือการบริหาร สวัสดิการ สิทธิ ความสบายใจ ความเข้าใจ ความพอใจ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำอย่างไร (Acting as Peer Support) ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการทางแพทย์ พยาบาล มีแหล่งประโยชน์ที่ได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง เช่น การได้รับคำปรึกษา แนวทางการแก้ไขปัญหา กิจกรรมพิเศษต่างๆ การตรวจสอบตัวเอง

ขั้นที่ 5 การติดตามผล การต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับในด้านต่างๆ เช่นการแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจ การได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มทำอะไรได้ ทำตัวให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือกลุ่ม ช่วยเหลือสังคมอะไรบ้าง ได้เพื่อนใหม่ สุขภาพดีขึ้น ให้ค่าตัวเองเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกและประสบการณ์เพิ่มขึ้น ได้พัฒนาความสามารถตัวเองด้านใดบ้าง ได้ช่วยเหลือสังคม เป็นผู้ให้และผู้รับ ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดบ้าง

ขั้นที่ 6 วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานของกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนากลุ่ม การหาสมาชิก

ประโยชน์การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่ม SHG ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในกลุ่ม คนรอบข้าง ถ้ากลุ่มรวมกันได้ดีมีผลผลิตมีพลังกลุ่ม กลุ่มมีศักยภาพ ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. เป็นการรวมพลังกลุ่มของผู้มีปัญหาเดียวกันที่มีความทุกข์ ความไม่สบายใจไม่มีทางออก การรวมตัวกันทำให้รับรู้ว่าคุณที่มีปัญหาเดียวกันมาก มีเพื่อนซึ่งประสบชะตากรรมเดียวกันได้รับความเห็นใจเข้าใจซึ่งกันและกัน ตระหนักถึงความสำคัญของการรวมกลุ่มการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตัวเองดีขึ้น

2. ได้เห็นรูปแบบตัวอย่าง Role Model ของสมาชิกในการปฏิบัติตัวที่ดีในการแก้ปัญหาได้แนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้

3. บุคคลมีโอกาสดำเนินการระบายความรู้สึก (Expression) ความเครียด ความอึดอัด ความกลัว ความคับข้องใจ โดยจัดให้กลุ่มมีบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ เปิดเผยกันเองมีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดของสมาชิก รับฟังปัญหาที่คล้ายกับตัวเอง

4. ขจัดปมด้อยเพื่อนับถือตัวเองมากขึ้น (Self-Esteem) สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตัวเอง (Empowerment) สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตัวเองมาก

5. สมาชิกยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางเหมาะสมมากขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีขึ้น มีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพของตัวเอง (Potential) ในการดูแลสุขภาพตัวเอง

6. สร้างเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตัวเองทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ

7. กลุ่มมีศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร เป็นแหล่งข้อมูล แหล่งรวมจิตใจแก้ปัญหา รวมกันเป็นศูนย์กลางของผู้ที่มีปัญหาเดียวกัน

2.3 แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

คำว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ Empowerment มาจากภาษาลาตินว่า “petere” ที่แปลว่า มีความสามารถ em เป็นคำนำหน้าทีแปลว่า เป็นเหตุให้ หรือ ทำให้เกิดด้วย ซึ่งตามความหมายของ em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย “ment” หมายถึงผลลัพธ์ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือการกระทำที่เกิดขึ้น

ดังนั้น Empowerment น่าจะหมายถึง กระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะสิ่งที่มีอยู่ภายในเองในการควบคุม จัดการ สร้างอิทธิพลกับตนเองและสังคมรอบข้างอันจะส่งผลให้เป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง

ในสาขาจิตวิทยาสังคม Rapport ได้นิยามการสร้างเสริมอำนาจไว้ว่า คือการมุ่งที่จะสร้างเสริมความเป็นไปได้ของบุคคลในการที่จะควบคุมชีวิตตนเอง อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการทำนาย ควบคุม และการมีส่วนร่วมกับสังคมและสิ่งแวดล้อมแล้วทำให้เกิดผลเป็นรูปธรรมขึ้น

ดังนั้น การสร้างเสริมพลังอำนาจหมายถึงกระบวนการที่เอื้อให้บุคคลและชุมชนมีอำนาจที่จะนำเอาอำนาจไปดำเนินการต่อเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อม

Rapport ได้เสนอแนวคิดเรื่องพลังอำนาจทางจิตวิทยาว่าเป็นการมองความเชื่อของบุคคลที่มีความสามารถ ศักยภาพของตนเอง และต่อการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในเชิงการเข้าร่วมไปควบคุม จัดการสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในชุมชน

องค์ประกอบที่ต้องมีในจิตวิทยาการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การมองหรือดำเนินชีวิตเชิงรุก ความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถและการควบคุมตนเอง การเชื่อในตนเองการรับรู้ศักยภาพตนเอง การเชื่อในศูนย์อำนาจความเชื่อ และการยกย่องตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคมและการเมือง

ดังนั้น Rapport เสนอว่า นิยามของการเสริมสร้างพลังอำนาจ น่าจะหมายถึงคนที่สามารถมองสังคมและตนเองอย่างวิเคราะห์ วิจัย และเป็นคนที่มีมองเห็นทางเลือกอื่น สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ แม้จะเป็นกิจกรรมที่มีข้อขัดแย้ง การเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตวิทยาอาจมองเห็นได้จาก ความรู้สึกว่ามีอำนาจในการควบคุมจัดการ มุมมองที่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์ และเลือกที่จะเผชิญปัญหาหรือเลี่ยงปัญหาอย่างเหมาะสม

นอกจากการเสริมสร้างพลังอำนาจทางจิตวิทยา ยังได้ครอบคลุมประเด็นการสร้างอำนาจจากภายในบุคคล ภายในกลุ่ม เราไม่สามารถสร้างจากภายนอกได้ บทบาทของนักส่งเสริมสุขภาพ นักสุศึกษา นักสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ คือการสนับสนุนกระบวนการที่มีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับ Green ในบทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่ว่า คือผู้สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม (Facilitator)

การประยุกต์ในการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในระบบบริการสาธารณสุข

การสร้างเสริมพลังอำนาจได้ถูกนำไปใช้ในระบบบริการสาธารณสุข โดยมีข้อตกลงเริ่มต้นว่า คนจะมีสุขภาพดี ถ้าคนๆ นั้นสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไม่เฉพาะแต่ระดับตนเอง แต่เป็นระดับสังคม สิ่งแวดล้อม และองค์กรด้วย ทั้งนี้เพราะสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของเขาด้วย เมื่อพิจารณาในระบบบริการสุขภาพ วัฒนธรรมการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยและญาติ ขาดพลังอำนาจและรับรู้ ที่จะต้องทำตามคำแนะนำของแพทย์ และในบางกรณีผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามได้ ดังนั้น เราจึงพบเสมอว่า ปัญหาการให้บริการของโรงพยาบาลส่วนหนึ่งคือการที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำตามแผนการรักษาได้ ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมสร้างบรรยากาศของโรงพยาบาลที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกเป็นอิสระยอมรับ และเรียนรู้เรื่องต่างๆ ที่แพทย์ต้องการให้ทำ หรือเสนอแนะให้ทำ การเรียนรู้และความเชื่อมั่น ที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและปฏิบัติได้มากกว่าที่เป็นอยู่

ปรัชญาการทำงานเสริมสร้างพลังอำนาจกับคนไข้ที่เสนอโดย Gibson (1991) คือคนไข้ส่วนใหญ่จึงต้องรับผิดชอบในการตัดสินใจเนื่องการรักษายาบาลของตนเอง คนไข้ควรเป็นคนสำคัญคนสุดท้ายที่ตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเจ้าหน้าที่มีหน้าที่ ที่จะเตรียมผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลเข้าใจถึงผลที่ตามมา การที่เจ้าหน้าที่จะกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ข้อมูลบางส่วนจากผู้ป่วยด้วย การขอข้อมูลจากผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดพลังอำนาจทางจิตวิทยาในผู้ป่วย และรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมจัดการที่จะตัดสินใจรับผิดชอบต่อสุขภาพตามแนวความคิดของ Gibson การสร้างเสริมพลังอำนาจของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในบุคคล เช่นค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายชีวิต และประสบการณ์ส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่นการสนับสนุนทางสังคม บรรยากาศรอบๆ ที่เอื้อให้เกิดความรู้สึก การช่วยเหลือ ดังนั้นกระบวนการสร้างพลังอำนาจซึ่งมีอยู่ 4 ขั้นตอน

1. การค้นพบความจริง การรู้จักตนเอง
2. การสะท้อน คิด วิเคราะห์ วิจัย เป็นเหตุเป็นผล
3. การตัดสินใจเลือกทางออกหรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม
4. การคุมไว้ซึ่งกิจกรรม

ดังนั้นการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มการสร้างเสริมพลังอำนาจเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ เรื่องการเจ็บป่วย การรักษา ตลอดจนค่านิยมและความรู้สึกที่มีต่อการรักษา และวิธีการรักษาที่ได้รับ อันจะนำไปสู่การหาทางเลือกและรับผิดชอบในทางเลือกที่ตัดสินใจแล้ว

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำจำกัดความ

โอเรม (Orem, 1959 อ้างถึงใน ชลธิชา วังวิเวก, 2537) ให้คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติตามกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและการกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ของตนการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด แต่กิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องพึ่งพาบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพ ได้ซึ่ง โอเรม เรียกการดูแลตนเองนั้นเป็น “non-therapeutic” หรือ ไม่ใช่ประเภทการรักษา ต่อเมื่อก่อให้เกิดการดูแลตนเองจะเป็น “therapeutic” หรือประเภทการรักษาต่อเมื่อก่อให้เกิดผลต่อบุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและการกระทำหน้าที่ที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการและการบรรลุนิติภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

โอเรม (Orem, 1995 อ้างถึงในอรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ให้คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดูแลเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการความสามารถและปัจจัยพื้นฐานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการคิด พิจารณาตัดสินใจก่อนลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตลอดจนวางเป้าหมายเลือกกิจกรรม ลงมือและประเมินผล

การศึกษาในอดีต แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม มีการค้นคว้าวิจัยในบุคคลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลของภาวะสุขภาพที่ปรากฏออกมาสามารถสังเกตเห็นได้ ในช่วงกลางของศตวรรษที่ 19 ในปี ค.ศ.1970 มีการเคลื่อนไหวด้านสังคม สนใจในการดูแลตนเอง โปรแกรมการสร้างความผาสุก (Well being) และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจะเปลี่ยนจากการรักษาสู่การป้องกัน (Palank, 1991 อ้างถึงใน ชลนกุล คำนึ่ง, 2544) มีการพัฒนามโนทัศน์การดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่แบบแผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การให้ความร่วมมือ และการดูแลตนเอง

สมทรง รัชนีเผ่า (2533 อ้างถึงใน วนิตา วิระกุลและถวิล เลิกชัยภูมิ, 2542) ให้คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล อันได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

ให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังจากเจ็บป่วยหรือเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

เอ็ดมุนด์ ทองกระจาย (2533 อ้างถึงใน วนิดา วิระกุลและถวิล เลิกชัยภูมิ, 2542) ได้สรุป คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ผดุงรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) ภายหลังจากเจ็บป่วยกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรืออีกนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องทุกสถานการณ์ และศักยภาพการดูแลตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบฯหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

โอเรม Orem (1985 อ้างถึงใน ชลนกุล คำนึ่ง, 2544) ให้คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพตนเองว่าหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน รวมถึงสุขภาพซึ่งครอบคลุมถึงเรื่องการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมถึงการใช้ยาและการปฏิบัติตนหลังการรับบริการ (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2536 อ้างถึงใน ชลนกุล คำนึ่ง, 2544)

สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การผดุงรักษาภาวะสุขภาพ (Health Maintenance) ภายหลังจากการเจ็บป่วย เป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ ทั้งนี้กระบวนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจะรวมไปถึงกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่อง

เกี่ยวข้องกับกำกับการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตน ภายหลังการรับบริการ

การจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2539 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ได้จำแนก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (Self Care in Health) และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in illness) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่จะรักษาให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ เช่น การไปปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งจะจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่นๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือจากครอบครัว หรือจากเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 3 ระดับ ด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)

2.4.1 ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นแนวทางหนึ่งของการรักษา และการทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้นำไปปฏิบัติ ดังนี้

1. เป็นการช่วยพุงกระบวนกรของชีวิต และส่งเสริมให้ร่างกายทำหน้าที่ตามปกติ
2. ดำรงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตที่ปกติ การพัฒนาการของวุฒิภาวะ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษากระบวนกรของโรคและการบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสีย
5. เป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศชาติ ในการรักษา แก้ไข อาการแทรกซ้อนต่างๆเป็นการลดแรงงานบุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยในระดับบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยการมีพี่เลี้ยงจากคนในครอบครัวคอยกำกับดูแลด้านพฤติกรรมที่ถูกต้องตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่กำหนด เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยไม่มีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลว่ามีความเหมือน หรือแตกต่างกันอย่างไร ในด้านของความรู้ พฤติกรรมและผลที่ได้รับจากการควบคุมระดับความดันโลหิตของทั้งสองกลุ่มทดลอง

2.4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระทำที่ผู้ป่วยต้องตัดสินใจกระทำเอง โดยมีเป้าหมายที่จะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยมีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงการดูแลตนเองจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งสามารถสรุปการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มี 7 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านโภชนาการ 2.การไม่ดื่มแอลกอฮอล์การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มกาแฟ 3.ด้านการรับประทานยา 4.ด้านการออกกำลังกาย 5.ด้านการควบคุมน้ำหนัก 6.ด้านการผ่อนคลายความเครียด และ 7.ด้านการมาตรวจตามนัด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ด้านโภชนาการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ ข้าว และอาหารจำพวกแป้งชนิดอื่นๆ ให้ได้แคลอรี ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ควรรับประทานอาหารให้ครบวันละ 3 มื้อ ดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว รับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใยสูง เช่น ผักและผลไม้ เพื่อให้ขับถ่ายได้สะดวก และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาหารรสเค็ม อาหารที่มีโซเดียมสูง มีไขมันสูง มีแคลอรีและมีคอเลสเตอรอลสูง โดยพบว่าการจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก การจำกัดปริมาณโซเดียมทำได้โดยการรับประทานเกลือไม่เกินวันละ 5 กรัมต่อวัน (ประมาณ 2-3 กรัมของโซเดียม) และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมเป็นองค์ประกอบ เช่น อาหารหมักดอง กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสและผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ศักดิ์, 2542; จินตนา วิเศษสาคร, 2544) ส่วนการบริโภคอาหาร ที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fatty acids. SFA) ซึ่งพบมากในอาหารประเภท

เนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ กะทิ และน้ำมันปาล์ม จะมีผลทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรบริโภคไขมันชนิดไม่อิ่มตัวชนิดโพลี (polyunsaturated fatty acids, PUFA) ซึ่งได้จากพืช เช่นน้ำมันข้าวโพด เมล็ดฝ้าย เมล็ดทานตะวัน น้ำมันงา และน้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น PUFA เป็นสารเริ่มต้นของ prostaglandins ที่มีผลต่อการขจัดโซเดียมของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลาย การกำจัดคาร์โบไฮเดรตด้วย PUFA:SFA สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงที่อยู่ในระยะที่ 1 (mild hypertension) ดังนั้นจึงพบว่าการบริโภคอาหารมังสวิรัตทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะได้รับเกลือในปริมาณเท่าๆกันก็ตาม ความแตกต่างที่สำคัญก็คือ high ratio ของ PUFAs:SFA ซึ่งมีอยู่ในส่วนประกอบของอาหารจากพืช หรือมีการเพิ่มโปแตสเซียมเข้าสู่ระบบแรงดันเลือดจะขยายหลอดเลือดโดยตรง เพิ่มการสูญเสียน้ำตาลและโซเดียมจากร่างกายระงับการหลั่ง rennin และ angiotensin ลด adrenergic tone และการกระตุ้น sodium-potassium pump ถ้าได้รับโซเดียมจำนวนมากควรเพิ่มโปแตสเซียมด้วยเพื่อให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น (มันทนา ประทีปะเสนและวงเดือน ปันดี, 2542)

2) การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มกาแฟ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัว ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (Norton, 1995) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ยากลุ่มเบต้า (Beta-blocker) และสูบบุหรี่ บุหรี่จะทำให้ประสิทธิภาพของยาในการลดความดันโลหิตสูงลดลง ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ส่วนคาเฟอีนในกาแฟมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและการดื่มกาแฟ ยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิด Atherosclerosis เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน (เกษม วัฒนชัย, 2532) สำหรับผลการศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิต เชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนนักว่ากลไกเป็นอย่างไร อาจทำให้มีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบน้ำจาก

หัวใจเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระเซลล์ เส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจหรือเส้นเลือดสมองสั้นกระตุก เป็นต้น (พรทิพย์ มาลาธรรม, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม เล่งเวหาสติดและจรรยา สันตยากร (2537) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่าการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้ที่ดื่มสุราจะเสี่ยงต่อการควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา 3.19 เท่า สำหรับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจากการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 แก้วต่อวันจะมีระดับความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (Arkwright et al., 1982)

3) ด้านการรับประทานยา จากการศึกษาของสกาเวิร์ด ชัยสุนทร (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีผลต่อการรับยาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จังหวัดนครพนม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่กำลังรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาล 11 แห่งในจังหวัดนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง 225 คน และติดตามการประเมินการใช้ยาของผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้าน 22 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเบี่ยงเบนไปจากแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การมารับยาไม่ต่อเนื่อง การรับประทานอาหารมากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง สัมรับประทานยาเป็นบางครั้ง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรู้จักศึกษาหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจากแพทย์และพยาบาล หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4) ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายทำงานหรือทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและเชื่อว่าช่วยลดความดันโลหิตสูงได้โดยกลไกการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกายเกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัว โดยเกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกายทันทีและผลอาจอยู่นาน 13 ชั่วโมง (Pescalello et al, 1991) ภายหลังจากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร่างกายจะมีการปรับตัวในภาวะใหม่โดยมีความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง โดยภาวะนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการ คือ การเพิ่มของ arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบยับยั้งของ sodium potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และมีการหลั่ง insulin ลดลง ซึ่งข้อสุดท้ายนี้อาจเป็นกลไกสำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกาย (Arakawa, 1983 อ้างใน สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิก (Isotonic Exercise) หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เช่นการเดิน การวิ่งเหยาะ การถีบจักรยาน

การว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก การรำมวยจีน เป็นต้น แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric Exercise) เช่นการดึง การจุก การเข็น หรือการยกน้ำหนัก เพราะจะมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและตรวจร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรเว้นการออกกำลังกาย ทุกชนิดจนกว่าจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532) การออกกำลังกายควรปฏิบัติสม่ำเสมอ อย่างน้อยครั้งละ 20-60 นาที โดยค่อยๆเพิ่มระยะเวลา และควรทำให้ได้ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายประจำจะช่วยลดความตึงเครียดและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น (อรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

5) ด้านการควบคุมน้ำหนัก น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีระวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักจึงต้องพยายามควบคุมน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม โดยจำกัดแคลอรี และการออกกำลังกายพบว่า น้ำหนักตัวลดลง 1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันลดลง 1.6/1.3 มิลลิเมตรปรอท แต่จะเห็นผลเมื่อน้ำหนักลดลงไปแล้ว 4 กิโลกรัม (Smoker, 1990 อ้างในสุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2536) และนักวิชาการหลายท่านให้ข้อคิดว่า ความสัมพันธ์นี้อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย

ข้อควรปฏิบัติที่ต้องพยายามทำเพื่อเปลี่ยนนิสัยการกินอาหารสำหรับคนที่ต้องการลด

น้ำหนัก คือ

1. กินอาหารเฉพาะเวลาที่ควรกิน โดยอาจกำหนดด้วยตัวเองว่าตนเองจะกินอาหารกี่มื้อ
2. กินอาหารช้าๆ หรือหัดกินอาหารช้าๆ ให้ช้าลงกว่าที่เคย การกินอาหารช้าๆ จะทำให้กินอาหารได้น้อยเพราะอาหารส่วนที่เริ่มกินจะถูกย่อยและดูดซึมไปบ้างแล้วนั้นจะช่วยให้ความรู้สึกลดลง
3. ไม่ทำกิจกรรมที่เคยทำแล้วต้องกินอาหารว่างไปแล้ว เช่น ถ้าเคยกินอาหารว่างเวลาดูทีวีหรืออ่านหนังสือ ก็ควรหยุดทำกิจกรรมเหล่านั้น จะได้ไม่ต้องรู้สึกว่าจะต้องกินอาหารว่าง
4. ตักกินอาหารกินครั้งเดียว โดยกะปริมาณว่ากินเท่าใดแล้วไม่ต้องตักเพิ่มอีกแม้ว่าจะรู้สึกอ่อย

ถ้าสามารถปรับปรุงนิสัยการกินอาหารได้ นอกจากจะช่วยให้การลดน้ำหนักง่ายขึ้นแล้วยังช่วยในการควบคุมตนเองให้อยู่ในน้ำหนักที่ควรจะเป็นหลังการลดน้ำหนักได้

สรุปหลักปฏิบัติในการลดน้ำหนัก (กองโภชนาการ, 2535)

1. การลดน้ำหนักที่ถูกหลักจะต้องให้น้ำหนักค่อยๆลดไม่ควรหวังผลในการลดน้ำหนักมากจนเกินไป สัปดาห์หนึ่งไม่ควรลดเกิน 1 กิโลกรัม เพราะถ้าน้ำหนักลดเร็วเกินไปจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเกิดเจ็บป่วยได้

2. รับประทานอาหารทุกมื้อตามปกติ แต่ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อให้น้อยลงเท่าจำนวนที่กำหนดให้

3. รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ ได้แก่ ผักประเภทต่างๆ และเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันให้มากขึ้น

4. งดเว้นของหวานทุกชนิด รวมทั้งน้ำหวานประเภทขวดต่างๆและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงๆเช่น อาหารทอดต่างๆแกงกะทิ เป็นต้น

5. ไม่ควรใช้น้ำตาลในการปรุงอาหารต่างๆ

6. หลีกเลี่ยงการดื่มประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น

7. ควรออกกำลังกายให้เพียงพอ เพื่อช่วยในการลดน้ำหนักได้ผลดี

8. อาหารแต่ละมื้อต้องมีเพียงพอทางโภชนาการ โปรตีนควรได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15-20 ของจำนวนพลังงานทั้งหมด

9. เมื่อน้ำหนักลดลงในระดับที่ต้องการแล้ว ต้องปรับพลังงานในอาหารที่เหมาะสมที่จะรักษาระดับน้ำหนักที่ต้องการไว้ได้

10. ไม่ควรหลงเชื่อคำโฆษณาเกี่ยวกับการลดความอ้วนต่างๆ

6) ด้านการผ่อนคลายความเครียด การที่ต้องเผชิญความเครียดทำให้ผู้ป่วยต้องใช้พลังงานในการปรับตัว นอกจากวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีการพักผ่อนและนอนหลับที่เหมาะสมและเพียงพอด้วย การพักผ่อนในระยะเวลาเพียง 2-3 นาที จะเป็นการประหยัดพลังงาน ป้องกันเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการเคลื่อนไหวหรือการใช้พลังงานของร่างกาย การพักผ่อน จะทำให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่า และเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อนที่เหมาะสมและมีประโยชน์กับสุขภาพเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เป็นการให้รางวัลกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขในชีวิต เป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนทำได้โดยการทำงานอดิเรก เช่น การปลูกต้นไม้ การทำงานศิลปะ การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การดูแลสัตว์เลี้ยง ฯลฯ ส่วนการนอนหลับเป็นการพักผ่อนตามธรรมชาติและเป็นความสร้างต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามปกติในเวลากลางวันร่างกายมีการเคลื่อนไหวทำให้สูญเสียพลังงาน จึงต้องมีการสร้างใหม่หรือชดเชยพลังงานที่สูญเสียไปให้กลับคืนมา การนอนหลับจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควร

ได้รับการนอนหลับพักผ่อนในตอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมงและต้องเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพ คือ นอนหลับอย่างสบาย และตื่นขึ้นมาอย่างมีความสุขและสดชื่น (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543)

7) ด้านการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรสุขภาพ รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไปรับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และไปรับการตรวจรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการให้ความร่วมมือในการรักษานั้นเอง จากกรณีศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง จำนวน 217 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพียงร้อยละ 26.3 และเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

สรุปการดูแลสุขภาพตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย การดูแลตนเองมี 7 ลักษณะคือ 1.ด้านโภชนาการ 2.การไม่ดื่มแอลกอฮอล์การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มกาแฟ 3.ด้านการรับประทานยา 4.ด้านการออกกำลังกาย 5.ด้านการควบคุมน้ำหนัก 6.ด้านการผ่อนคลายความเครียด และ 7.ด้านการมาตรวจตามนัด ในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องเผชิญการเจ็บป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งกระบวนการต่างๆข้างต้นจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการมีสุขภาพที่ดีและยืนยาว

2.5 แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Programmed : NTP)

2.5.1 กลยุทธ์ในการควบคุมวัณโรค

ยุทธวิธีในการควบคุมวัณโรค (Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control) เพื่อการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้ยุทธวิธี DOTS ซึ่งมี 5 องค์ประกอบหลัก

1. Sustained Political commitment

พันธะสัญญาจากหน่วยงานทุกระดับตลอดจนพันธมิตรทุกภาคส่วนในการเพิ่ม

บุคลากรและงบประมาณ เพื่อให้การควบคุมวัณโรคเป็นพันธกิจทั่วประเทศ และบูรณาการอยู่ในระบบ

2. Access to quality – assured TB sputum microscopy

การค้นหารายป่วยในผู้ที่มีอาการนำสงสัยเป็นวัณโรค เน้นการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์โดย หน่วยชั้นสูตรที่มีระบบประกันคุณภาพ จำเป็นต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพื่อค้นหารายป่วยในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้ต้องโทษในเรือนจำ

3. Standardized short – course to all cases of TB under proper case management conditions Including direct observation of treatment

การรักษาด้วยระบบมาตรฐานระยะสั้น (6, 8 เดือน) พร้อมระบบการดูแลผู้ป่วย (Case management) ที่เหมาะสมทั้งเชิงเทคนิคและสังคม อาทิ แนะนำให้ใช้การรักษาแบบมีพี่เลี้ยงเสมอ (Directly Observed Treatment - DOT) เพื่อความมั่นใจในคุณภาพของงานวัณโรค

4. Uninterrupted supply of quality – assured drugs

การสนับสนุนยาวัณโรคที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และไม่ขาดระยะคือองค์ประกอบสำคัญในการควบคุม วัณโรค และจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการยาที่เชื่อถือได้ ผู้ป่วยควรได้รับยาวัณโรคโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากการรักษาให้ผู้ป่วยหายเป็นประ โยชน์ต่อสังคมโดยรวม

5. Recording and reporting system enabling outcome assessment

ระบบการบันทึก/ทะเบียน/รายงานที่เป็นมาตรฐาน เพื่อประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินผลการปฏิบัติงานด้านวัณโรคโดยรวม

กลยุทธ์การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment Short course) เป็นกลยุทธ์หลักที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้ประเทศต่างๆ ทั่วโลกนำไปดำเนินการ ควบคุมวัณโรค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเพื่อป้องกันการดื้อยา ขณะนี้มีประเทศต่าง ๆ นำกลยุทธ์นี้มาใช้มากกว่า 150 ประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยได้นำกลยุทธ์นี้มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 และขยายครอบคลุมทุกพื้นที่ ที่ทั่วประเทศในปี 2543 ในปี พ.ศ.2548 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกกลยุทธ์และการดำเนินการ ซึ่งมีกรอบแนวคิดขยายกว้างขึ้น และมีเนื้อหาเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

1. Pursuer quality DOTS expansion and enhancement การยึดหลักกลยุทธ์ DOTS เป็นหลัก แต่ครอบคลุมรายละเอียดมากขึ้นและกว้างมากยิ่งขึ้น องค์ประกอบ ทั้ง 5 ได้แก่

- *Political commitment with increase sustained financing* เน้นการให้ความสำคัญ โดยมีการจัดหางบประมาณเพิ่มขึ้นและพอเพียงในการควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ

- *Case detection through quality –assured bacteriology* การค้นหารายป่วย โดยใช้การตรวจหาเชื้อในห้องปฏิบัติการที่มีระบบประกันคุณภาพ โดยการตรวจสอบหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการเพาะเชื้อในหน่วยงานที่สามารถดำเนินการได้

- *Standardized treatment with supervision and patient support* ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยระบบยาและการจัดการที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งมีการดูแลและสนับสนุนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด

- *Effective drug supply and management system* มีการจัดการอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนยาที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ

- *Monitoring and evaluation system and impact measurement* มีการกำกับและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์เพื่อวัดผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. Address TB/HIV , MDR-TB and other challenges การผสมผสานงานวัณโรค และโรคเอดส์ วัณโรคคือยาหลายขนาน และประเด็นท้าทายอื่นๆ

- การบูรณาการงานวัณโรคและโรคเอดส์
- การป้องกันและควบคุมวัณโรคคือยาหลายขนาน
- การควบคุมวัณโรคในผู้ต้องขัง ผู้อพยพ และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ

3. Contribute to health system strengthening การสนับสนุนระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ได้แก่

- การให้ความร่วมมือเพื่อผลักดันนโยบายให้เข้มแข็ง การเพิ่มทรัพยากรบุคคลงบประมาณ เพื่อพัฒนาการให้บริการและปรับปรุงระบบข้อมูลข่าวสาร
- เชื่อมโยงงานควบคุมวัณโรคเข้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอื่นๆ
- ปรับงานวัณโรคเข้าไปในงานสาธารณสุขพื้นฐานอื่นๆ ในชุมชน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก

4. Engage all care providers การประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

- ประสานงานระหว่างหน่วยงานของภาครัฐด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานของภาครัฐกับเอกชน(Public – public and public – private Mix: PPM)
- มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระดับสากล (International Standards for TB

care :ISTC) จัดทำขึ้นเป็นแนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสามารถช่วยส่งเสริมการดูแลสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานต่างๆได้

5. Empower people with TB and communities

- การกระตุ้นให้ความสำคัญการสื่อสารกับชุมชนและสังคม เพื่อให้มีความรู้และเกิดความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรค โดยเฉพาะในผู้ยากไร้ รวมถึงการจัดความรังกิจของสังคมต่อผู้ป่วย (Advocacy, Communication and Social Mobilization: ACSM)

- Community participation in TB Care ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้แก่ชุมชน การส่งเสริมอาสาสมัครในการเป็นที่เลี้ยง

6. Enable and promote research การส่งเสริมการวิจัย ได้แก่การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงาน ควบคุมวัณโรค การศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีการใหม่ๆในการวินิจฉัยหรือระบบยาใหม่ๆ และการพัฒนาวัคซีน เป็นต้น

2.5.2 วัตถุประสงค์แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

1. เพื่อรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ดำเนินกิจกรรมประจำวันได้และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

2. เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ขนาด ปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคลดลง จนไม่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข

2.5.3 จุดมุ่งหมายของการดำเนินงานตามแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

การลดอัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อของวัณโรค จนกระทั่งไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ

2.5.4 เป้าหมายของการดำเนินงาน

1. รักษาผู้ป่วยในระยะแพร่เชื้อ โดยให้มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success Rate) โดยคิดจากอัตรา การรักษาหาย (Cure rate) และรักษาครบ (Complete rate) รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85

2. เพิ่มความครอบคลุมและเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วย ระยะแพร่เชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน

2.5.5 ยุทธศาสตร์การดำเนินงานภายใต้แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

1. เร่งรัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้กลวิธี DOTS โดยเน้นประสิทธิภาพ ของการรักษาและป้องกันการดื้อยาวัณโรค ซึ่งเน้นการควบคุมกำกับการการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงในผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชน

2. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อ โดยเน้นการสร้างกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มประชากรด้อยโอกาสและกลุ่มเสี่ยงพิเศษ อาทิ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด กลุ่มผู้ต้องขัง ชุมชนแออัดเขตเมือง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ติดเชื้อ HIV ประชากรย้ายถิ่นตามแนวชายแดน

3. ขยายงานตามยุทธศาสตร์ผสมผสาน HIV/TB (HIV/TB Collaborative strategies)

4. ระดมความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน (Multi sectors Collaboration) ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านวัณโรค รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาวัณโรค (Community participation)

2.5.6 กิจกรรมหลักภายใต้แผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

1. รักษาผู้ป่วยทุกคนด้วยยาที่มีประสิทธิภาพในช่วงระยะเวลาที่เพียงพอ
2. วินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อแต่เนิ่นๆ โดยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์
3. จัดตั้งเครือข่ายของการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และมีระบบการควบคุมคุณภาพ
4. จัดตั้งหน่วยการรักษาในแต่ละระดับของระบบสาธารณสุข
5. ให้การสนับสนุนและกำหนดมาตรฐานการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามและควบคุม คุณภาพของยา
6. จัดให้มีระบบบันทึก และรายงานที่เป็นมาตรฐานตามแนวทางองค์การอนามัยโลก
7. ติดตาม วิเคราะห์ผลของแผนงานฯ โดยการวิเคราะห์ผลการรักษาผู้ป่วย
8. จัดให้มีการนิเทศและฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง และให้มีการให้ความรู้และสุศึกษาที่ถูกต้องแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง
9. ประสานงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในการนำแผนงานวัณโรคแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ
10. มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแผนงานวัณโรคอย่างต่อเนื่อง

2.5.7 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินแผนงานการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

1. ด้านการรักษา โดยมีอัตราผลสำเร็จในการรักษา (Success rate) ซึ่งคิดจากอัตราการรักษาหาย(Cure rate) และอัตราการรักษาครบ (Complete rate) รวมกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
2. ด้านการค้นหารายผู้ป่วยวัณโรค โดยมีความครอบคลุมของการค้นหารายผู้ป่วยวัณโรคต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ

1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

ชุติมา อรรถากรโกวิท (2534 : 64-65) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำสั่งแพทย์ และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่าความร่วมมือในการรับระทานยาตามแพทย์สั่ง การนอนหลับ สภาวะสุขภาพในด้านความรุนแรงของโรค การประสบความสำเร็จไม่สบายใจสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมความดันโลหิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยทางด้านประชากรพบว่าไม่มีเพียง อาชีพ และอายุ เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536 : บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในจังหวัดแพร่ จำนวน 124 คน กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมด้วยกระบวนการกลุ่ม มีการจัดอภิปรายกลุ่ม การติดตามให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและการรับต่อผลประโยชน์และอุปสรรค จากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ต่อความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติตัว ภายหลังการทดลองสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตและชีพจรลดลงในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธิดดาวลัย ขานวิทกุล (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผลการวิจัย พบว่าจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม ร่วมกับการฝึกทักษะ การออกกำลังกาย และการใช้จดหมาย และสติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือนทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับปกติได้

ดวงกมล จันทร์นิมิต (2538: บทคัดย่อ) ศึกษาอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ โดยเปรียบเทียบประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขศึกษา การช่วยเหลือทางสังคม โดยให้ญาติและผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน กลุ่มทดลองที่ 2 ให้เฉพาะผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ 1 มีพฤติกรรม

ดูแลตนเองความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนจากญาติ และระดับความดันโลหิตสูงลดลงดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีรัตน์ ตโนภาส (2539 : ก) ได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอโนนรัมย์ จังหวัดชัยนาท เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้สูงอายุที่มายุ 60-70 ปี ระดับความดันโลหิตก้ำกึ่งหรือมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 40 คน โดยจัดกิจกรรม 10 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุเกิดความเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และในผลของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตและน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

Kirscht และ Rosenstock(1977 : อ้างในสุวิษา จันทรสุริยกุล,2536:30)ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำการรับประทานยาตามแพทย์สั่งโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย 132 คน ที่มีประวัติป่วยมากกว่า 5 ปี พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่ออุปสรรค และผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Hershey และคณะ (1980: 1081-1089) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพโดยการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากคลินิกโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 132 คน ใช้แบบสอบถาม

Power & Jalwoiec (1987: 106-107) อ้างในสุรางค์ เปรื่องเดช, 2533: 54-56) รายงานว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียดเป็นตัวทำลายการควบคุมความดันโลหิต และการปรับตัวต่อโรค เรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตและปรับตัวได้ดี มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ พยายามใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยต่อไปนี้

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539 : 145-155) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในโปรแกรมสุขภาพศึกษาในโปรแกรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ เป็นแนวคิดในการวิจัยและใช้กระบวนการกลุ่มสาธิต การฝึกทักษะการใช้ตัวแบบ และจดหมายกระตุ้นเตือนในกลุ่มตัวอย่าง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม

ทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ในโอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมความตั้งใจ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่าเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เตือนใจ หมวกแก้ว (2540 : บทคัดย่อ) ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-60 ปี จำนวน 104 คน เป็นกลุ่มทดลอง 51 คน ที่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาที่กำหนดไว้ 12 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมและมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังทดลอง ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค หลังการทดลองพบว่า ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วย โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พนารัตน์ เจนจบ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นการศึกษาถึงกิจกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 10 ราย ผู้วิจัยส่งเสริมการพัฒนาพลังอำนาจในตนเองของตัวอย่าง 2-4 ครั้งต่อเดือน โดยการเยี่ยมที่บ้านติดต่อกันนาน 3 เดือน โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับตัวอย่าง ตามแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปลัน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมสำคัญที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมด 10 กิจกรรมได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี การยอมรับการเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผล

ตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญพบว่า มี 8 ปัจจัยได้แก่ ความรักต่อตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ ประสบการณ์ในอดีต ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนี้ และการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษา ทบทวน แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ สถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร นั้นยังขาดการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในด้านการควบคุมป้องกันระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ค่าความดันโลหิตยังอยู่ในเกณฑ์ที่สูงในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับความคาดหวังในความสามารถในการดูแลตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ต่ำ ส่งผลให้ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตยังไม่ดี จึงได้นำกลุ่มที่มีปัญหาดังกล่าวมาเข้ารับการอบรมให้ความรู้และปรับพฤติกรรมโดยการให้มีพี่เลี้ยงซึ่งเป็นคนในครอบครัวคอยช่วยส่งเสริม สนับสนุนในการดูแลแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งจัดเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง ในเรื่องโภชนาการ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มกาแฟ ด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย ด้านการควบคุมน้ำหนัก การบริหารจัดการความเครียดและด้านการมาตรวจตามนัด เพื่อส่งผลให้มีการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ในเรื่องของการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียด ที่ถูกต้อง เหมาะสม และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถขยายผลไปสู่การมีที่เลี้ยงในการดูแลโรคเรื้อรังต่างๆ ที่สามารถควบคุม ป้องกันได้ในอนาคต ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย ประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดมีที่เลี้ยง จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่มีที่เลี้ยง จำนวน 34 คน

2. ประชากรและการเลือกตั้งกลุ่มตัวอย่าง

2.1 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ ดังนี้

- 2.1.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 2.1.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการตรวจรักษาที่สถานีนอนมัย ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2.1.3 ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้ารับการศึกษ
- 2.1.4 กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure : SBP) สูงกว่า 160 มม.ปรอท

หรือมีความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure : DBP) สูงกว่า 90 มม.ปรอท แต่ไม่เกิน 114 มม.ปรอท คิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนครั้งที่มารับยา และได้รับการวัดความดันโลหิต ที่สถานอนามัย ตำบลเนินมะกอก โดยศึกษาข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 ถึง ธันวาคม 2551 (รวม 12 เดือน)

2.2 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แล้วนำมาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดมีพีพีเอียง

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่มีพีพีเอียง

2.3 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 เรียงลำดับที่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตามตัวอักษร ก-ฮ จากนั้นใส่หมายเลขไว้หน้าชื่อทะเบียน ตั้งแต่หมายเลข 1-68

2.3.2 คำนวณหาค่าช่วงการสุ่ม

2.3.3 เลือกจุดเริ่มต้นของการสุ่ม ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลาก (Lottery Method) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกผู้วิจัย กำหนดให้เป็น กลุ่มทดลอง ส่วนที่ไม่ได้รับการเลือกผู้วิจัยกำหนดให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การแบ่งกลุ่มในลักษณะนี้ ผู้วิจัยไม่ต้องการให้เกิดความแตกต่างในด้านการแบ่งกลุ่ม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และป้องกันอคติที่เกิดจากการเปรียบเทียบในการสัมภาษณ์ และตอบคำถามของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย

3.1.1 แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบการประเมินพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย

3.2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

การแปลผลคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง

คะแนน 6-10 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนน 11-15 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

3.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้แก่

3.2.2.1 พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำตอบเป็นการวัดการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม แล้วนำมาประเมินว่าถูกต้องหรือไม่ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

3.2.2.2 การแปลผลคะแนนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนน ดังนี้

- พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงด้านลบ ข้อ 1-9 มีเกณฑ์การ

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/สัปดาห์ = 1 คะแนน

ปฏิบัติ 5-6 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน

ปฏิบัติ 3-4 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย = 5 คะแนน

- พฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงด้านบวก ข้อ 10-15 มีเกณฑ์การ

ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/สัปดาห์ = 5 คะแนน

ปฏิบัติ 5-6 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน

ปฏิบัติ 3-4 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน

ปฏิบัติ 1-2 วัน หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่มีการปฏิบัติเลย = 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0-25 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับ
ควรปรับปรุง

คะแนน 26-50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับ
ปานกลาง

คะแนน 51-75 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ มีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการในแต่ละตัวแปร ตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

2. สร้างแบบสอบถามด้านความรู้และพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยได้ศึกษานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จนเข้าใจแล้วนำมาสังเคราะห์เป็นการกำกับดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เป็นกรอบการศึกษาความรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้มีการพบและพูดคุยกับผู้ป่วย โดยทั่วไป เพื่อการศึกษาความรู้ พฤติกรรม ใช้เพื่อเป็นแนวทางตลอดจนขั้นตอนต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ศึกษาด้านความรู้เกี่ยวกับ โรค

2.2 ศึกษาด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความ

ดันโลหิตได้

2.3 ศึกษาด้านการควบคุมพฤติกรรมแบบมีพี่เลี้ยง

2.4 จัดทำเป็นเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นเป้าหมายของการกำกับดูแล โดยมีพี่

เลี้ยง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มศึกษาที่จะใช้ในการวิจัย

2.5 นำเป้าหมายนั้นมาจัดทำเป็นแผนงาน

2.6 ออกแบบกิจกรรม

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity)

แบบสอบถามนี้เมื่อสร้างเสร็จแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน และอาจารย์ผู้ควบคุมการวิจัย ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการและความครบถ้วน สมบูรณ์ของคำถาม คำตอบทุกข้อ ได้ค่าความตรงของแบบทดสอบความรู้ (IOC) เท่ากับ 0.77

3.2 วิเคราะห์หาความเที่ยงหรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน ที่สถานีอนามัยตำบลบางไผ่ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ในเรื่องของการมีความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทำการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม (Try out) โดยการใช้แบบของคูเคอร์-ริชาร์ดสัน หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธี KR₂₀ ได้ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.33

3.3 การทดสอบหาค่าความยากง่ายของแบบสอบถาม (Difficulty)

นำแบบสอบถามที่ไปทดลองใช้ มาคำนวณหาค่าความยากง่าย ของแบบทดสอบวัดความรู้ ได้ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.55

4. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

4.1 การกำกับโดยมีพี่เลี้ยงที่เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยเลือก ร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สื่อวีดิทัศน์ ตัวแบบจริง การอภิปรายกลุ่ม พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน การสาธิต การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการจัดการความเครียด การประเมินตนเองจากแบบสอบถาม และกิจกรรมกลุ่มแบบมีพี่เลี้ยง

4.2 แบบติดตามกำกับดูแลพฤติกรรม ประกอบด้วย ทำความเข้าใจกับโรคความดันโลหิตที่เกิดขึ้นกับตัวท่านวางแผนควบคุมความดันโลหิตร่วมกัน โดยการตั้งเป้าหมายและค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความดันโลหิตของท่านลดลง เตรียมความพร้อมโดยทำความเข้าใจวิธีการควบคุมความดันโลหิต ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่วางแผนไว้พร้อมทั้งติดตามตรวจสอบเป็นระยะ ๆ ประเมินผลว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ขออนุมัติดำเนินการต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก จังหวัด

พิจิตร

4.1.2 ขอความร่วมมือจาก หัวหน้าสถานีนอนามัยตำบลเนินมะกอก ,สถานีนอนามัย ตำบลบางไผ่ และบุคลากรในสถานีนอนามัยในการทำวิจัย

4.2 ขั้นดำเนินการวิจัย

4.2.1 ขั้นการสร้างการมีพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1.1 ศึกษาทฤษฎีวิทยาการเรียนรู้ ทฤษฎีวิทยาการศึกษา และทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการประยุกต์ใช้ แนวคิดการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แก่ผู้ใหญ่ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

4.2.1.2 ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2.1.3 ออกแบบกิจกรรมเชื่อมโยงกับแนวคิดและทฤษฎีที่ได้ศึกษามา

4.2.1.4 ทดลองใช้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง เพื่อหา

ข้อบกพร่อง

4.2.1.5 แก้ไขปรับปรุง และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมี

พี่เลี้ยง

4.2.1.6 นำการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยงไปใช้

4.2.2 ขั้นดำเนินการตามโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ให้กับผู้ป่วยและพี่เลี้ยงด้านความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาดำเนินการ ประมาณ 1 เดือน ในการประเมินผล โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 34 คน เพื่อเข้ารับอบรมตามหลักสูตรที่เจ้าหน้าที่จัด จำนวน 1 ครั้ง

4.3 การดำเนินการเพื่อสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่

เลี้ยง

สำหรับการสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง การดำเนินงานครั้งนี้ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จนเข้าใจแล้วนำมาสังเคราะห์เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง ดังนี้

ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการนำเทคนิคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Treatment; DOT) ร่วมกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นกรอบการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซึ่งได้ มีการพบและพูดคุยกับผู้ป่วย โดยทั่วไปเพื่อศึกษาความต้องการสภาพปัญหา และแนวทางที่จะประยุกต์ แนวคิดทฤษฎี ดังกล่าวนั้นมาใช้เพื่อเป็นเนื้อหา และกลวิธี ตลอดจนถึงขั้นตอนต่าง ๆ ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาตามทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค

1. ด้านความรู้ เกี่ยวกับโรค ผู้ป่วยมีสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนี้คือ โรคนี้เกิดจากสาเหตุใด ไม่ทราบว่าโรคนี้มีความรุนแรง หรือจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่แน่ใจว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดความดันโลหิตได้ ทราบว่าควรงดอาหารเค็ม อาหารมัน การมารับยาตามกำหนดนัด ควบคุมความเครียด และควรงดการดื่มสุรา และงดการสูบบุหรี่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่แน่ใจว่าจะเกิดโรคแทรกซ้อนได้ รับรู้ว่าจะถ้าไม่รักษาและดูแลตนเอง ในการควบคุมดูแลโรคจะมีอันตรายถึงชีวิต

2. ด้านความคาดหวังในความสามารถตนเอง ผู้ป่วยมีสภาพปัญหาและความต้องการดังนี้คือ ไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ไม่มั่นใจว่าจะควบคุมตนเองในการออกกำลังกาย รับประทานอาหาร พักผ่อน และลดความเครียดได้

3. ด้านการปฏิบัติตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย

การควบคุมอาหาร ควบคุมอาหารไม่ได้ เพราะความชอบเคยชินกับรสชาติอาหารต้องเติมน้ำปลาทุกครั้ง ใช้น้ำมันหมูหอมกว่าน้ำมันพืช ต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน

การออกกำลังกาย ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะคิดว่างานบ้านเป็นการออกกำลังกาย กลัวเหนื่อย ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อนออกกำลังกาย ไม่รู้จะออกกำลังกายอย่างไร ไม่ชอบออกกำลังกาย

การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด นอนไม่ค่อยหลับ และมีความเครียด เมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องเป็นภาระของคนในครอบครัว ต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาล การพักผ่อนนอนหลับวันละ 4-5 ชั่วโมง การผ่อนคลายความเครียด ไม่รู้ว่าจะไปคุยกับใครดี ไม่บอกลูกหลานกลัวเขาจะรำคาญ

การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ เมื่อรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่จะมี ดื่มสุรานาน ๆ ครั้งเมื่อเข้าสังคม

การไข้ยา และการมาตรวจตามนัด มาตรวจตามแพทย์นัดและกินยาตามแพทย์สั่ง ถ้าคิดหวัระ ไม่ได้มาตามนัดจะทำให้ญาติมารับยาแทนในเรื่องการลืมหินยา มีบางมือลืมหินยา แต่จะไม่เพิ่มหรือหยุดเอง

เมื่อได้ปัญหาและความต้องการแล้วจึงนำมาจัดทำเป็นเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นเป้าหมายของ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองที่จะใช้ในการวิจัย โดยได้เป้าหมายของ โปรแกรมดังนี้

เป้าหมายของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

1. เป้าหมายด้านพุทธิพิสัย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหาร การ ออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การไข้ยาและ การมาตรวจตามนัด

2. เป้าหมายด้านจิตพิสัย ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง ความตั้งใจและ ความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ความมั่นใจที่จะ ควบคุมตนเองในการออกกำลังกาย รับประทานอาหาร พักผ่อน และลดความเครียด การดื่มสุรา และ การสูบบุหรี่ การไข้ยาและการมาตรวจตามนัด

3. เป้าหมายด้านทักษะพิสัย ได้แก่ ทักษะในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน โรคความ ดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และลดความเครียด การดื่ม สุราและการสูบบุหรี่ การไข้ยาและการมาตรวจตามนัด

หลังจากได้เป้าหมายตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแล้ว จึงได้นำเป้าหมายนั้นมาจัดทำ เป็นแผนงาน โดยออกแบบกิจกรรมและสร้างโปรแกรมให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำความเข้าใจกับโรคความดันโลหิตที่เกิดขึ้น
2. วางแผนควบคุมความดันโลหิตร่วมกัน โดยการตั้งเป้าหมายและค้นหาวิธีการที่จะทำ ให้ความดันโลหิตลดลง โดยการมีพี่เลี้ยงซึ่งมาจากคนในครอบครัวของผู้ป่วยคอยกำกับดูแล
3. เตรียมความพร้อม โดยทำความเข้าใจวิธีการควบคุมความดันโลหิต
4. ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่วางแผนไว้พร้อมทั้งติดตามตรวจสอบเป็นระยะ ๆ
5. ประเมินผลว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่

แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

กลุ่มทดลอง

1. การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย พี่เลี้ยง และผู้วิจัยเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มด้วยกันตนเอง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน การเข้าร่วมกิจกรรม โดยการพูดคุยและให้ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเสรี ให้กำลังใจ สนับสนุนรับฟังความคิดเห็นและปัญหา เพื่อช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไข
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ ทักทายพูดคุยให้ความรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค ปัจจัยการเกิดโรค และการมีพฤติกรรมในการบริโภคที่ถูกต้อง หลังจากจบการให้ความรู้แล้วให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นความรู้ ประสบการณ์ความคิดเห็น ปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง
4. ผู้วิจัยและพี่เลี้ยงช่วยกระตุ้นและให้แรงเสริม โดยแต่ละคนเล่าถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันในเรื่อง การรับประทานอาหาร และกล่าวชมเชยสมาชิกที่สามารถมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ในเรื่องการควบคุมอาหารเค็มและไขมัน
5. ผู้วิจัยแบบควบคุมพฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการบริหารจัดการความเครียด

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย และผู้วิจัยเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มด้วยกันตนเอง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน การเข้าร่วมกิจกรรม โดยการพูดคุยและให้ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเสรี ให้กำลังใจ สนับสนุนรับฟังความคิดเห็นและปัญหา เพื่อช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไข
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลวิชาชีพ ทักทายพูดคุยให้ความรู้ในเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค ปัจจัยการเกิดโรค และการมีพฤติกรรมในการบริโภคที่ถูกต้อง หลังจากจบการให้ความรู้แล้วให้สมาชิกอภิปรายในประเด็นความรู้ ประสบการณ์ความคิดเห็น ปัญหาของสมาชิกแต่ละคนในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และให้ทุกคนเล่าถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันในเรื่อง การรับประทานอาหาร ที่ถูกต้อง ในเรื่องการควบคุมอาหารเค็มและไขมัน

5. การวิเคราะห์ และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ คกรหัส และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย และตอบวัตถุประสงค์โดยผู้วิจัยได้ใช้ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สถิติพรรณนา ตัวแปร ได้แก่ อายุ,เพศ ,สถานภาพสมรส ,ระดับการศึกษา ,อาชีพ, ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง,รายได้เฉลี่ยของครอบครัว,ความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าร้อยละ ในการวิเคราะห์ตัวแปรด้านต่าง ๆ

5.2 สถิติอ้างอิง เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้,คะแนนเฉลี่ยด้าน พฤติกรรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test และ Paired t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ที่ทำการรักษาที่สถานีนามัยคำบาลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ตาม ขั้นตอนของการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ผลของการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยงไปใช้ ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร
2. การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง
4. ความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีพี่เลี้ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบมีพี่เลี้ยง จำนวน 68 คน จำแนกได้ดังนี้ กลุ่มทดลองเป็นชาย ร้อยละ 32.40 หญิงร้อยละ 67.60 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นชายร้อยละ 41.20 หญิงร้อยละ 58.80 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60.26 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 61.44 ปี การศึกษาสูงสุดของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ ระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 38.20 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 55.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 1,923.53 บาท และกลุ่มเปรียบเทียบรายได้เฉลี่ยเดือนละ 2,585.29 บาท กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.67 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 6.55 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 58.80 กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 20.86 กก.เมตร² กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.92 กก.เมตร² ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลอง (n=34) และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	11	32.40	14	41.20
หญิง	23	67.60	20	58.80
รวม	34	100.00	34	100.00
อายุ (ปี)				
40 – 49 ปี	9	26.47	6	17.65
50 – 59 ปี	7	20.58	11	32.35
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	18	52.95	17	50.00
รวม	34	100.00		100.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	19	55.88	12	35.29
ประถมศึกษา	13	38.24	19	55.88
มัธยมศึกษา	2	5.88	3	8.83
อนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป	0			
รวม	34	100.00	34	100.00
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				
0 – 1,499	12	35.29	9	26.47
1,500 – 2,999	9	26.47	5	14.71
3,000 – 4,499	12	35.29	16	47.05
4,500 – 5,999	1	2.95	3	8.82
6,000 ขึ้นไป	0	0.00	1	2.95
รวม	34	100.00	34	100.00
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค (เดือน)				
ต่ำกว่า 25	2	5.88	2	5.88
26 – 30	3	8.82	2	5.88
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรค (เดือน)				
31 – 50	10	29.42	11	32.36
51 – 75	3	8.82	7	20.58
ตั้งแต่ 76 เดือนขึ้นไป	16	47.06	12	35.30
รวม	34	100.00	34	100.00

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้ารับการอบรมในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง n=34) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง n=34)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการอบรม				ก่อนการอบรม			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.
ดี	4	11.80	8.76	1.48	4	11.80	8.74	1.50
ปานกลาง	30	88.20			30	88.20		
ควรปรับปรุง	0	0			0	0		
รวม	34	100.00			34	100.00		

จากตารางที่ 2 ระดับความรู้ก่อนการอบรมให้ความรู้ พบว่าในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.2 รองลงมาได้แก่ระดับดี ร้อยละ 11.8 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT กลุ่มไม่มีพี่เลี้ยง) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.2 รองลงมาได้แก่ระดับดี ร้อยละ 11.8 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง n=34) และกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง n=34) ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
หลังการทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.74	1.50				
กลุ่มทดลอง	8.76	1.48	-0.03	-0.75	0.69	0.94

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ 8.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 และในกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ 8.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent sample T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.94$) ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง) มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง) ซึ่งมีค่าความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -0.03 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -0.75 ถึง 0.69

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับการอบรมให้ความรู้ไปแล้วเป็นระยะเวลา 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง $n=34$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง $n=34$)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.
ดี	27	79.40	11.85	1.46	22	64.70	10.82	1.49
ปานกลาง	7	20.60			12	35.30		
ควรปรับปรุง	0	0			0	0		
รวม	34	100.00			34	100.00		

จากตารางที่ 4 ระดับความรู้หลังการอบรมให้ความรู้ โดยประเมินความรู้จากแบบทดสอบเดิม โดยเว้นระยะเวลา 1 เดือน ในการทดสอบความรู้ พบว่าในกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง $n=34$) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.4 รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.6 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.46 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง $n=34$) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.7 รองลงมาได้แก่ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 10.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง $n=34$) ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	8.74	1.50				
หลังการทดลอง	10.82	1.49	-2.09	-2.27	-1.91	0.001

จากตารางที่ 5 ผลการทดลองความแตกต่างของระดับความรู้ ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพื้เลี้ยง) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 8.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 ภายหลังการทดลอง โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 10.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วย Paired Samples T-test พบว่ามีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีค่าความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -2.09 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -2.27 ถึง -1.91

ตารางที่ 6 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง n=34) ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	8.76	1.48				
หลังการทดลอง	11.85	1.46	-3.09	-3.19	-2.99	0.001

จากตารางที่ 6 ผลการทดลองความแตกต่างของระดับความรู้ ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 8.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 ภายหลังการทดลอง โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 11.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.46 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วย Paired Samples T-test พบว่ามีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีค่าความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -3.09 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -3.19 ถึง -2.99

ตารางที่ 7 ความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพื้เลี้ยง n=34) และกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง n=34) หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
หลังการทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.82	1.49				
กลุ่มทดลอง	11.85	1.46	-1.03	-1.74	-0.32	0.0025

จากตารางที่ 7 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่ม ภายหลังจากทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพื้เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ 10.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49 และในกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ 11.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.46 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent sample T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0025$) ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง) มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพื้เลี้ยง) ซึ่งมีค่าความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -1.03 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -1.74 ถึง -0.32

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะเวลาก่อนการอบรม ในกลุ่มทดลอง (HT มีพื้เลี้ยง $n=34$) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพื้เลี้ยง $n=34$)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการอบรม				ก่อนการอบรม			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.	จำนวน	ร้อยละ	X	SD.
ดี	5	14.70	46.29	4.94	6	17.60	45.38	5.64
ปานกลาง	29	85.30			28	82.40		
ควรปรับปรุง	0	0			0	0		
รวม	34	100.00			34	100.00		

จากตารางที่ 8 ผลการทดสอบคะแนนด้านพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการอบรม พบว่าในกลุ่มทดลอง(HT มีพื้เลี้ยง) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านพฤติกรรมดูแลและสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.30 รองลงมาได้แก่ระดับดี ร้อยละ 14.70 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 46.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.94 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT กลุ่มไม่มีพื้เลี้ยง) พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านการดูแลพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.40 รองลงมาได้แก่ระดับดี ร้อยละ 17.60 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 45.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.64

ตารางที่ 9 ความแตกต่างของคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง n=34) และกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง n=34) ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
หลังการทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	45.38	5.64				
กลุ่มทดลอง	46.29	4.94	-0.91	-3.48	1.66	0.48

จากตารางที่ 9 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม ก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม 45.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.64 และในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม 46.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.94 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent sample T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.48) ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง) ซึ่งมีความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -0.91 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -3.48 ถึง 1.66

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะหลังการอบรม ในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง n=34) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง n=34) เมื่อครบระยะเวลา 1 เดือนหลังการอบรมให้ความรู้

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD.
ดี	34	100.0	64.91	3.88	13	38.20	48.32	5.56
ปานกลาง	0	0			21	61.80		
ควรปรับปรุง	0	0			0	0		
รวม	34	100.00			34	100.00		

จากตารางที่ 10 ผลการทดสอบคะแนนด้านพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการอบรม พบว่าระดับคะแนนด้านพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง n=34) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 64.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.88 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง n=34) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.80 รองลงมาได้แก่ระดับดี ร้อยละ 38.20 มีค่าคะแนนเฉลี่ย 48.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56

ตารางที่ 11 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีที่เลี้ยง n=34) ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	45.38	5.64				
หลังการทดลอง	48.32	5.56	-2.94	-3.94	-1.95	0.001

จากตารางที่ 11 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีที่เลี้ยง) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 45.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.64 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 48.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วย Pair Samples T-test พบว่ามีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ที่ระดับ 0.05 มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ -2.94 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -3.94 ถึง -1.95

ตารางที่ 12 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง (HT มีที่เลี้ยง n=34) ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	46.29	4.94				
หลังการทดลอง	64.91	3.88	-18.62	-19.51	-17.72	0.001

จากตารางที่ 12 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้ารับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง (HT มีที่เลี้ยง) พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 46.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.94 ภายหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 64.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.88 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติด้วย Pair Samples T-test พบว่ามีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) ที่ระดับ 0.05 มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ -18.62 มีค่าช่วงของความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง -19.51 ถึง -17.72

ตารางที่ 13 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง n=34) และกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง n=34) หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD.	Mean different	95% CI		p-value
				Lower	Upper	
หลังการทดลอง						
กลุ่มเปรียบเทียบ	48.32	5.56				
กลุ่มทดลอง	64.91	3.88	-16.59	-18.91	-14.27	0.0025

จากตารางที่ 13 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม ภายหลังจากทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม 48.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 และในกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง) มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม 64.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.88 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Independent sample T-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0025) ที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลอง (HT มีฟี่เลี้ยง) มีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง) ซึ่งมีค่าความแตกต่างด้านค่าเฉลี่ยอยู่ที่ -16.59 มีค่าของช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI อยู่ระหว่าง -18.91 ถึง -14.27

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในระบบการดูแลผู้ป่วยแบบมีฟี่เลี้ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 14 สรุปคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีฟี่เลี้ยง n=34) หลังการทดลองครบ 1 เดือน

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอน	82.35	14.71	2.94	0.00	0.00
2	ความเหมาะสม ความสะดวกสบาย ในเรื่องสถานที่อบรมให้ความรู้	88.24	11.76	0.00	0.00	0.00
3	ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม	64.71	35.29	0.00	0.00	0.00
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้	79.41	20.59	0.00	0.00	0.00
5	ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	91.18	5.88	2.94	0.00	0.00
6	ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์	88.24	11.76	0.00	0.00	0.00

จากตารางที่ 14 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ไม่มีที่เลี้ยง ในด้านการจัดการอบรมให้ความรู้ และ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง พบว่า

1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.35 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.71

2. ความเหมาะสม ความสะดวกสบาย ในเรื่องสถานที่อบรมให้ความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.24 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 11.76

3. ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 64.71 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 35.29

4. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 79.41 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 20.59

5. ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 91.18 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 5.88

6. ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.24 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 11.76

ตารางที่ 15 สรุปคะแนนความพึงพอใจในกลุ่มทดลอง (HT มีที่เลี้ยง n=34) หลังการทดลองครบ 1 เดือน

ข้อ	ข้อความคำถาม	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอน	70.60	29.40	0.00	0.00	0.00
2	ความเหมาะสม ความสะดวกสบาย ในเรื่องสถานที่อบรมให้ความรู้	44.10	52.90	2.90	0.00	0.00
3	ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม	67.60	32.40	0.00	0.00	0.00
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้	52.90	47.10	0.00	0.00	0.00
5	ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย	76.50	23.50	0.00	0.00	0.00
6	ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์	76.50	23.50	0.00	0.00	0.00
7	รูปแบบในการจัดให้ที่เลี้ยงไว้คอยกำกับดูแลพฤติกรรม	88.20	11.80	0.00	0.00	0.00
8	ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีที่เลี้ยงไว้คอยช่วยกำกับดูแล	94.10	2.90	2.90	0.00	0.00
9	ความต้องการที่จะให้มีโปรแกรมควบคุมด้านพฤติกรรมโดยมีที่เลี้ยง	85.30	14.70	0.00	0.00	0.00

จากตารางที่ 15 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีพี่เลี้ยง ในด้านการจัดการอบรมให้ความรู้ และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการมีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแล พบว่า

1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 70.60 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.40

2. ความเหมาะสม ความสะดวกสบาย ในเรื่องสถานที่อบรมให้ความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.90 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 44.10

3. ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 67.60 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 32.40

4. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 52.90 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.10

5. ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 76.50 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 23.50

6. ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 76.50 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 23.50

7. รูปแบบในการจัดให้พี่เลี้ยงไว้คอยกำกับดูแลพฤติกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 88.20 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 11.80

8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพี่เลี้ยงไว้คอยช่วยกำกับดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.10 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 2.90

9. ความต้องการที่จะให้มีโปรแกรมควบคุมด้านพฤติกรรม โดยมีพี่เลี้ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 85.30 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 14.70

ตารางที่ 16 สรุปจำนวนร้อยละของผู้ที่ทำแบบทดสอบความรู้หลังการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ครบ 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง (Pt HT ที่มีพีเลียง)

ข้อที่	สรุปข้อความด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลอง	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	โรคความดันโลหิตสูง หมายถึงโรคที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 160/90 mmHg ขึ้นไป	82.40	17.60
2	โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	64.70	35.30
3	เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้	73.50	26.50
4	โรคความดันโลหิตสูง สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น จากพ่อแม่สู่ลูก	91.20	8.80
5	ในระยะเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการใด ๆ ผู้ป่วยจึงไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	67.60	32.40
6	เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับอวัยวะสำคัญเช่น หัวใจ ไต ตา เส้นเลือดในสมอง	82.40	17.60
7	ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อการมองเห็นและทำให้ตาบอดได้	82.40	17.60
8	โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต	67.60	32.40
9	การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง กระป๋อง ปลา ร้า ผงชูรส และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุ้ง ปลาหมึก มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	76.50	23.50
10	ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่อง	70.60	29.40
11	การดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	94.10	5.90
12	การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	82.40	17.60
13	การสูบบุหรี่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	88.20	11.80
14	การออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้	82.40	17.60
15	การจำกัดใจให้สดชื่น แอ้มใส ไม่เครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้	79.40	20.60

ตารางที่ 17 สรุปจำนวนร้อยละของผู้ที่ทำแบบทดสอบความรู้หลังการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ครบ 1 เดือน ในกลุ่มเปรียบเทียบ (Pt HT ที่ไม่มีที่เลี้ยง)

ข้อที่	ข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง โรคที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 160/90 mmHg ขึ้นไป	76.50	23.50
2	โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	52.90	47.10
3	เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้	67.60	32.40
4	โรคความดันโลหิตสูง สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น จากพ่อแม่สู่ลูก	76.50	23.50
5	ในระยะเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการใด ๆ ผู้ป่วยจึงไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง	67.60	32.40
6	เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับอวัยวะสำคัญเช่น หัวใจ ไต ตา เส้นเลือดในสมอง	76.50	23.50
7	ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อการมองเห็นและทำให้ตาบอดได้	70.60	29.40
8	โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต	76.50	23.50
9	การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง กะปิ ปลาจืด ผงชูรส และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุ้ง ปลาหมึก มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	73.50	26.50
10	ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่อง	70.60	29.40
11	การดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	70.60	29.40
12	การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	73.50	26.50
13	การสูบบุหรี่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น	64.70	35.30
14	การออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้	85.30	14.70
15	การทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส ไม่เครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้	79.40	20.60

ตารางที่ 18 สรุปจำนวนร้อยละของผู้ที่ทำแบบทดสอบด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลังการทดลอง
ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ครบ 1 เดือน ในกลุ่มทดลองที่มีพี่เลี้ยง

พฤติกรรมด้านลบ	ปฏิบัติทุก วัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม ปลาร้า	0.00	0.00	0.00	76.50	23.50
2. เต็มเครื่องปรุงที่มีรสเค็มจัด ประเภทน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว เกลือป่น ลงใน อาหารระหว่างรับประทาน	0.00	14.70	17.60	64.70	2.90
3. ขนมหวาน ขนมเค้ก ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่าง ๆ	0.00	2.90	8.80	52.90	35.30
4. อาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ และอาหารที่ทอดหรือผัดด้วยน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เช่น ผัดไทย ผัดซีอิ๊ว ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวทอด มันทอด	0.00	0.00	11.80	32.40	55.90
5. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน เช่น เนื้อหมูสามชั้น เนื้อวัวติดมัน เนื้อเป็ด เนื้อไก่ที่ มีหนัง	0.00	0.00	5.90	52.90	41.20
6. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม	0.00	2.90	11.80	26.50	58.80
7. ผลไม้หวานจัด เช่น มะม่วง เงาะ ทูเรียน ขนุน ลำไย เป็นต้น	0.00	0.00	5.90	58.80	35.30
8. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เหล้าขาว เบียร์ เชียงขุน	0.00	0.00	2.90	17.60	79.40
9. การสูบบุหรี่ และควันทูหรี่	0.00	2.90	11.90	85.30	0
พฤติกรรมด้านบวก	ปฏิบัติทุก วัน	ปฏิบัติ 5-6 วัน	ปฏิบัติ 3-4 วัน	ปฏิบัติ 1-2 วัน	ไม่ปฏิบัติ
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	8.80	44.10	26.50	17.60	2.90
11. เมื่อท่านรู้สึกมีความเครียด ท่านจะหาวิธีปฏิบัติตัวเพื่อคลายเครียด เช่น นั่งสมาธิ ดูแลต้นไม้ ฟังเพลง เป็นต้น	32.40	41.20	23.50	2.90	0.00
12. ท่านพยายามทำจิตใจให้แจ่มใส และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความเครียด	0.00	26.60	47.10	23.50	2.90
13. ท่านรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง	91.20	5.90	2.90	0.00	0.00
14. ท่านไปพบแพทย์และตรวจวัดความดันโลหิตตามนัด	82.40	14.70	2.90	0.00	0.00
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติและปรึกษาแพทย์	85.30	8.80	5.90	0.00	0.00

ตารางที่ 19 สรุปจำนวนร้อยละของผู้ที่ทำแบบทดสอบด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลังการทดลอง
ตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ครบ 1 เดือนในกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมด้านลบ	ปฏิบัติทุก วัน (1)	ปฏิบัติ 5-6 วัน (2)	ปฏิบัติ 3-4 วัน (3)	ปฏิบัติ 1-2 วัน (4)	ไม่ปฏิบัติ (5)
1. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม ปลาร้า	2.90	23.50	47.10	26.50	0.00
2. เติมน้ำมันปรุงที่มีรสเค็มจัด ประเภทน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว เกลือป่น ลงในอาหารระหว่างรับประทาน	2.90	23.50	44.10	29.40	0.00
3. ขนมหวาน ขนมเคี้ยว ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่าง ๆ	2.90	14.70	52.90	29.40	0.00
4. อาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ และอาหารที่ทอดหรือผัดด้วยน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เช่น ผัดไทย ผัดซีอิ๊ว ปาท่องโก๋ กลัวยทอด มันทอด	2.90	52.90	26.50	17.60	0.00
5. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน เช่น เนื้อหมูสามชั้น เนื้อวัวติดมัน เนื้อเป็ด เนื้อไก่ที่มีหนัง	52.90	35.30	11.80	0	0.00
6. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม	50	26.50	23.50	0	0.00
7. ผลไม้หวานจัด เช่น มะม่วง เงาะ ทูเรียน ขนุน ลำไย เป็นต้น	0.00	32.40	26.50	41.20	0.00
8. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เหล้าขาว เบียร์ เขียงซุน	0.00	11.20	23.50	14.70	20.60
9. การสูบบุหรี่ และควันทูหรี่	0.00	17.60	32.40	26.50	23.50
พฤติกรรมด้านบวก	ปฏิบัติทุก วัน (5)	ปฏิบัติ 5-6 วัน (4)	ปฏิบัติ 3-4 วัน (3)	ปฏิบัติ 1-2 วัน (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
10. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง	0.00	0.00	35.30	52.90	11.80
11. เมื่อท่านรู้สึกมีความเครียด ท่านจะหาวิธีปฏิบัติตัวเพื่อคลายเครียด เช่น นั่งสมาธิ ดูแล่ต้นไม้ ฟังเพลง เป็นต้น	0.00	2.90	23.50	47.10	26.50
12. ท่านพยายามทำจิตใจให้แจ่มใส และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความเครียด	0.00	0.00	20.60	47.10	32.40
13. ท่านรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง	11.80	20.60	26.50	32.40	8.80
14. ท่านไปพบแพทย์และตรวจวัดความดันโลหิตตามนัด	0.00	5.90	32.40	44.10	17.60
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติและปรึกษาแพทย์	0.00	2.90	29.40	67.60	0.00

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง โดยประยุกต์และการสร้างเสริมพลังอำนาจมากระตุ้นการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจไม่พฤติกรรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิต โดยใช้กลุ่มพี่เลี้ยงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ สถานีอนามัยตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ระหว่างเดือนมกราคม 2551 ถึง เดือนธันวาคม 2551 ให้สามารถมีพฤติกรรมควบคุมการรับประทานเค็มและไขมัน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การบริหารจัดการความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ๆ ละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยงจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการปกติ การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัยทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วยค่าความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. การสร้างและการใช้โปรแกรม

ในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเป็นเป้าหมายต่างๆ ดังนี้ เป้าหมายด้านพุทธิพิสัย ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด การดื่มน้ำ การสูบบุหรี่ การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด เป้าหมายด้านจิตพิสัย ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถในตนเอง ความตั้งใจและความตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความมั่นใจที่จะควบคุมตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร พักผ่อน และลดความเครียด การดื่มน้ำและการสูบบุหรี่ การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด เป้าหมายด้านทักษะพิสัย ได้แก่ ทักษะในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนและลดความเครียดการดื่มน้ำและการสูบบุหรี่ การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จนเข้าใจแล้วนำมาสังเคราะห์เป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยงนั้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อ

พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้จริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กิจกรรมต่างๆ ที่เลือกใช้ได้มาจากการนำเป้าหมายนั้นมาจัดทำเป็นแผนงาน และออกแบบกิจกรรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมโปรแกรมที่เป็นขั้นตอน สามารถทำความเข้าใจกับโรคความดันโลหิตที่เกิดขึ้น วางแผนควบคุมความดันโลหิตร่วมกัน โดยการตั้งเป้าหมายและค้นหาวิธีการที่จะทำให้ความดันโลหิตลดลง เตรียมความพร้อม โดยทำความเข้าใจวิธีการควบคุมความดันโลหิต ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่วางแผนไว้ พร้อมทั้งติดตามตรวจสอบ ร่วมประเมินผลว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ ทุกขั้นตอนมีการเปิดโอกาสให้ซักถาม และมีการเสริมแรงให้กำลังใจ การช่วยเหลือกันและกันระหว่างสมาชิกของกลุ่มด้วยกัน จึงทำให้กิจกรรมต่างๆ เหล่านั้น ช่วยให้ผู้กลุ่มเป้าหมายเกิดการยอมรับ และนำไปสู่การปฏิบัติในที่สุด

2. ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร

พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.60 และร้อยละ 58.80 ตามลำดับ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้หญิงจะสนใจสุขภาพมากกว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 60.26 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 61.44 ปี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเป็นผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 38.20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 55.90 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่ได้รับการศึกษาไม่สูงเพราะเป็นการศึกษาในภาคบังคับในสมัยก่อน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่มทดลองเท่ากับ 1,923.53 บาท กลุ่มเปรียบเทียบ 2,585.27 บาท สังเกตว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีฐานะปานกลาง ระยะเวลาป่วยเป็นโรค กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เฉลี่ย 6.67 ปี และ 6.55 ปี ตามลำดับ

3. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง

การเปรียบเทียบ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง สรุปได้ว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยตนเองไม่มีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลสุขภาพ อย่างเห็นได้ชัด และความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเกิดประสิทธิผลจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้วิจัย รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมของพี่เลี้ยงที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ สร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้เห็นรูปแบบ

ตัวอย่างของพี่เลี้ยงที่คอยช่วยกำกับ ควบคุมดูแลผู้ป่วยด้านพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่ดีในการควบคุมความดันโลหิตสูง จนสามารถควบคุมในเรื่องของพฤติกรรมให้ดีขึ้น

ผลการวิจัยทั้งหมดสรุปได้ว่า โปรแกรมการมีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลสุขภาพซึ่งมาจากบุคคลภายในครอบครัว โดยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ และแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มาใช้เป็นแนวทางในการจัดเป็นโปรแกรมการมีพี่เลี้ยงในการทดลองเพื่อพัฒนาด้านความรู้และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจโดยการใช้กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้ญาติของผู้ป่วยคอยช่วยกำกับดูแลด้านพฤติกรรมให้เป็นไปตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้กำหนดไว้ โดยกลุ่มผู้วิจัย สาธิตฝึกปฏิบัติให้กำลังใจ โดยใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติ จำนวน 1 เดือนแล้วทำการประเมินผลโดยการใช้แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรม พบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยงสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ โปรแกรมที่สร้างขึ้นประกอบด้วยความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งในการเลือกกิจกรรมที่สร้างขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้ให้พี่เลี้ยงช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแทนสาธิต ฝึกปฏิบัติ ให้กำลังใจ พุดคุยให้คลายความกังวล และแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยาและการตรวจตามนัด มีผลทำให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมดีขึ้น ซึ่งใช้แรงสนับสนุนทางด้านสังคม โดยการนำเทคนิคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง กระบวนการรับรู้ดังกล่าวเกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร คือ สิ่งแวดล้อม การพูดคุยชวนจากการเรียนรู้จากการสังเกต และประสบการณ์ ที่บุคคลได้รับ นอกจากนี้ กิจกรรมตามโปรแกรมดังกล่าว ยังทำให้สมาชิกได้พูดคุยกัน ได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงได้เป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ปฏิบัติกับตนเอง ทำให้คลายความทุกข์ ปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมความดันโลหิตให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) โดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญอีกประการหนึ่ง ที่พบว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของ

บุคคล ทั้งทางตรงและทางอ้อม คือผลโดยตรงแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง ที่จะต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ผลทางจิตใจนี้ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัว และเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นทางที่จะหลีกเลี่ยง ภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีพี่เลี้ยงควบคุมกำกับดูแลสุขภาพที่มาจากคนในครอบครัว ซึ่งได้รับความรู้และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จากกลุ่มผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งต้องนำไปปฏิบัติด้วยตนเองโดยไม่มีพี่เลี้ยงควบคุมกำกับดูแลสุขภาพเหมือนกลุ่มทดลอง

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง) ก่อนการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาบ้างแล้ว และเป็นผู้ป่วยประจำของสถานอนามัยตำบลเนินมะกอก หลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่สูงขึ้น และเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ความตั้งใจในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) และกลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง) ก่อนการทดลองพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาบ้างแล้ว และเป็นผู้ป่วยประจำของสถานอนามัยตำบลเนินมะกอก หลังการทดลองพบว่าทั้งสองกลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นและเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของตั้งใจในพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการมีพี่เลี้ยงคอยกำกับดูแลสุขภาพด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่น่าเชื่อถือของผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมในการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับปัญหาในการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ประเมินศักยภาพของตนเองว่าทำได้ รวมทั้งรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ และปฏิบัติตัวต่อไปให้ต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (HT มีพี่เลี้ยง) จึงเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (HT ไม่มีพี่เลี้ยง) ทั้งในด้านของความรู้และด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มจึงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล (2538) ที่ศึกษาอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผลการวิจัย พบว่าจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม ร่วมกับการฝึกทักษะ การออกกำลังกาย และการใช้จดหมาย และสติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือนทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับปกติได้ และดวงกมล จันทน์นิมิต (2538) ที่ศึกษาอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอู่ตรดัดต์โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขศึกษา การช่วยเหลือทางสังคม โดยให้ญาติและผู้ป่วยเข้ากลุ่มร่วมกัน กลุ่มทดลองที่ 2 ให้เฉพาะผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ 1 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พฤติกรรมการสนับสนุนจากญาติ และระดับความดันโลหิตสูงลดลงดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งใช้แรงสนับสนุนทางด้านสังคม โดยการนำเทคนิคของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยง (DOT) ร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง มาใช้

ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ได้ประสิทธิผลดี ควรมีการเตรียมกลุ่มผู้ป่วย พี่เลี้ยง ให้ทราบแนวคิดวัตถุประสงค์ของการมีพี่เลี้ยงคอยควบคุมกำกับ อีกทั้ง การจัดกิจกรรมในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ได้คัดเลือกพี่เลี้ยงเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจ และจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง การใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหารที่รับประทาน การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การใช้ยา และมาตรวจตามนัด ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หรืออาจสื่อด้วยรูปภาพจะเข้าใจง่ายกว่าตัวหนังสือ เพราะผู้ป่วยที่สูงอายุหรือพี่เลี้ยง จะอ่านไม่ค่อยเห็นเนื่องจากตัวหนังสือเล็ก ในการตั้งเป้าหมายก็เช่นกัน ควรเริ่มต้นตั้งเป้าหมาย ที่คาดว่าจะสามารถทำได้ก่อน แล้วจึงจึงค่อยๆ เพิ่มเป้าหมายให้สูงขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้สึกมีกำลังใจในความสำเร็จ และจะมีการพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง จากความชื่นชมที่ได้รับทั้งจากพี่เลี้ยงและผู้วิจัย จะก่อให้เกิดพลังอำนาจในตนเอง และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์คงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นให้นานมากขึ้น

ควรนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ สถานีอนามัยอื่น ๆ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพด้านบริบททางสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มทดลอง ทำที่ความรู้สึกรู้อชีวิต เพื่อทราบความเป็นเอกลักษณ์ของผู้ป่วยเฉพาะพื้นที่ และทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว กับพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านการควบคุมความดันโลหิต ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดให้มีพี่เลี้ยงดูแล เป็นต้น

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการในการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อติดตามความคงทนของพฤติกรรม ความคงทนของการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง อย่างน้อย 6 เดือน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง และการยอมรับในกระบวนการ ต้องใช้ความสัมพันธ์ที่ใช้เวลานานพอสมควร จึงจะเห็นผลสัมฤทธิ์ของกระบวนการได้ชัดเจน

3. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการประเมินผลความรู้ของพี่เลี้ยง เพื่อทราบระดับความรู้ของพี่เลี้ยง เพื่อให้พี่เลี้ยงสามารถแก้ไขสถานการณ์ เป็นที่ปรึกษา และประยุกต์กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

บรรณานุกรม

- กวี เจริญลาภ. (2536) “ Treatment in Hypertension. ”, เวชปฏิบัติทันยุค 2537, โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กษมา สุนทรสุริยวงศ์.(2544) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยาวัตร คมพัยคณ. (2532) ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จุฬา อาจวิชัย.(2549) การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดมุกดาหาร ปี 2549.
- ชุติมา อัครถากร โกวิท. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และภาวะความดันโลหิตสูงในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชมพูนุช อ่องจรีต. (2527). ความดันโลหิตสูง. ในอายุรศาสตร์เวชปฏิบัติ 1 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : สีนประสิทธิ์การพิมพ์.
- ดวงกมล จันทร์นิมิต. (2538). อิทธิพลการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เตือนใจ หมวกแก้ว. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มนายทหารชั้นประทวน จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญญสิทธิ์ วรรณทร์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความดันโลหิตในสตรี
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาวิชาเอกชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในพฤติกรรมป้องกันการโรค
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
สุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัลลิกา มัติโก.(2536). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง
เกี่ยวกับการใช้ยาของชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดตาก, พิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์), สาขาเอกสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

รุ่งนภา ประยงค์หอม.(2548)การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลท่าซ่าง อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

ลัดดาวัลย์ ชานวิทิตกุล. (2538). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วุฒิพงษ์ ทองนุ้ย.(2548). ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกต
โดยตรง ของโรงพยาบาลสอยดาวจังหวัดจันทบุรี ในปีงบประมาณ 2548

วลัย อินทร์มพรรษ์. (2530). “ อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ”. โภชนบำบัด.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

วาสนา ปุรมณีวัฒน์. (2532). เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วย
ที่มีความดันปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2531). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 5. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ :
บริษัทเอเชียเพรส จำกัด.

สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2536). “การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” .

การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2 . (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
วีเจ พรินต์ติ้ง.

สพรั่งศักดิ์ จุลเคชะ.(2541) ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรักษา
ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต 2 จังหวัดสระบุรี.วารสาร โรคติดต่อ
24, 1(มกราคม-มีนาคม 2541): 55-61.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร (2551). สรุปผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข. เอกสารอัดสำเนา.

สุธรรม แผ่นดิน. (2535). ลดความดันโดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุธรรม ใบแก้ว. (2538). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือใน
การรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพันธ์ สัทิสสุข. (2536). “การรักษาความดันโลหิตในระดับต่างๆ”. เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค.

โครงการตำรา จุฬายูรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุเกียรติ อาชานานุภาพ. (2533). ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สุรางค์ เป็รื่องเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความร่วมมือ
ในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์ จันทรมณี. (2535). ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
สาธารณสุขศาสตร์ ดุษฎีบัณฑิต สาขา วิชาเอกสุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

.....(2543) กลวิธีทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์

สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536) ประสิทธิภาพของโปรแกรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่
วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เสก อักษรานุเคราะห์ (2534) การออกกำลังกายสายกลาง เพื่อสุขภาพและชะลอความแก่ ภาควิชา
 ออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 เสาวนีย์ ศรีติระกุล, เกลิมศรี นันทวรรณ, สุพรรณิ ชรากุล, โปยม บัลลัง โปธิ, อุษา เกานิบล. บัณฑิตวิทยาลัย
 เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวของการควบคุมความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุข
 ศาสตร์, 50-57, 2542.

โสภณ พานิชพันธ์ (2526) การใช้ยาภาวะดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
 พยาบาล โครงการตำราศิริราช

อารีย์ เขียรประมุข (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วย
 โรคความดันโลหิตสูง วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
 พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อารีรัตน์ ตโนภาส (2539) การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
 สังคม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ อำเภอ มโนรมย์ จังหวัด
 ชัยนาท วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
 วิชาเอก สุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Andreoli T.E. et al. (editors). (1986). *Consil Essential et Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders
 Company.

Bandure, A (1997). *Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change*.

Beland, Irene L. and Passos, Joyc y. (1985). *Clinical Nursing : pathophysiological*.
 Approach. 4 Blackburn, Henry, et al. The primary prevention of high
 blood pressure : a population approach. *Prev Med*, 14, 446-481.

Braien, Eoin and O., Malley, Kevin. (1983). *High Blood it*. Hong Kong : PG Publishing Pte

Ltd. Brurack, Robert C, Keller, Jacob, B. and et al. (1985). Cardiovascular risk Factors and
 obesity : Are baseline levels of Blood pressure, Glucose, Cholesterol and urine
 elevated prior to weight gain. *J Chron Dis*. 10. (1985, September), 865-872

Gillum, Richard F. et al. (1982). "Indices of obesity and blood pressure in young men followes 32
 years." *J Chron Dis*. 35. (1982, March), 211-219

Griffin, L.S. & Kee, J.L. (1986). Primary hypertension : Suggestions for preventive approach.

Fam community Health, 8 .56-67

- Hershey, J.C., Morton, B.G, Davis, J.B, Reichgott, M.J. (1980). Patient Compliance with Antihypertensive medication. **American Journal of Public Health, 70** (1980, October), 1081-1089
- Houston, Mark C. (1986). Sodium and Hypertension. **Arch Intern Med.**, 179-185
- Kannel, William. B., et al. (1970). Epidemiologic Assessment of The Role of Blood Pressure in Stroke : The Framingham Study. **The Journal of the American Medical Association.** 214, 301-310
- Kaplan, Berton H., Cassel, Hohn C. and Gore, Susan, (1977). Social support and health. **Med Care**, 15 (1977, May), 47-58
- Kochar, Mahende S. and Daniels, Linda M. (1987). **Hypertension control : for Nurses and Other Health Professionals.** St. Louise : the C.V. Mosby Company.
- Marson, Shirley C. (1982). **Hypertension Care : A Guide for patient Education.** Norwalk : Appleton- Century-Crofts.
- Pender, N.G. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice.** 2 ed. USA. : Appleton & Lange
- Ready, Timothy. (1985). "An ethnology and the study of chronic disease : adolescent blood pressure in Corpus Christi", Texas. **Soc Sci Med**, 21. 443-450.
- Rissanen, A. et al. (1985). "Treatment of hypertension in obese patient : efficacy and feasibility of weight and salt reduction program". **Acta Med Scand**, 218 (1985, February), 149-156.
- Ronal W Rogers Mackay. (1986). "Protection Motivation Theory". **Health Education Research Theory and Practice**, 1, 163-161.
- Sauder, J.B., Bervers, D.G. and Paton, A (1981). "Alcohol induce hypertension". **Lancet**, 2, (1981, Sep), 653-656
- Ueshima, Hisugu. Et al. (1984). "Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese Population". **J Chorn Dis.** 37, (1984, August), 585-592.
- World Health Organization and the International Society of hypertension. (1983). "Guidelines for the Management of mild hypertension". **Bull WHO.**

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย เรื่องประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง

ตำบลเนินมะกอก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทั่วไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มมีพี่เลี้ยง

คำชี้แจงแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง
 ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้เติมตัวเลขลงใน หรือทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในตัวเลือกที่ตรงกับความเป็นจริง

- เพศ ชาย หญิง
- อายุ.....ปี
- ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงมานาน.....ปี.....เดือน
- ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร
 ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม:เมตร²
- สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า หม้าย แยกกันอยู่
- ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา/เทียบเท่า ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่น ๆ.....
- อาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง ค้าขาย แม่บ้าน
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ไม่ได้ทำงาน
- รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง () ก่อนอบรม () หลังอบรม

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฟัง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบให้ตรงกับคำตอบของผู้ป่วย

ข้อคำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคความดันโลหิตสูง หมายถึงโรคที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 160/90 mmHg ขึ้นไป		
2. โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
3. เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น จะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้		
4. โรคความดันโลหิตสูง สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เช่น จากพ่อแม่สู่ลูก		
5. ในระยะเริ่มแรกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการใด ๆ ผู้ป่วยจึงไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
6. เป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับอวัยวะสำคัญเช่น หัวใจ ไต ตา เส้นเลือดในสมอง		
7. ระดับความดันโลหิตที่สูงเป็นเวลานาน จะมีผลต่อการมองเห็นและทำให้ตาบอดได้		
8. โรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต		
9. การรับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง กะปิ ปลาร้า ผงชูรส และอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น กุ้ง ปลาหมึก มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
10. ถึงแม้ว่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่อง		
11. การดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
12. การดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
13. การสูบบุหรี่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น		
14. การออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		
15. การทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส ไม่เครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง () ก่อนอบรม () หลังอบรม

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อคำถามให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงฟัง แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของผู้ป่วย โดยพิจารณาจากเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ปฏิบัติทุกวัน หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/สัปดาห์

ปฏิบัติ 5-6 วัน หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติ 3-4 วัน หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติ 3-4 วัน/ สัปดาห์

ปฏิบัติ 1-2 วัน หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปฏิบัติ 1-2 วัน/ สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่มีการปฏิบัติเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุกวัน (1)	ปฏิบัติ 5-6 วัน (2)	ปฏิบัติ 3-4 วัน (3)	ปฏิบัติ 1-2 วัน (4)	ไม่ ปฏิบัติ (5)
การควบคุมน้ำหนักตัว					
- การรับประทานอาหาร					
1. อาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม ปลาร้า					
2. เติมเครื่องปรุงที่มีรสเค็มจัด ประเภทน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว เกลือป่น ลงในอาหารระหว่างรับประทานอาหาร					
3. ขนมหวาน ขนมเล็ก ขนมใส่กะทิ ข้าวเหนียวหน้าต่างๆ					
4. อาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ และอาหารที่ทอด หรือผัดด้วยน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เช่น ผัดไทย ผัดซีอิ๊ว ปาต่องไก่ ก๋วยเตี๋ยวทอด มันทอด					
5. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน เช่น เนื้อหมูสามชั้น เนื้อวัว ติดมัน เนื้อเป็ด เนื้อไก่ที่มีหนัง					
6. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม					
7. ผลไม้หวานจัด เช่น มะม่วง เงาะ ทูเรียน ขนุน ลำไย เป็นต้น					
8. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เหล้าขาว เบียร์ เชียงขุน					
9. การสูบบุหรี่ และควันบุหรี่					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุกวัน (5)	ปฏิบัติ 5-6 วัน (4)	ปฏิบัติ 3-4 วัน (3)	ปฏิบัติ 1-2 วัน (2)	ไม่ ปฏิบัติ (1)
- การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					
10. ท่านออกกำลังกาย ครั้งละประมาณ 30 นาที อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง					
- การผ่อนคลายความเครียด					
11. เมื่อท่านรู้สึกมีความเครียด ท่านจะหาวิธีปฏิบัติตัวเพื่อคลายเครียด เช่น นั่งสมาธิ ดูเต๋ต้นไม้ ฟังเพลง เป็นต้น					
12. ท่านพยายามทำจิตใจให้แจ่มใส และหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดความเครียด					
- การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง					
13. ท่านรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง					
- การรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง					
14. ท่านไปพบแพทย์และตรวจวัดความดันโลหิตตามนัด					
15. ท่านสังเกตอาการผิดปกติและปรึกษาแพทย์					

ภาคผนวก ข

แบบประเมินผลความพึงพอใจ

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีพี่เลี้ยง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือกรอกข้อความตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ร่วมโครงการฯ

ที่	รายการ/การบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอน					
2	ความเหมาะสม ความสะดวกสบายในเรื่องของสถานที่อบรมให้ความรู้					
3	ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม					
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้					
5	ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย					
6	ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์					
7	รูปแบบในการจัดให้มีพี่เลี้ยงไว้คอยกำกับดูแลด้านพฤติกรรม					
8	ประโยชน์ที่ได้รับจากการมีพี่เลี้ยงไว้คอยช่วยกำกับดูแล					
9	ความต้องการที่จะให้มีโปรแกรมควบคุมด้านพฤติกรรม โดยมีพี่เลี้ยง					

ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

.....

แบบประเมินผลความพึงพอใจ
ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีที่เตียง (กลุ่มเปรียบเทียบ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หรือกรอกข้อความตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ร่วมโครงการฯ

ที่	รายการ/การบริการ	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	ความเหมาะสมของเนื้อหาในการอบรมให้ความรู้ กับภาษาที่ใช้สอน					
2	ความเหมาะสม ความสะดวกสบายในเรื่องของสถานที่อบรมให้ความรู้					
3	ความสามารถของวิทยากรที่ถ่ายทอดให้ความรู้ในการอบรม					
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรมให้ความรู้					
5	ความเหมาะสมของโปรแกรมในการควบคุมดูแล การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย					
6	ระดับความรู้ที่ได้รับต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวให้เกิดประโยชน์					

ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นเพิ่มเติมอื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ตัวอย่าง แผนการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 ผู้สอน นางสุนันท์ ถึงหัตถ์ พยาบาลวิชาชีพ สถาบันอนามัยตำบลเนินมะกอก และคณะผู้วิจัย
 ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 34 คน
 สถานที่ หน่วยบริการปฐมภูมิสถาบันอนามัยเนินมะกอก อำเภอปานงูเงินนาก จังหวัดพิจิตร
 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ช่วยมีความรู้และเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน
 วิธีการ ให้ความรู้โดยใช้สไลด์ วีดิทัศน์ ประกอบคำบรรยาย, ประสิทธิภาพของผู้ป่วย, กิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยสามารถบอกถึง ความหมายของโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุได้	โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากการ เปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุคือ ค่าความ ดันโลหิตที่สูงกว่าระดับปกติ โดยไม่มีสาเหตุจากโรค อื่นๆที่มีผลให้ความดันโลหิตสูง	การนำเข้าสู่บทเรียน โดย พูดคุยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ สนทนาถึงความรู้เดิม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็น ฉายสไลด์ประกอบคำบรรยาย/ฉาย วีดิทัศน์	เครื่องขยายเสียง ไมโครโฟน	สังเกตความสนใจ การมีส่วนร่วมในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถระบุถึงระดับ ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน ของโรคความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุ	ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงมี 3 ระดับ คือ ความดันโลหิตสูงแรงเล็กน้อย ปานกลาง และ รุนแรงมาก ผู้ที่มีความดันโลหิตระดับ 140/90 มีสิทธิ์ทรุดทรองขึ้นไปควรได้รับการดูแลจากแพทย์	การบรรยายด้วยสไลด์	สไลด์คู่มือ	สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>3. ผู้ป่วยสามารถระบุถึงสาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ</p>	<p>ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อายุสั้นลง 2. เกิดความดันโลหิตสูงวิกฤตซึ่งส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญได้แก่ เส้นเลือด สมอง หัวใจ ไต ตา <p>แม้จะไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ ปัจจัยทางพันธุกรรม ความอ้วน อาหารเค็มจัด ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่</p>	<p>การบรรยายด้วยสไลด์</p>	<p>สไลด์/คู่มือ</p>	<p>สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้</p>
<p>4. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงอาการของโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	<p>อาการของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เวียนศีรษะ ตาพร่า อาการของการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก เป็นลมไม่รู้สึกตัว อัมพฤกษ์ อัมพาต</p>	<p>การบรรยายด้วยสไลด์</p>	<p>สไลด์/คู่มือ</p>	<p>สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้</p>
<p>5. ผู้ป่วยสามารถระบุภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงต่ออวัยวะต่างๆ ได้ 3 ใน 5 ข้อ</p>	<p>โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้ คือ 1. หัวใจ 2. หลอดเลือด 3. สมอง 4. ไต 5. ตา</p>	<p>การบรรยายด้วยสไลด์</p>	<p>สไลด์/คู่มือ</p>	<p>สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>6. ผู้ป่วยสามารถบอกโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ</p>	<p>โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเกิดจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ เพศ ความอ้วน ความเครียด 2. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาหาร ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 	<p>การบรรยายด้วยสไลด์</p>	<p>สไลด์/คู่มือ</p>	<p>สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้</p>
<p>7. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้ 4 ใน 6</p>	<p>การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงซึ่งจะทำให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมอาหาร 2. การออกกำลังกาย 3. การผ่อนคลายความเครียด 4. การใช้ยาควบคุมความดันโลหิต 5. การมาตรวจตามนัด 6. การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา 	<p>การบรรยายด้วยสไลด์/กิจกรรมกลุ่ม สาธิตการออกกำลังกาย</p>	<p>สไลด์/คู่มือ/วิดีโอ/วีดิทัศน์/เครื่องเล่นซีดี</p>	<p>สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	อุปกรณ์	การประเมินผล
8. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการโรคความดันโลหิตสูงได้	* อ่านส่วนเนื้อหา อาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูง*	การบรรยายด้วยสไลด์ ผู้ช่วยเล่าประสบการณ์	สไลด์คู่มือ	สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้
9. ผู้ป่วยสามารถบอกเกี่ยวกับอาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรงดได้ตามชนิดของอาหารได้ถูก 7 ชนิด ใน 10 ชนิดอาหาร	* อ่านส่วนเนื้อหา อาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูง*	การบรรยายด้วยสไลด์ ผู้ช่วยเล่าประสบการณ์	สไลด์คู่มือ, ตัวอย่าง รายการอาหาร, ตัวอย่าง เครื่องปรุงรส	สังเกตความสนใจ ตอบคำถามได้

ภาคผนวก

การหาค่าความยากง่าย (Difficulty) เฉพาะข้อถูก

พิจารณาเฉพาะจำนวนที่ทำข้อถูกโดยหาจากสูตร

$$P = \frac{R}{N}$$

P = ค่าความยาก

R = จำนวนคนตอบถูกในข้อนั้น

N = จำนวนผู้ตอบทั้งหมด

ระดับความยากของข้อสอบสามารถพิจารณาได้ดังนี้

ข้อที่	ค่า P=(R/N)	ความหมาย	แปลผล
1	22 / 30 = 0.73	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
2	17 / 30 = 0.57	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
3	22 / 30 = 0.73	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
4	17 / 30 = 0.57	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
5	11 / 30 = 0.37	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
6	5 / 30 = 0.17	ค่อนข้างยาก	ถ้าน้อยกว่านี้ไม่ควรใช้
7	21 / 30 = 0.70	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
8	21 / 30 = 0.70	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
9	23 / 30 = 0.77	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
10	23 / 30 = 0.77	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
11	11 / 30 = 0.37	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
12	6 / 30 = 0.20	ค่อนข้างยาก	ถ้าน้อยกว่านี้ไม่ควรใช้
13	15 / 30 = 0.50	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก
14	24 / 30 = 0.80	ค่อนข้างน้อย	ถ้ามากกว่านี้ไม่ควรใช้
15	9 / 30 = 0.30	ปานกลาง	คุณภาพดีมาก

ค่า P ควรอยู่ระหว่าง 0.20-0.80 จึงจะใช้ได้

ฉะนั้น ความยากง่ายของแบบทดสอบชุดนี้ คือ $P = 8.23/15 = 0.55$

การแปลผลค่าดัชนี IOC

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ				รวม	ค่าเฉลี่ย	สรุปผล
	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	ท่านที่ 4			
1	1	0	1	1	3	0.75	ใช้ได้
2	1	1	1	0	3	0.75	ใช้ได้
3	0	1	0	1	2	0.5	ใช้ได้
4	1	1	0	1	3	0.75	ใช้ได้
5	1	0	0	1	2	0.5	ใช้ได้
6	1	-1	1	1	2	0.5	ใช้ได้
7	1	0	0	1	2	0.5	ใช้ได้
8	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
9	0	1	0	1	2	0.5	ใช้ได้
10	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
11	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
12	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
13	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
14	1	1	1	1	4	1	ใช้ได้
15	1	1	0	1	3	0.75	ใช้ได้
รวม	13	10	9	14	46	11.5	
สรุปค่า IOC						0.77	ใช้ได้

