

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา นำเสนอเป็นหัวข้อดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
7. ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองชุมพร
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
9. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็ ☐ นป ☐ ญหาทางสุขภาพที่สำคัญป ☐ ญหาหนึ่งเนื่องจากโรคนี้ มีอาการ ไม่ ☐ ชัดเจนในระยะต ☐ น การค ☐ นพบวินิจฉัยโรคจึงอาจค ☐ นพบได้ ☐ ช ☐ ำ เมื่อเป็ ☐ นค วามดันโลหิตสูงแล ☐ ว การรักษาจะช ☐ วยให้ ☐ ุข ☐ ป ☐ วยมีอายุยืนยาวขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกช ☐ อน แต่ ☐ ถ ☐ ำปล ☐ อยทิ้งไว้ ☐ ไม่ ☐ รักษา จะทำให้ ☐ เกิดภาวะแทรกช ☐ อนที่ทำให้ ☐ ุข ☐ ป ☐ วยเสียชีวิตได้ (Williams & Braunwald, 1987 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2545ข) ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ ☐ มีการรณรงค์ ☐ ให้ ☐ ความรู้ ☐ แก่ ☐ ประชาชนตั้งแต่ ☐ ปี ค.ศ.1972 เป็ ☐ นค ☐ นมา ทำให้ ☐ มีความก ☐ าวหน ☐ ำในการค ☐ นพบ รักษา และควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป ☐ วยที่รู้ ☐ ตัว ☐ ำเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น การควบคุมความดันโลหิต โดยการไ้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงประสบความสำเร็จมากขึ้นค ☐ วย ดังจะเห็นได้ ☐ ว ☐ ำใน 20 ป ☐ ที่ผ ☐

านมาอัตราตายจากหลอดเลือดหัวใจลดลงประมาณ ร้อยละ 50 และโรคหลอดเลือดสมองลดลงร้อยละ 57 การค้นพบการรักษา และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงจึงมีผลทำให้ อัตราตายลดลง

คำจำกัดความโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของเส้นโลหิตแดง

ความดันซิสโตลิก (ความดันโลหิตตัวบน) หมายถึง ค่าความดันของเลือดสูงสุดที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ขณะที่หัวใจหดตัวเต็มที่บีบเลือดออกมาจนหมดจากห้องหัวใจคนๆ หนึ่ง

ความดันไดแอสโตลิก (ความดันโลหิตตัวล่าง) หมายถึง ค่าความดันต่ำสุดที่เกิดขึ้นตามมาในระหว่างการขยายตัวของห้องหัวใจเพื่อรับเลือด

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่สูงต่อเนื่องจนไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเจ็บป่วยต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรนั้น ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตก หัวใจล้มเหลว หลอดเลือดโป่งพอง ปัสสาวะเป็นเลือด และไตล้มเหลว เป็นต้น ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันของระดับความดันโลหิตต่อโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บป่วยดังกล่าวในแต่ละกลุ่มประชากร

ตามมาตรฐานของ WHO/ISH (World Health Organization/International Society of Hypertension) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้คือ “ความดันโลหิตที่วัดด้วยอุปกรณ์อัตโนมัติหลาย ๆ ครั้ง ในต่างวาระ และมีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท” โดยสามารถแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามตารางข้างล่าง

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

ระดับ	ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
Grade 1 ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย	140-159	90-99
Grade 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง	160-179	100-109
Grade 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง	≥ 180	≥ 110
ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงอย่างเดียว	≥ 140	< 90

(เสวต นนทกานันท์, 2548 : 152)

พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อายุ 92-94 ปี ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ แต่ในศูนย์การแพทย์ที่มีการตรวจวิเคราะห์โรคอย่างพิเศษ พบว่าสามารถแยกความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุได้มากถึงร้อยละ 35 (Williams & Braunwald, 1987 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2545) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ อาจเกิดจากความผิดปกติหลาย ๆ อย่างรวมกัน ทั้งทางสรีรวิทยา (physiologic mechanism) ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น จากกลไกดังนี้ (1) เก็บน้ำและโซเดียมไว้มากขึ้นทำให้มีปริมาณของน้ำในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (2) หลอดโลหิตหดตัวทำให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น และ (3) การเพิ่ม cardiac output เนื่องจากมีน้ำเพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียน นอกจากนี้ความผิดปกติที่อาจเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้แก่ ปกติปัจจัยทางพันธุกรรม จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยทางครอบครัว (McEntee & Peddicord, 1987; WHO, 1983 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ดี, 2545)

ระดับความดันโลหิต เกิดขึ้นโดยแรงดันเลือดจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ปริมาณของของเหลวในระบบหลอดเลือด (ซึ่งขึ้นกับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกลไกการไหลของผนังหลอดเลือด กลไกที่มีปฏิกิริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ไต มีการหลั่งฮอร์โมน การปรับความสมดุลของน้ำ และการขับโซเดียม และระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic nervous system, sns) เมื่อหน้ที่หลอดเลือดเสียหายความควบคุมจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงร่างกาย ผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าลง และน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ซึ่งเป็สาเหตุให้เกิด congestive heart failure ความดันโลหิตสูงเป็ตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว โดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้น เพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่านหลอดเลือดที่มีลิ้นมาเกาะตามผนัง เซ็นเซอร์ และสิ่งอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่า ความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) โรคไต และโรคของหลอดเลือดของหัวใจ

จากการศึกษาของ Framingham แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็โรคหลอดเลือดหัวใจ 3 - 4 เท่า และโรคหลอดเลือดของสมอง 7 เท่า เมื่อเทียบกับผู้

☐ ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ ☐ ในเกณฑ์ ☐ ปกติ ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ☐ อยู่
ละ 30 สำหรับความดันโลหิต ที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 10 มิลลิเมตรปรอท

ปัจจัยที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1. ประวัติครอบครัว การถ่ายทอดทางพันธุกรรมไม่ชัดเจน เข้าใจว่าเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 120) แต่ความเชื่อที่ว่ากรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงมีมานานแล้ว และได้มีผู้พยายามศึกษาทั้งในสัตว์ทดลองและคนอย่างมากมาย พอสรุปได้ว่ากรรมพันธุ์มีอิทธิพลในการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้มีผู้รายงานโอกาสที่เด็กซึ่งมีสายเลือดเดียวกันเกิดโรคความดันโลหิตสูงบ่อยกว่าเด็กที่ขอมมาเลี้ยงไว้ในครอบครัวที่มีโรคความดันโลหิตสูง บุคคลในครอบครัวเดียวกันมักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ไม่พบความสัมพันธ์กันระหว่างโรคความดันโลหิตสูงของบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม อย่างไรก็ตามอิทธิพลของพันธุกรรมนี้ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นไปตามกฎของเมนเดล เข้าใจว่าคงมีอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แฝงเข้ามา เช่น การเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้นตามอายุ อาชีพ ขนาดของครอบครัว การออกกำลังกาย ความอ้วน ความเค็มในอาหาร ซึ่งล้วนแต่เป็นอิทธิพลที่สำคัญที่อาจเสริมพันธุกรรมอยู่ด้วย (สมชาติ โลจายะและคณะ, 2544 : 86)

2. เพศ เพศชายมักจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่าเพศหญิง จนกระทั่งอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยความดันซิสโตลิกของเพศชายมีอัตราเพิ่มขึ้นปีละ 0.3-0.5 มิลลิเมตรปรอทต่อปี ความดันซิสโตลิกของเพศหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้นปีละ 0.6-0.8 มิลลิเมตรปรอทต่อปี (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545 : 74) นอกจากนี้เพศชายจะมีอัตราการตายหรือความพิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง แต่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาดีกว่า ส่วนเพศหญิงจะมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การทดแทนฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การเผชิญภาวะวิกฤต เป็นต้น

3. อายุ มักขึ้นอยู่กัปัจจัยเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุ เช่น ผู้หญิงวัยสาวรับประทานคุมกำเนิดหรือในวัยสูงอายุมีการแข็งตัวของหลอดเลือดจากขบวนการเสื่อมหรือมีความดันโลหิตสูงจากการเจ็บป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น จากการศึกษาสถานการณ์และการกระจายของภาวะความดันโลหิตในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศในแถบตะวันตกพบว่าแนวโน้มความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนอายุ 80 หรือ 90 ปี (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545 : 75)

4. เชื้อชาติ พบว่าชาวผิวดำในสหรัฐอเมริกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวผิวขาวตลอดจนเริ่มเป็นในอายุน้อยกว่าและมีความรุนแรงของโรคจนเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า เช่น

โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายระยะสุดท้าย หัวใจวาย และเวนทริเคิลซ้ายโต เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 121)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวหรือความอ้วน จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับในแต่ละวัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย อิทธิพลทางจิตวิทยาและสังคม การดื่มน้ำชา กาแฟ และการสูบบุหรี่

1. น้ำหนักตัวและความอ้วน

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิต จากการศึกษาในระยะยาว พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของบุคคลมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตด้วยและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยมากกว่าเกณฑ์ปกติโดยทั่วไป ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม มักจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้น ประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติจะขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะน้ำหนัก ดังนั้นคนที่มีรูปร่างใหญ่โตหรืออ้วนมักจะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กและผอม ความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนและโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาโดยการคัดกรองชุมชน ในตัวอย่างประชากร 1 ล้านคน เพื่อดูการกระจายของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ในคนที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี และมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากเป็น 2 เท่าของคน น้ำหนักปกติ โรคอ้วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ นอกจากจะทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบและหัวใจขาดเลือดแล้ว มีหลักฐานแน่ชัดโดยองค์การอนามัยโลกว่า คนอ้วนที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 6 เท่าของคนผอม การลดน้ำหนักตัวเฉลี่ย 10.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ 26/20 มิลลิเมตรปรอท (ธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2546 : 29)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับความดันโลหิตสูง 3 ประการ คือ

- 1.1 ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตแบบก้ำกึ่ง และอ้วนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.2 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 1.3 การลดน้ำหนักลงสู่เกณฑ์ปกติจะส่งผลทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงลดลงได้
- โดยร่วมกับการลดปริมาณเกลือที่บริโภคด้วย

2. ภาวะเครียด

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2551 : 190) กล่าวว่า ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงดันของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจ และบุคลิกภาพด้วย

3. อาชีพ

อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดบ่อยๆหรือต้องตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะคุกคามต่อชีวิต บุคคลอื่น เช่น ผู้ควบคุมการจราจรทางอากาศ นักธุรกิจ เป็นต้น ซึ่งอาชีพเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

4. แบบแผนการดำเนินชีวิต

4.1 การรับประทานเกลือโซเดียมมากเกินไป

จากการศึกษาหลายๆแห่งสรุปได้ว่าปริมาณเกลือที่ประชาชนบริโภคมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง นอกจากนี้การลดเกลือในอาหารก็สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ (Swales, 1998 : 201) เนื่องจากเกลือโซเดียมดูดน้ำได้มาก ทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดนั้น จากการศึกษาของ Intersalt Co-operative Research Group (1989-2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเกลือกับความดันโลหิตสูง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงจาก 32 ประเทศทั่วไป จำนวน 12,000 คน พบว่า คนที่ชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัดจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่กลุ่มที่รับประทานเกลือน้อยกว่า 5,500 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่า แม้อายุจะมากขึ้นความดันโลหิตยังคงอยู่ในระดับต่ำแทนที่จะสูงขึ้นตามอายุ สำหรับชาวเกาะทะเลใต้ที่ใช้น้ำทะเลมาต้มผัก คนกลุ่มนี้รับประทานเกลือน้อยกว่า 15,000 มิลลิกรัมต่อวัน ปรากฏว่าความดันโลหิตของทุกคนรวมทั้งเด็กมีค่าสูงกว่าปกติ (ไพบูลย์ จาตุรปัญญา, 2543 : 36)

4.2 การดื่มแอลกอฮอล์ เชื่อว่ามีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการศึกษาเพิ่มเติมได้ยืนยันว่า การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะเพิ่มความดันโลหิตสูงได้จริง โดยบุคคลที่ดื่ม Ethanol alcohol ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวัน จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 1 มิลลิเมตรปรอท แต่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนว่ากลไกเป็นอย่างไร อาจจะมีการเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว หรือเส้นเลือดสมองส่วนกระดูก เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 127)

4.3 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ แต่คนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานอาจไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย

4.4 การดื่มกาแฟ ตามปกติทั่วไปไม่แน่ชัดว่าจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใด แต่การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

4.5 การออกกำลังกาย ทำให้การไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีดีขึ้น และพบไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ ทั้งนี้เป็นเพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน ดังนั้นหลังการออกกำลังกายจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ชีพจรในขณะพักลดลง โดยผ่านทางกลไกของระบบประสาทซิมพาเทติกและฮอโมนชนิดโปรสตาแกรนดิน ซึ่งมีผลต่อปฏิกิริยาของฮอโมนเรนิน ทำให้ปริมาณพลาสมาลดลง ส่งผลให้ความหนืดของพลาสมาลดลง และการออกกำลังกายชนิดแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นวิธีการปฏิบัติตัวในการลดความดันโลหิตที่ดีวิธีหนึ่ง (เศวต นนทกานันท์, 2549 : 133) ผลดีของการออกกำลังกายจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการลดความเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 148)

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ

พบว่า การเกิดความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจไม่ดีซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่อาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ความคับข้องใจหรือความไม่พอใจในฐานะที่เป็นอยู่ และความเครียด เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีความรุนแรงน้อยหรือปานกลางมักจะไม่มีอาการแสดงออกมาให้เห็น แต่ถ้าหากว่าความดันโลหิตสูงขึ้นหรือสูงอยู่นานอาจพบอาการได้ดังต่อไปนี้ (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2544 : 231-232)

1. ปวดศีรษะ อาการปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูงพบได้ไม่บ่อยอย่างที่เข้าใจกัน โดยทั่วไปมักจะปวดบริเวณท้ายทอย ส่วนใหญ่จะเป็นตอนเช้าและอาจมีอาการคลื่นไส้ ตามัว ร่วมด้วย อาการเหล่านี้จะพบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤตหรือความดันโลหิตสูงที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเร็ว พบว่าในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท อาการปวดศีรษะจะไม่พบบ่อยกว่าพวกที่มีความดันโลหิตปกติ

2. ไมเกรน มีผู้สังเกตว่าไมเกรนและโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นไมเกรนมากกว่าคนปกติ และผู้ที่เป้นไมเกรนก็พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

3. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบไม่บ่อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออกโดยไม่มีโรคของโพรงจมูกมักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อย ๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้เป็นปกติ ในผู้ป่วยที่มีความดันตัวล่างสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึง

หมดสติ รวมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชัก เป็นอัมพาต และอาจเสียชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ จะมีผลต่ออวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 139)

1. หัวใจ หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจ เวนทริเคิลซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจยืดขยายขึ้นและปรากฏอาการของภาวะหัวใจวายตามมา อาการเจ็บหน้าอกอาจพบได้เนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีมีความเสื่อมร่วมกับความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่โตเพิ่มมากขึ้น ในการตรวจร่างกายจะพบว่า มีหัวใจโตและมี left ventricular impulse เค้นชัด เสียงปัดของลิ้นเอออร์ติคจะชัดเจน และบางครั้งอาจได้ยินเสียง murmur ของลิ้นเอออร์ติกรั่ว บางครั้งอาจได้ยินเสียงควบ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมักแสดงถึง เวนทริเคิลซ้ายโตได้บ่อย อุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบในระยะหลัง ๆ สาเหตุของการเสียชีวิตของภาวะความดันโลหิตสูงมักเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจวาย

2. ระบบประสาท การเกิดความดันโลหิตสูงระยะยาวจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา และระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตา คือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบโดยทั่ว ๆ ไปอย่างรวดเร็วและมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกและ Exudates ในจอตาและหัวประสาทตาบวม (papilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา (scotomata) ตามัวและอาจถึงตาบอดได้ โดยเฉพาะในรายที่มีหัวประสาทตาบวมหรือตกเลือดที่บริเวณ macular หากสามารถลดความดันโลหิตลงในระดับที่เหมาะสม อาการเหล่านี้จะดีขึ้นได้ส่วนระบบประสาทส่วนกลางเสื่อมหน้าที่นั้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย (occipital headache) ในตอนเช้า ๆ ในระยะแรกจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ รู้สึกบ้านหมุน หูอื้อ ตาพร่ามัวหรือเป็นลม แต่ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นจะมีอาการของเส้นเลือดอุดตัน ตกเลือดในสมอง หรือ (hypertensive encephalopathy) ซึ่งเป็นปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น คือ มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง หัวประสาทตาบวมและอาจชักได้

3. ไต จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลงและหน้าที่ของ tubular เสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด ที่อาจมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นชัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตด้วยภาวะไตวาย

นอกจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อโรคความดันโลหิตสูงแล้ว การดำเนินโรคที่มีผลต่ออวัยวะส่วนปลาย โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือดจะมีความรุนแรงอย่างไร และมีการพยากรณ์โรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้ (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545 : 47)

1. เชื้อชาติ ในสหรัฐอเมริกา คนผิวดำจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดีเท่ากับคนผิวขาว
2. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุน้อย จะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี
3. เพศชายจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี มากกว่าเพศหญิง
4. ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (ไดแอสโตลิก) สูงอยู่นานมากกว่า 115 มิลลิเมตรปรอท
5. การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
6. การเป็นโรคเบาหวาน
7. มีภาวะไขมันโคเลสเตอรอลสูง
8. โรคอ้วน
9. มีการทำลายของอวัยวะส่วนปลาย เช่น หัวใจ ตา ไต และระบบประสาท

การรักษาความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติ ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่มีความดันโลหิตสูง ระดับความรุนแรงน้อย ความดันโลหิตที่ต่ำกว่า คือ 120/80 ถึง 130/80 มม.ปรอท ส่วนผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง สูงทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ความดันโลหิตที่ต่ำกว่าคือต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และผู้ป่วยที่มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว ความดันที่ต่ำกว่าคือความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 มม.ปรอท (WHO, 1993 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2545) การรักษาความดันโลหิตสูงโดยใช่ยาเป็วิธีหนึ่งที่แนะนำให้ใช้ แต่ความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มอาการ (hypertension syndrome) คือ มีความผิดปกติในส่วนของหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) และระบบเผาผลาญ (metabolism) การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงไม่ได้อาศัยแต่การรักษาเพื่อลดความดันโลหิตอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย การรักษาความดันโลหิตสูงจึงมีทั้งการรักษาด้วยยา (pharmacologic treatment) และการรักษาที่ไม่ใช่ยา (nonpharmacologic treatment) ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) ในการดูแลตนเอง

การรักษาสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การรักษาด้วยการปฏิบัติตัว และการรักษาด้วยการใช้ยา เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย การรักษาด้วยการปฏิบัติตัวจะต้องกระทำตลอดการรักษา

1. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic treatment of hypertension)

เนื่องจากปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมีหลายประการ ซึ่งล้วนแต่เกิดจากการมีพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ที่เรียกว่าการปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวัน (life-style modification) นั้น จึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องและมีความจำเป็น เพราะการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต้องรักษาติดต่อกันระยะยาว หรืออาจจะตลอดชีพ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสริมที่เพิ่มระดับความดันโลหิตได้จะสามารถลดปริมาณ และ ขนาดยา ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ส่วนปัจจัยเสริมอื่น ๆ ได้แก่ น้ำหนักตัวเกิน รับประทานอาหารเค็มมากเกินไป (พฤติกรรมการกิน) การดื่มสุรา ภาวะเครียด การไม่ได้ออกกำลังกาย

ข้อบ่งชี้สำหรับการตัดสินใจในการรักษาความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา

1. ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่รุนแรง (young hypertensive) โดยพิจารณาจากค่า diastolic blood pressure ที่ < 105 และ > 85 mmHg
2. ปัจจัยเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ น้ำหนักตัว พฤติกรรมการกิน การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด

การรักษาภาวะโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนหรือปานกลาง ควรเริ่มต้นด้วยการรักษาโดยวิธีการปรับพฤติกรรมชีวิตประจำวัน 3 ถึง 6 เดือน มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าน้ำหนักเกินตัว การลดน้ำหนักถือว่าเป็นวิธีแรก
 2. ปริมาณเกลือโซเดียม ควรไม่เกิน 2 กรัม หรือ 88 มิลลิลิตรต่อวัน แต่ต้องระวังไม่ให้ลดปริมาณเกลือแคลเซียม
 3. ปริมาณโปแตสเซียมเพิ่มได้ถือว่าเป็นประโยชน์ ซึ่งได้จากผลไม้
 4. ส่วนใหญ่ฝึกหัดให้รับประทานอาหารที่มีกากมาก และไขมันอิ่มตัวน้อยลง
 5. กาแฟอาจไม่ต้องจำกัด ยกเว้นผู้ที่ไวต่อสาร caffeine
 6. ไม่สนับสนุนให้สูบบุหรี่ เพราะจะไปเสริมให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ
 7. ไม่ห้ามการดื่มสุราแต่ไม่ควรเกินวันละ 1 ออนซ์ของ ethanol
 8. แนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ
 9. การฝึก relaxation therapy ชนิดใดชนิดหนึ่งมีประโยชน์ในการลดความดันโลหิต
- เมื่อแนะนำการรักษาแบบไม่ใช้ยาแล้วไม่ได้ผล ควรพิจารณาเริ่มรักษาด้วยยา และยังคงให้ปฏิบัติตามมาตรการนี้ควบคู่ไปด้วย

การควบคุมน้ำหนัก คนอ้วนโดยเฉพาะ truncal obesity (อ้วนแบบพุงแฟร์หรือพุงกลม) มักจะมีความดันโลหิตสูง และในทางกลับกันมักเกิดร่วมกับภาวะ hyperinsulinemia เป็นผลจาก insulin resistance (Kaplan, 1989) คนอ้วนที่เป็นความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ การลดน้ำหนักมักทำให้ระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงลดลง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงทุกรายที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน จึงควรได้คำแนะนำและวิธีการในการลดน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักสามารถคำนวณได้จากน้ำหนักมาตรฐาน และการวัดดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) การลดน้ำหนักสามารถลดระดับของความดันโลหิตได้ โดยการลดลงของระดับ renin และ aldosterone การลดลงของระดับอินซูลิน และการเพิ่มความไวของอินซูลินในการทำงาน นอกจากนี้ น้ำหนักที่ลดลงยังจะมีผลทำให้การทำงานของหัวใจลดลงอีกด้วย

การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีรสจัดเกินไป อาหารรสเค็ม จะเพิ่มปริมาณของเกลือโซเดียมในร่างกาย ปริมาณของแร่โซเดียม จะเป็นตัวเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้น จึงควรสร้างความเคยชินให้กับตัวเอง โดยการหัดรับประทานอาหารที่มีรสไม่จัด โดยเฉพาะรสเค็ม ถึงแม้ว่าจะมีบางรายงานกล่าวถึงการรับประทานเกลือเล็กน้อยลงอาจไม่เกิดประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่ยังสรุปว่าการลดปริมาณเกลือในอาหารบริโภคยังมีผลโดยตรงกับการลดระดับความดันโลหิต อาหารในปัจจุบัน มักจะมีรสเค็มของโซเดียมสูงแต่โปแตสเซียมต่ำ ประชากรที่บริโภคอาหารที่มีโปแตสเซียมมาก มีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าพวกที่บริโภคน้อย ดังนั้นอาหารที่เหมาะสม คือ อาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ โปแตสเซียมสูง นอกจากนี้ระดับโปแตสเซียมสูงยังช่วยเสริมฤทธิ์ของยาบีต้าบล็อกเกอร์ ในการลดความดันโลหิต และยังพบว่าเป็นสิ่งสำคัญในการลด stroke อีกด้วย อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ผลไม้ทุกชนิด โดยเฉพาะที่มีรสเปรี้ยวและอาหารประเภทถั่ว เมกนีเซียมอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงลดลงได้เช่นกัน

ผู้ที่รับประทานมังสวิรัต มีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารมังสวิรัตเป็นเวลาานกว่า 6 สัปดาห์ ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงราว 5 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะอาหารมังสวิรัตคล้ายกับ macronutrients ซึ่งประกอบด้วยอาหารที่มีกาก (fiber) มาก โดยเฉพาะผักหรือผลไม้ ไขมันน้อย โซเดียมต่ำจึงถือว่าเป็นลักษณะอาหารที่มีประโยชน์

การลด-เลิกสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีโดยที่ไม่ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงอื่น (independent risk factors) ซึ่งได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในบุหรี่ยังมีสารที่เปกประกอบ มากกว่า 4,000 ชนิด ที่รู้จักกันดี เช่น นิโคติน ทาร์ และการบอมนอนนอกไซด บุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพได้หลายระบบ เช่น ระบบปอด หัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้บุหรี่ยังมีผลต่อสารที่จำเพาะใน

การแข็งตัวของเลือด และระดับไขมันในเลือด รวมทั้งพบ□าบุหรี่ป□นป□จจัยส□งเสริมในการเกิดมะเร็งของอวัยวะในหลายระบบ ผู้□ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่รู้□ถึงผลเสียของบุหรี่ต่อสุขภาพและต□องการที่จะเลิกบุหรี่ จะเห็นไ□ว□าผู้□ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเลิกบุหรี่ไ□มากขึ้นเมื่อทราบว□าตนเองมีป□ัญหาสุขภาพที่เกิดเนื่องมาจากบุหรี่

การงดดื่มสุรา ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 2 ออนซ์ ต่อวัน มักพบว่ามียาจำนวนผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มผู้ไม่ดื่ม ในทางกลับกันกับพบคนเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าในกลุ่มผู้ที่ดื่มปริมาณน้อย ปริมาณของการดื่มไม่ควรเกิน 1.5 ออนซ์ ในหนึ่งวัน เมื่อเปรียบเทียบการลดสุราจาก 537 ซีซี เป็น 57 ซีซี อาจลดระดับความดันโลหิตได้ 6.9/4.0 มม.ปรอท

การคลายเครียดและการพักผ่อน ความเครียด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้อาการโกรธ อาการหุดหู่ ก็มีบทบาทเช่นเดียวกันการได้พักระหว่างงาน หรือการได้พักผ่อนในวันหยุดต่าง ๆ เช่น การท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือการกระทำในสิ่งที่ชอบ และพึงพอใจ ย่อมช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การทำสมาธิ หรือฝึกโยคะ ก็เป็นวิธีการที่ได้ผลดี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความดันโลหิต

biofeedback มีประโยชน์ในการแนะนำร่วมกับการรักษาด้วยยา แต่ก็ไม่เหนือไปกว่าการทำ relaxation therapy มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดน้อย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากทำให้การตอบสนองของประสาทซิมพาเทติกลดลง

2. การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา

ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงในปัจจุบันมีอยู่มาก และจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต สามารถแบ่งยาออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ

- 2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics)
- 2.2 ยากันเบต้า (beta-blockers)
- 2.3 ยากันแอลฟา (alpha-blockers)
- 2.4 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง (centrally acting agents)
- 2.5 ยาขยายหลอดเลือด (vasdilators)
- 2.6 ยาด้าน ACE (ACE inhibitors)
- 2.7 ยาด้านแคลเซียม (calcium antagonists)

ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นยาที่ใช้มานานและได้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิต สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตได้ราคาถูก สะดวกในการใช้ยา ใช้ได้ดีในผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะหลังมีการพูดถึงอาการข้างเคียง และผลเสียของยากลุ่มนี้ ซึ่งได้แก่ ระดับโปแตสเซียมต่ำ คลอเรสโตรอลสูงขึ้น ระดับน้ำตาลสูงขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลเสียในผู้ป่วยเบาหวาน หรือ

ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และมีรายงานว่า การใช้ Diuretics รักษาความดันโลหิตในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นควรให้ยาในขนาดต่ำ

ยากันเบต้า (beta-blockers) ใช้ได้ดีในผู้ป่วยอายุน้อย และความดันโลหิตสูงที่ระดับเร็นนินสูง ราคาถูกได้ผลดีในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ และกั้นไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้

ยากันแอลฟา (alpha-blockers) สามารถลดความดันโลหิต โดยลด Peripheral resistance ไม่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ผลเสียอาจทำให้เกิด Orthostatic hypertension และ Impotence ได้

ยาด้าน ACE (ACE inhibitors) ใช้ได้ดี เป็นยากลุ่มใหม่ที่อาการข้างเคียงน้อย ขณะนี้ได้รับความนิยมมากขึ้น ราคาสูง อาการข้างเคียงที่พบ ได้แก่ อาการไอ และระดับโปแตสเซียมสูง

ยาด้านแคลเซียม (calcium antagonists) เป็นยาที่ใช้กันแพร่หลาย มากขึ้น ราคาสูง อาจป้องกัน atherosclerosis ได้ สามารถใช้รักษาหลอดเลือดหัวใจตีบ และใช้ในผู้ป่วยโรคไตได้

นอกจาก diuretics และ beta-blockers แล้ว ยาลดความดันกลุ่มอื่นยังไม่มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยครั้ง โดยเฉพาะในรายที่ความดันโลหิตสูงมาก จำเป็นต้องใช้ยาหลายตัวร่วมกัน การเลือกใช้ยาควรคำนึงโดยเลือกยาที่จะเสริมฤทธิ์กัน และช่วยลดผลข้างเคียงของยาอีกตัวหนึ่ง เลี่ยงยาที่มีกลไกในการลดความดันเหมือนกันหรือกลุ่มยาที่ต้านฤทธิ์กันหรือทำให้อาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น เช่น ไม่ใช้ ACE inhibitors ร่วมกับ potassium sparing diuretics ไม่จำเป็นต้องใช้ Diuretics ร่วมกับ dihydropyridine calcium antagonists ยากลุ่ม dihydropyridine calcium antagonists ควรใช้ร่วมกับ beta-blockers

การเลือกใช้ยาความดันโลหิตสูงจะต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยคำนึงถึงเชื้อชาติ อายุ ประสิทธิภาพของยา ราคา ผลข้างเคียงของยา การดำรงชีวิต ภาวะแทรกซ้อน หรือโรคอื่นที่มีร่วมด้วย ตลอดจนพื้นฐานะของผู้ป่วย เนื่องจากประโยชน์ที่ได้จากการรักษา ความดันโลหิตสูงจะลดภาวะอัมพาตได้ดีที่สุด เมื่อเทียบกับการลดลงของหลอดเลือดหัวใจตีบในประชากรญี่ปุ่นก็เห็นประโยชน์การรักษานี้ชัดเจน เนื่องจากปัญหาอัมพาตลดลง การติดตามการรักษาเมื่อความดันโลหิตควบคุมได้ดีในระดับที่ต้องการ สามารถที่จะนัดผู้ป่วยทุก 3-6 เดือน ในกรณีที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีแล้วประมาณ 1 ปี ควรค่อย ๆ ลดยาความดันโลหิตลง และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยให้การรักษาด้วยวิธีปฏิบัติตัว จะพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจะมีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ เป็นเวลาถึง 4 ปี โดยไม่ต้องกินยา

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และพบได้บ่อยในคนไทย สามารถตรวจได้ง่าย โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยตัวเอง เครื่องดังกล่าวจะแสดงค่า ความดันโลหิตสองตัว คือ ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ในคนปกติจะมีค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท และความดันเลือด

ปกติ จะมีค่าความแตกต่างกัน ในแต่ละคนแต่ละอายุ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น ดื่มน้ำหนัก ให้พอดี เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตที่สูงขึ้น คนที่น้ำหนักตัวมาก (ถ้ามากเกินไปร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น) ควรพยายามลดน้ำหนัก เพราะจะช่วยลดความดันลงได้ โดยใช้วิธีการควบคุมปริมาณอาหาร และหมั่นออกกำลังกายพอดีและเหมาะสม

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเรม (Orem, 1998 : 53) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองนั้น เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายก่อนที่จะลงมือกระทำจะต้องผ่านกระบวนการรู้คิด ตัดสินใจ และมีเป้าหมายของการกระทำ และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนารูปแบบของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นและการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคและการได้รับอันตรายต่างๆ
4. ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถภาพของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1998 : 165) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัวในการที่จะดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลและครอบครัวมีความคิดริเริ่มที่จะรับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การดูแลตนเองยังหมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่าง ๆ

มัลลิกา มัติโก (2544 : 18) ได้สรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะส่วนการปฏิบัติของประชาชน โดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพในสภาวะปกติ (self care in health) การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพ ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจาก อันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุม อาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจสุขภาพสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นพฤติกรรมของประชาชน ที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรค ได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (primary prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (secondary prevention) เป็นระดับของการ ป้องกันที่มุ่งจะขัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น การตรวจและ เอ็กซเรย์ปอดในรายที่มีปัญหาของโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เพื่อเป็นการป้องกัน โรคมะเร็งที่อาจเกิดขึ้น ได้ภายหลัง

1.2.3 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค (tertiary prevention) เป็นระดับของการ ป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่ผู้อื่น

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (self care in illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น ตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ รวมทั้งตัดสินใจที่จะไม่กระทำสิ่งใดเกี่ยวกับอาการนั้น ซึ่งการดูแล ตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (individual self care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (family care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (care from the extended social network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (mutual aid หรือ self help group)

เอื้อมพร ทองกระจาย (2548 : 45) ได้ประมวลความคิดที่นักวิชาการต่าง ๆ เสนอเกี่ยวกับการดูแลตนเองแล้วนิยามการดูแลตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ฝึกสุขภาพภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค

การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกระบวนการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิเป็นฐานล่างสุดหรือนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบริการสาธารณสุขที่ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับนั้นจำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

3. การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาค ถือเป็นกระบวนการกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชาชนและในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็นระบบ ๆ หนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด

จากคำนิยามดังกล่าวสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และการปฏิบัติตนภายหลังการรับการรักษา ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นทั้งวิธีที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและเป็นเป้าหมายของสาธารณสุขระดับหนึ่งด้วย กล่าวคือ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งจะขาดไม่ได้ ในขณะที่เดียวกันการดูแลสุขภาพตนเองก็เป็นสิ่งที่มีคุณค่าในตัวเอง เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการให้เกิดขึ้น เพื่อจะเป็นหลักประกันให้เกิดการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2545 : 52) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำในระยะนี้ การที่บุคคลจะสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม มีความเห็นว่าสิ่งที่มากระทำมีความเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นว่ากระทำนั้น ๆ เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้การดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็น ความสัมพันธ์ของ ความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการดำเนินการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำที่มีเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อีกต้องมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อีกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าหมายประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติการ บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

การเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่จิตใจและมีเป้าหมาย จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง และจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองและความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต้องแน่ใจว่าบุคคลนั้นได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่กระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำ การดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นนิยามที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 63)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมถึงสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการ เพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น เป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีทักษะในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้เกี่ยวกับความสามารถที่จะกระทำ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัย ที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถละคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จิตใจและมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ นั่นคือ ขาดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง

ความต้องการดูแลตนเอง (self care demands)

ความต้องการดูแลตนเองของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้กระบวนการดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุข

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การตั้งครรภ์ การเป็นบิดา มารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สภาพการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้น ๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรมและการบำบัดรักษาต่างๆ เป็นต้น

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดยบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง หรือการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแล

ตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด และการดูแลตนเองยังเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคนอีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปฏิกิริยาที่สำคัญซึ่งแสดงถึงการมีชีวิตอยู่ของบุคคล บุคคลที่ไม่มีพฤติกรรมย่อมหมายถึงสภาพสิ้นสุดของชีวิต พฤติกรรมของมนุษย์อาจสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้จากภายนอก ได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ดังนี้

แฮริสและกูเตน (Harris & Guten, 1998 : 38) ได้ให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

โกชแมน (Gochman, 1998 : 4 อ้างในประสิทธิ์ กล้าหาญ , 2541 : 21) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ (health related behavior) เกี่ยวกับพฤติกรรมต่อไปนี้คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนั้น ยังได้ให้นิยามความหมายคลุมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถแบ่งพฤติกรรมเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหาร ทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมือ ฯลฯ

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนัก การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิงนกตกปลา การพักผ่อนหย่อนใจในวันสุดสัปดาห์ การงดดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดต่าง ๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การตรวจร่างกายเพื่อสมรรถภาพของหัวใจ การเอ็กซเรย์ประจำปี และการไปพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน คือเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความกังวลว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำ และการหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การขอความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือ เป็นไปได้ทั้งสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (sick-role behavior) หมายถึง การที่บุคคลเมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือป่วยเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติตัว เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2546 : 79) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (covert behavior) และภายนอก (overt behavior) พฤติกรรมทางสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2551) พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นจะสัมฤทธิ์ผลตามมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2548 : 155) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้ หรือไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่ามี หรือไม่มี เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพต่าง ๆ คือสุขภาพกาย ใจ อารมณ์ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2548 : 156) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมในด้านการศึกษาว่าจะให้ผู้เรียนได้เกิดพฤติกรรมขึ้นหลังจากจัดการศึกษา กิจกรรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการประเมินผลพฤติกรรมประกอบด้วยพฤติกรรม 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้ความคิดวิจารณ์เพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านนี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึก การมองเห็น การได้ยิน

1.2 ความเข้าใจ เมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์กับข่าวสาร อาจจะโดยการฟัง การอ่าน ความเข้าใจนี้อาจจะแสดงออกในรูปของทักษะหรือความสามารถโดยการแปล การให้ความหมาย การคาดคะเน

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การแก้ปัญหา นั่นเอง

1.4 การวิเคราะห์ ก็คือ ความสามารถในการแยกส่วนประกอบย่อย ๆ ของส่วนรวม ออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้เข้าใจส่วนรวมอย่างเด่นชัดยิ่งขึ้น

1.5 การสังเคราะห์ หมายถึง การนำเอาส่วนประกอบย่อย ๆ มารวมกันเข้าเป็นส่วนรวม ซึ่งมีโครงสร้างที่แน่ชัด

1.6 การประเมินผล ความสามารถในการประเมินผลนี้เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้ หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ

พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยนี้ในทางด้านสุขภาพเรียกสั้น ๆ ว่า พฤติกรรมด้านความรู้ ซึ่งจะหมายความรวมถึงทักษะความสามารถในการคิดและใช้ปัญญาทั้งหมด

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ ทักษะ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล จะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของบุคคลนั้นยากต่อการที่จะวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมาภายนอก การเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย แบ่งออกเป็นขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ (receiving or attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นและบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับ และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ขั้นนี้ประกอบด้วยการยินยอม ความเต็มใจและพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเองและได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า “ค่านิยม” ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วยการยอมรับ ความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วยการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุด ไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีความสุขภาพดี

พฤติกรรมด้านความรู้

กู๊ด (Good, 1997 : 325) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นข้อเท็จจริง (facts) ความจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้

บลูม (Bloom, 1998 : 271) ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการระลึกถึง สิ่งเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ประลึกได้ถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ

ไพศาล หวังพานิช (2546 : 86) ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นบรรดาข้อเท็จจริงหรือ รายละเอียดของเรื่องราว การกระทำ อันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2548 : 16) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียน เพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยินก็จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง การระลึกได้ในสิ่งที่เกี่ยวกับ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ สิ่งของ บุคคล เหตุการณ์ รายละเอียดของข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้า สังเกต ประสบการณ์หรือจากการรายงานเก็บข้อมูลสิ่งเหล่านี้ แล้วนำมาเชื่อมโยงกันและจัดระบบขึ้นใหม่

องค์ประกอบของความรู้

พฤติกรรมด้านความรู้เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ซึ่งแบ่งย่อยได้เป็น 6 ชั้น ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2548 : 155)

1. ความรู้ (knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.1 ความรู้เฉพาะเรื่องเฉพาะอย่าง เป็นการระลึกข้อสนเทศในส่วนย่อยเฉพาะอย่าง ที่แยกได้โดด ๆ

1.1.1 ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ

1.1.2 ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่าง เช่น ฐาน เดือน ปี เหตุการณ์ สถานที่

1.2 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางและวิธีการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ

1.2.1 ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี

1.2.2 ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและลำดับก่อนหลัง

1.2.3 ความรู้ในการแยกประเภทและจัดหมวดหมู่

1.2.4 ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์

1.2.5 ความรู้เกี่ยวกับระเบียบและกระบวนการ

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง

1.3.1 ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

1.3.2 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ (comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมายและขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ แยกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นการจับใจความให้ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อความหมายหรือจากภาษาหนึ่งของการสื่อสารไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 การตีความหมาย เป็นการอธิบายความหมายหรือสรุปเรื่องราว โดยการจัดระเบียบใหม่ รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหาใหม่

2.3 การขยายความ เป็นการขยายเนื้อหาที่เหนือไปกว่าขอบเขตที่รู้ เป็นการขยายคิดการอ้างอิงหรือแนวโน้มที่เกินเลยจากข้อมูล

3. การนำไปใช้ (application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี

4. การวิเคราะห์ (analysis) เป็นความสามารถในการแยก การสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อยเป็นองค์ประกอบสำคัญหรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมาย มีความชัดเจนยิ่งขึ้น อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ส่วนประกอบ เป็นการชี้ให้เห็นหน่วยย่อยๆที่เป็นส่วนประกอบที่อยู่ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการแยกการประสานหรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในสิ่งที่สื่อความหมาย

4.3 การวิเคราะห์หลักการในเชิงจัดดำเนินงาน เป็นการชี้ให้เห็นระบบจัดการและวิธีการรวบรวมองค์ประกอบต่างๆเข้าด้วยกัน

5. การสังเคราะห์ (synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าด้วยกันเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวม เพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน อาจจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นการผูกข้อความโดยการผูกหรือเขียนเพื่อสื่อความคิด ความรู้สึก หรือประสบการณ์ไปยังผู้อื่น

5.2 การสังเคราะห์แผนงาน เป็นการพัฒนาหรือเสนอแผนการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของงานที่ได้รับมอบหมายหรือที่คิดทำขึ้นเอง

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาหรือสร้างชุดของความสัมพันธ์เชิงนามธรรมขึ้น เพื่อเป็นเครื่องจำแนกหรืออธิบายข้อมูลหรือปรากฏการณ์บางอย่างจากข้อความเบื้องต้น

6. การประเมินค่า (evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ ขึ้นมาเอง หรือผู้อื่นกำหนด จำแนกได้เป็นทั้ง 2 ลักษณะ คือ

6.1 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายใน เป็นการประเมินค่าความถูกต้องของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์ ข้อความ เหตุการณ์ ตามคุณสมบัติประจำตัวของวัสดุ อุปกรณ์ ข้อความหรือเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริง

6.2 การประเมินค่าตามเกณฑ์ภายนอกเป็นการประเมินค่าโดยอ้างอิงกับเกณฑ์ ที่กำหนดไว้

พฤติกรรมด้านเจตคติหรือความเชื่อ

สุชา จันทน์แอม (2544 : 80) กล่าวว่า เจตคติหรือความเชื่อโดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึก หรือท่าทีของบุคคลที่มีต่อบุคคล วัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกหรือท่าทีนี้จะนำไป ในทำนองที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2547 : 51) กล่าวว่า เจตคติหรือความเชื่อเป็นกริยาท่าทาง ที่รวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความพร้อมของบุคคลหรือความโน้มเอียงของจิตใจ ซึ่งแสดงออกต่อ สิ่งเร้าหนึ่ง ๆ เช่น ต่อวัตถุสิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ ในสังคม โดยแสดงออกมาในทางสนับสนุน ซึ่งมีความรู้สึกเห็นดี เห็นชอบต่อสิ่งเร้านั้นหรือในทางต่อต้าน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่เห็นดี ไม่เห็นชอบ ต่อสิ่งเร้านั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2548 : 59) ได้สรุปคำจำกัดความของนักทฤษฎีที่ศึกษาเรื่องเจตคติ หรือความเชื่อไว้ว่า เจตคติหรือความเชื่อเป็นความคิดเห็น ซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบเป็นส่วนที่พร้อม ที่จะปฏิบัติกิจเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

จากความหมายของเจตคติหรือความเชื่อดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า เจตคติหรือความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อวัตถุสิ่งของหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดง ออกมาในรูปของพฤติกรรม อาจเป็นทางบวกหรือทางลบก็ได้

องค์ประกอบของเจตคติหรือความเชื่อ

พฤติกรรมด้านเจตคติหรือความเชื่อเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทาง จิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม และค่านิยม แบ่งออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2548 : 65)

1. การรับ (receiving) เป็นความสามารถในการรู้จักหรือความสนใจในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ จำแนกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1 การรับรู้

1.2 ความรู้สึกเต็มใจที่จะรับรู้

1.3 การควบคุมความสนใจต่อสิ่งเร้า

2. การตอบสนอง (responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ เต็มใจ และพอใจในสิ่งเร้า จำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

2.1 การยินยอมที่จะตอบสนอง

2.2 การเต็มใจที่จะตอบสนอง

2.3 ความพอใจในการตอบสนอง

3. การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกหรือสำนึกในคุณค่าและคุณธรรมของสิ่งต่างๆ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบและเชื่อถือในสิ่งนั้น จำแนกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

3.1 การยอมรับในค่านิยม

3.2 ความรู้สึกชื่นชอบหรือพอใจในค่านิยมนั้น

3.3 ความยึดมั่นในค่านิยมนั้น

4. การจัดระบบ (organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ เข้ามาเป็นระบบจำแนกเป็น

4.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับค่านิยม

4.2 การจัดระบบของค่านิยม

5. การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัย เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดมั่น จำแนกได้เป็น

5.1 การสรุปรวมถึงกลุ่มค่านิยม

5.2 การมีลักษณะนิสัย

การวัดเจตคติหรือความเชื่อ

จากความหมายของเจตคติและองค์ประกอบของเจตคติ ซึ่งประกอบด้วยส่วนที่เป็นความรู้หรือความเชื่อ ส่วนที่เป็นความรู้สึกหรือการประเมินและส่วนที่เป็นพฤติกรรม ทำให้การวัดจะต้องวัดทั้ง 3 องค์ประกอบและต้องวัดเป็นภาพรวม ๆ โดยพิจารณาจากกิริยาท่าทางการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในหลายประการรวมกัน มิใช่วัดจากการกระทำหรือพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งของบุคคล นอกจากนั้นการวัดเจตคดียังคงต้องบ่งบอกถึงปริมาณ ความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้าและทิศทาง (direction) ที่บอกว่ามีเจตคติไปในทางบวกหรือทางลบ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2547 : 66)

หลักการวัดเจตคติหรือความเชื่อ

การวัดเจตคติหรือความเชื่อมีหลักการเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. เนื้อหา (content) การวัดเจตคติหรือความเชื่อต้องมีสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้แสดงกิริยาท่าทางออกมา สิ่งเร้าโดยทั่วไป ได้แก่ เนื้อหาที่ต้องการวัด เช่น ต้องการวัดเจตคติหรือความเชื่อต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ครอบครัวของบุคคล เนื้อหาที่เป็นสิ่งเร้าในที่นี้ก็คือสถานการณ์การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิต ครอบครัว ซึ่งได้แก่ การเลือกคู่ครอง ระยะเวลาที่มีบุตรคนแรก และคนทั่วไปขนาดครอบครัวและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

2. ทิศทาง (direction) การวัดเจตคติหรือความเชื่อโดยทั่วไปกำหนดให้เจตคติหรือความเชื่อมีทิศทางเป็นเส้นตรงและต่อเนื่องกันในลักษณะเป็นซ้ายขวาหรือบวกลบ กล่าวคือ เริ่มจากเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งและลดความเห็นลงเรื่อย ๆ จนถึงมีความรู้สึกเฉย ๆ และลดต่อไปเป็นไม่เห็นด้วยจนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ลักษณะของการเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอยู่เป็นเส้นตรงเดียวกันและต่อเนื่องกัน

3. ความเข้ม (intensity) กิริยาท่าทีหรือความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งเร้านั้นมีปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน ถ้ามีความเข้มสูงไม่ว่าจะเป็นไปในทิศทางใดก็ตาม จะมีความรู้สึกหรือกิริยาท่าทางรุนแรงมากกว่าที่มีความเข้มเป็นกลาง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดเจตคติหรือความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการวัดในด้านทิศทาง (direction) โดยให้เลือกลดจากแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อที่มีทางเลือกตอบ 3 ทาง ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert scale)

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2548 : 52) กล่าวว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นพฤติกรรมล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดว่าจะอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมการแสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมด้านสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายทางการศึกษา ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่าง ๆ ทางด้านความรู้และเจตคติเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกจะประเมินได้ง่ายกว่ากระบวนการที่จะทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งต้องอาศัยเวลาการตัดสินใจหลายขั้นตอน

องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย แยกย่อยได้เป็น 5 ชั้น ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2548 : 65)

1. การเลียนแบบ (imitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ
2. การทำตามแบบ (manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ
3. การมีความถูกต้อง (precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

4. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้อง นั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราวต่อเนื่อง

5. การกระทำโดยธรรมชาติ (naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

การวัดการปฏิบัติ

การวัดผลการปฏิบัติมีดังนี้

1. การจัดอันดับ (ranking)
2. มาตรฐานประมาณค่า (rating scale)
3. แบบสำรวจพฤติกรรม (check list)
4. แบบบันทึกต่าง ๆ (records)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้มาตรฐานประมาณค่า (rating scale) และให้เลือกตอบจากแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อที่มีทางเลือกตอบ 3 ทาง ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

จากแนวคิดสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือกิจกรรมใด ๆ ในด้านการป้องกัน การสร้างเสริม การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ อันมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วย หากผู้ป่วยคนใดสามารถสร้างพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ สภาวะทางสุขภาพของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นตามลำดับ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1998 : 300) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นมองเห็นคุณค่าและความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ฮับบาร์ด มูเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp & Brown, 1999 : 265) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสาร

ในแง่ดี ทำให้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาด้วย

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2546 : 23) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยดี

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป แบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดได้แก่ ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนและกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ กลุ่มชนิดนี้มีอิทธิพลต่อการกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ในระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน ซึ่งมีความผูกพันกันทางจิตอารมณ์ มีความรักกันอย่างแน่นแฟ้น และให้ความช่วยเหลือกันอย่างจริงจัง ประเภทที่สอง ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานที่เดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดขึ้นโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจและอารมณ์

3. กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพประชาชน

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1999 : 26) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้ประเมินเปรียบเทียบ เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดง ซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ การคัดเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของคน จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอและหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (บุญเอี่ยม ตระกูลวงษ์, 2546 : 23)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการวิจัย ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรักความอบอุ่น ความเอาใจใส่ ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความเห็นอกเห็นใจ การให้กำลังใจ รับฟัง การระบายความรู้สึกต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ และต้องมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อาจต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวควรเอาใจใส่ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะดำรงชีวิตต่อไป

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ การเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งอาจสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับตัวได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของที่เป็นต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือในการไปตรวจตามนัด การเอาใจใส่ในการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทาน

อาหารที่เหมาะสมจากครอบครัว และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และมีเงินไว้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีชีวิตโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะดูแลตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตัวจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประสบผลสำเร็จในการรักษา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกๆด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ย่อมส่งผลต่อผู้ได้รับการสนับสนุน เพราะร่างกายและจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการและจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของตนเองโดยมีการ自我ดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป

การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ตามปกติ ประกอบด้วย

1. คงไว้ซึ่งการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม

1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3 หลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การดื่ม และการรับประทานยาโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

การดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหาร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะของโรค โดยอาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุม ได้แก่ อาหารที่มีโซเดียมมาก แกลิโอโซเดียมมีผลต่อระดับความดันโลหิต ปริมาณของแกลิโอโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความไวของการตอบสนองของแต่ละบุคคล ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงอยู่แล้วจะมีความไวต่อแกลิโอโซเดียมมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เศวต นนทกานันท์, 2549 : 86) ดังนั้นการจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการกั่งของแกลิโอโซเดียม โดยมีการดูดกลับที่หลอดเลือดฝอยส่วนต้นและส่วนปลายของไต นอกจากนี้การจำกัดปริมาณแกลิโอโซเดียมยังเป็นการช่วยลดการกั่งของแกลิโอที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อลดความดันโลหิต ในประชากรที่รับประทานแกลิโอโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้าให้รับประทานแกลิโอโซเดียมมากขึ้นก็จะพบภาวะของความดันโลหิตสูงมากขึ้นตามไปด้วย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงถ้าลดปริมาณแกลิโอโซเดียมเหลือเพียง 3-5 กรัมต่อวัน จะช่วยลดความดันโลหิตสูงลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545 : 163) นอกจากนี้อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากหรืออาหารที่มีพลังงานสูง ๆ ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน และคนอ้วนมักจะเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน ความอ้วนยังทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น จากการศึกษาของ Framingham โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังตรงบริเวณใต้สะบัก สรุปได้ว่า ร้อยละ 78 ของผู้ชายที่เป็นความดันโลหิตสูง และร้อยละ 64 ของผู้หญิงที่เป็นความดันโลหิตสูงจัดได้ว่าเป็นคนอ้วน (เศวต นนทกานันท์, 2549 : 87) การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันจากสัตว์จะทำให้ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแข็ง ขรุขระและตีบได้ง่าย ส่วนวลัย อินทรมพรรย์ (2544 : 123) ได้เสนอแนะแนวทางการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานแกลิโอแคงประมาณ 5-6 กรัมต่อวัน (2 ช้อนชา) หมายถึง สามารถใช้แกลิโอในการประกอบอาหารได้บ้าง โดยปรุงอาหารให้รสอ่อนเค็มและผู้ป่วยไม่ควรเติมแกลิโอ น้ำปลา ซีอิ้ว หรือซอสปรุงรสอื่น ๆ ขณะรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรส ซุปก้อน ซอสหลายรสในการปรุงอาหาร ลดการรับประทานอาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป
2. ในการรับประทานอาหารควรใช้เนื้อสัตว์ไม่ติดมันและไม่ติดหนัง
3. ใช้วิธีการประกอบอาหารด้วยการต้ม นึ่ง แทนการทอดหรือผัดด้วยน้ำมัน หากจำเป็นต้องใช้น้ำมันจากพืชในการปรุงอาหาร
4. หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่ใช้มะพร้าว กะทิ และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลมาก เช่น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมาก เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง

น้ำมันรำ น้ำมันดอกทานตะวัน ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม แต่ควรใช้ในปริมาณพอเหมาะ มิฉะนั้นจะทำให้อ้วน

5. รับประทานอาหารที่เป็นผักให้มากขึ้นในแต่ละมื้อ (หลีกเลี่ยงผักชุบแป้งทอดหรือราดกะทิ)

6. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสชาติจัดเกินไป โดยเฉพาะรสเค็ม หากเป็นไปได้ ควรหลีกเลี่ยงไปรับประทานอาหารเปรี้ยวแทน

7. เลือกรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ๆ เช่น ผลไม้ทุกชนิดที่มีรสเปรี้ยว เช่น ส้ม แอปเปิ้ล เนื่องจากระดับโปแตสเซียมสูงจะช่วยเสริมฤทธิ์ของยาเบต้าบล็อกเกอร์ในการลดความดันโลหิตสูง

การดูแลสุขภาพตนเองด้านการดื่มน้ำ

น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่าง ๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารให้ไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย (วินัส ลิพทกุล, 2546 : 46) ปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรมากกว่าปกติ (6-8 แก้ว) เพราะถ้าหากดื่มน้ำมากเกินไป กลีโอสโคเดียมอาจจะถูกดูดเก็บไว้มีผลทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลมเพราะมีแคลอรีสูง (วลัย อินทรมพรรย์, 2544 : 123)

การดื่มน้ำเพียงพอไม่ต้องจำกัด ยกเว้น ผู้ที่ไวต่อสารคาเฟอีน แต่การดื่มน้ำมากเกินไปทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที ภายหลังจากดื่มน้ำประมาณ 2-3 ถ้วย (250 มิลลิกรัมของคาเฟอีน) ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นราว 2 ชั่วโมง การดื่มน้ำเพียงพอเป็นประจำอาจจะไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (เสวต นนทกานันท์, 2549 : 132)

ส่วนการดื่มน้ำจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มน้ำในขนาด 2-3 ลิตรต่อวัน มีอุบัติการณ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น (เกษม วัฒนชัย, 2545 : 120) แต่ในการศึกษาส่วนใหญ่ในผู้ที่ดื่มน้ำต่ำกว่าวันละ 2 ลิตร ไม่พบว่ามีความดันโลหิตสูงกว่าปกติแต่อย่างใด ดังนั้นแนวทางในการแนะนำผู้ป่วย คือ หากดื่มน้ำให้ลดลงเหลือไม่เกิน 2 ลิตรต่อวัน และหากหยุดได้ก็จะเป็นผลดีต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลสุขภาพตนเองด้านอากาศ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดี อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก บริเวณบ้านควรมีต้นไม้ช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศดี ควรงดสูบบุหรี่ เพราะจะไปเสริมทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ 2.6.4 การดูแลสุขภาพตนเองด้านอากาศและถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่จะไม่ได้เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง แต่สารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ซึ่งมีผลในการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดัน

โลหิต อย่างไรก็ดีผู้ป่วยควรเลิกสูบบุหรี่ เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญยิ่งต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

การดูแลสุขภาพตนเองด้านความเครียด

ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่ง que เสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบตัน เพิ่มความต้านทานในหลอดเลือด ดังนั้นการให้พักระหว่างงานหรือการได้พักผ่อนในวันหยุดต่างๆ เช่น การท่องเที่ยว การได้ปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งที่ชอบและพึงพอใจ ย่อมช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การทำสมาธิ หรือฝึกโยคะก็เป็นวิธีการที่ได้ผลดี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อสามารถลดความดันโลหิตได้ (เสวต นนทกานันท์, 2549 : 139)

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

1. พัฒนาการและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ que ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา
2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยการจัดการเพื่อบรรเทาบาปบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิกการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต

จะเห็นได้ว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากบุคคลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการควบคุมระดับความดันโลหิตแล้ว ก็มีโอกาasเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะพบได้บ่อยในบุคคลที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุ โดยจะเพิ่มสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ จนอายุ 80-90 ปี (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545 : 74) ดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญในทุกช่วงอายุ ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและสามารถปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ ตลอดจนผลจากการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและยอมรับถึงความจำเป็นในการมารับการตรวจร่างกายตามนัดของแพทย์ เพื่อป้องกันการลุกลามของโรค

2. ให้ความสนใจและรับรู้ผลของโรคที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ถ้าไม่ร่วมมือในการรักษา รวมทั้งมีการติดตามผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และการดูแลสุขภาพด้วย

3. ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด รับประทานยาให้ถูกต้องตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยาเอง ทั้งนี้ต้องอยู่ในการควบคุมของแพทย์ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่นนอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง หากมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น รู้สึกไม่สบาย มีอาการไอ หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ให้รีบไปปรึกษาแพทย์ผู้ให้การรักษา

4. รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชาตามแขนขา ควรรีบไปปรึกษาเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ผู้ให้การรักษาที่สถานบริการที่ผู้ป่วยไปรับบริการทันที

5. มารับการตรวจร่างกายตามแพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ

6. ยอมรับและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพของโรคหรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น สามารถปรับบทบาทหน้าที่ และความต้องการพึ่งพาบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นในระยะหนึ่ง เมื่อสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้แล้ว จะทำให้มีการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เป็นการลดภาระการดูแลของบุคคลอื่น ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยไม่รู้สึกรำคาญ สิ้นหวัง มีกำลังใจที่จะมีชีวิตร่วมอยู่และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 อย่าง ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

1. การรอดชีวิต
2. การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
3. ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
4. มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนา การได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องคัดแปลงการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอเมืองชุมพร

อาณาเขต

อำเภอเมืองชุมพร ตั้งอยู่บริเวณส่วนกลางของจังหวัดชุมพร ห่างจากกรุงเทพฯ ตามทางหลวงหมายเลข 4 (เพชรเกษม) เป็นระยะทางประมาณ 500 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอท่าแซะ อำเภอปะทิว

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอสวี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอนายูง

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง

สภาพภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศทางทิศตะวันตก เป็นเทือกเขาตะนาวศรี เป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร แม่น้ำสำคัญคือ แม่น้ำชุมพร ส่วนตอนกลางเป็นที่ราบสลับเชิงเขาเป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ สวนผลไม้ สวนยาง สวนปาล์ม และด้านตะวันออก เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำสายหลัก คือ แม่น้ำท่าตะเภา และคลองระบายน้ำห้วยวังนังคัก ติดอำเภอนายูง เป็นแหล่งเศรษฐกิจการประมงที่สำคัญ

การปกครองและประชากร

การปกครองท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาลเมือง 1 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลปากน้ำชุมพร เทศบาลตำบลท่ายาง และเทศบาลตำบลวังไผ่ องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง ประชากรของอำเภอ ณ 1 กรกฎาคม 2553 มีทั้งสิ้น 149,705 คน เป็นชาย 73,630 คน เป็นหญิง 76,075 คน ประชากรหญิงคิดเป็นร้อยละ 50.81 ของประชากรทั้งหมด

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข

1. กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 509 เตียง	จำนวน	1 แห่ง
โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง	จำนวน	1 แห่ง
ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์	จำนวน	1 แห่ง
ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอนมัย	จำนวน	1/18 แห่ง
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง	จำนวน	1 แห่ง
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	จำนวน	1 แห่ง

2. กระทรวงกลาโหม

โรงพยาบาลค่ายเขตอุดมศักดิ์	จำนวน	1 แห่ง
----------------------------	-------	--------

3. สถานพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน	จำนวน	3 แห่ง
คลินิกแพทย์	จำนวน	29 แห่ง
คลินิกทันตกรรม	จำนวน	11 แห่ง
สถานผดุงครรภ์	จำนวน	18 แห่ง

4. ร้านขายยา

แผนปัจจุบัน	จำนวน	38 แห่ง
แผนโบราณ	จำนวน	2 แห่ง

ข้อมูลทรัพยากรอื่นๆ

โรงเรียน	จำนวน	66 โรง
ตลาดสด	จำนวน	5 แห่ง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	จำนวน	33 แห่ง
ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน	จำนวน	83 แห่ง
อสม.	จำนวน	2,314 คน
ร้านอาหาร/แผงลอย	จำนวน	417 แห่ง
ร้านจำหน่ายสุรา/บุหรี่	จำนวน	946 แห่ง
ร้านจำหน่ายอาหารสด	จำนวน	363 แห่ง

ตารางที่ 2.2 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของอำเภอเมืองชุมพร จำแนกตามจำนวนบุคลากรและอัตราส่วนต่อประชากร ปี 2553

ประเภท	จำนวน (คน)	อัตราส่วน : ปชก.	อัตราส่วน : ปชก. ประเทศตาม GIS
แพทย์	35	1 : 4,277	1 : 3,305
ทันตแพทย์	8	1 : 18,713	1 : 15,143
เภสัชกร	17	1 : 8,806	1 : 8,432
พยาบาลวิชาชีพ	349	1 : 429	1 : 652
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	54	1 : 2,772	1 : 1,250

(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชุมพร, 2553 : 5)

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก อัตราต่อแสนประชากรของอำเภอเมือง ปี 2547– 2553

โรคมะเร็งทุกชนิด	111.4	ต่อแสนประชากร
ระบบหายใจ	88.33	ต่อแสนประชากร
ติดเชื้อ อัตร	70.58	ต่อแสนประชากร
โรคหัวใจ	62.2	ต่อแสนประชากร
ความดันโลหิต/หลอดเลือด	41.7	ต่อแสนประชากร
เอดส์	26	ต่อแสนประชากร
ตับ	17.6	ต่อแสนประชากร
กลุ่มโรคไต	25	ต่อแสนประชากร
เบาหวาน	14.8	ต่อแสนประชากร
วัณโรค	13	ต่อแสนประชากร

ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองของอำเภอเมือง ชุมพร ปี 2553

โรค	จำนวน (ราย)
เบาหวาน	2,597
- แทรกซ้อนทางตา	6
- แทรกซ้อนทางไต	3
- แทรกซ้อนระบบประสาท	2
- แทรกซ้อนหลอดเลือดแดง	49
- แทรกซ้อนอื่นๆ	19
ความดันโลหิตสูง	4,406
- แทรกซ้อนทางหัวใจ	9
- แทรกซ้อนทางไต	6
- แทรกซ้อนหลายอย่าง	25
อัมพาต	385

(สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชุมพร, 2553 : 11)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2548 : 98) ได้ศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี โดยผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาลมีความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพทั้ง 3 ด้าน

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.20

อรชร ศรีไทรล้วน (2548 : 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงวชิรพยาบาล จำนวน 113 คน โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ และภาวะการมีควบคุมโรค

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2547 : 156) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ซึ่งใช้แผนการวิจัยชนิดกลุ่มทดลองกลุ่มเดียว ทำกิจกรรมกระบวนการกลุ่มใช้เวลา 14 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีเพศ สภาพความเป็นอยู่ อาศัยและรายได้เฉลี่ยต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้และความเชื่อแตกต่างกัน แต่การปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่ความรู้และความเชื่อไม่แตกต่างกัน

ทรงพล ผุสผาด (2546 : 109) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรเพศสามารถร่วมกัน

ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 12.16

ตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2546 : 78) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 330 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ 0.01

จิราหงส์ตระกูล (2547 : 38) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

อัสรา อารณ (2545 : 86) ได้ศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบและค้นหาตัวพยากรณ์ของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 235 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุที่มีเพศและสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษาต่างกัน จะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน และพบว่าความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษาสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ถึงร้อยละ 20.6

เพ็ญศรี เกิดนาค (2541 : 116) ได้ศึกษาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนชายหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจังหวัด

นนทบุรี จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานภาพทางครอบครัว และปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ สถานภาพสมรสและแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2548 : 105) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสามเด็งพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ จำนวน 260 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรการศึกษา อาชีพ และรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิภาพร กาญจนราช (2546 : 68) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 242 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังได้

อารีย์ เขียรประมุข (2546 : 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระพุทธชินราช จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

วิมุตขพรรณ ไชยชนะ และหทัยรัตน์ นิยมาส (2550 : 96) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้านแม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงรายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้องเรื่องการกินอาหาร และการปรุงอาหารสาเหตุมาจากความเคยชินการต้องกินอาหารร่วมกันและความเกรงใจผู้ที่ทำอาหารให้ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานไม่มีเวลา อ่อนแรงเพราะสูงอายุ

ส่วนใหญ่มีความเครียดจากภาระหนี้สิน การร่วมกิจกรรมในชุมชนจะช่วยงานกันและรับประทาน
อาหารร่วมกัน โดยกลุ่มแม่บ้านเป็นผู้ปรุงอาหารแบบปกติ ไม่ได้แยกอาหารเฉพาะโรค

งานวิจัยในต่างประเทศ

คาสส์และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 2004 : 246 - 262 , 531-541) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับ
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (health related behavior) ไว้โดยจำแนกออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อป้องกันโรคหรือมิให้เกิดโรขึ้น ซึ่งรวมถึงการตรวจโรคในระยะแรกขณะยังไม่แสดงอาการ

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อเกิดเจ็บป่วยโดยการประเมิน
ความเจ็บป่วย ก่อนมาพบแพทย์รวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย นอกจากคอยสังเกตว่า
อาการผิดปกติหายไปเอง

3. พฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลแสดงหลังจากได้รับ
การวินิจฉัยว่าตนเองป่วย และยอมรับการรักษาจากแพทย์ เพื่อให้มีอาการดีขึ้น

เอจเซนและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 2002 : 5-6) ได้พัฒนาทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลขึ้น
ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายถึงการป้องกันโรค เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของคนว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคล
ล้วนกระทำไปอย่างมีเหตุผล มีการตัดสินใจอย่างละเอียดว่าจะทำสิ่งนั้นหรือไม่

อิโนะ ยัวร์ตี และวิลเลียมสัน (Inui, Yourtee & Williamson, 1999 : 646) ได้ศึกษาความรู้และ
ความเชื่อทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความรู้และความเชื่อมีความสัมพันธ์กับ
การมาตรวจตามนัดของผู้ป่วย

คาลล์เวลและคณะ (Calwell & Others, 2002 : 567-573) ได้ศึกษาระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า
ในผู้ป่วยกลุ่มที่ยังรักษาอยู่นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษาไปแล้ว

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
ทำให้สามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมีความสำคัญมาก สำหรับ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดสามารถสรุปได้ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นความสามารถในการจดจำเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
ในเรื่องสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาการ และความรุนแรงของโรค หรือผลกระทบของโรคที่มี
ต่อร่างกาย แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้อง

กับงานวิจัยของจุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2547 : 156) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

ความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของอรชร ศรีไทรล้วน (2548 : 87) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี โดยความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และภาวะการควบคุมโรค

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความช่วยเหลือ ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของอารีย์ เขียวประมุข (2546 : 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธชินราช ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกระทำในชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2548 : 98) ได้ศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนยาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี โดยผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน