

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

สังคมไทยยุคใหม่เป็นสังคมที่ก้าวจากสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่สังคมแบบผสมผสาน ระหว่างสังคมแบบเกษตรกรรม สังคมแบบอุตสาหกรรมและสังคมข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว สถานการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมแบบบริโภคนิยมที่รุนแรงมากขึ้น วิถีชีวิตขาดคุณภาพ สิ่งแวดล้อมถูกทำลายและวัฒนธรรมแบบช่วยเหลือเกื้อกูลเสื่อมสลายลงทุกขณะ ทำให้ชีวิตทางกาย และทางจิตใจของคนไทยถูกระทบกระเทือนทั้งทางตรงและทางอ้อม ลักษณะความเจ็บป่วยของคนไทยก็เช่นกันเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อกลายเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคที่มีสาเหตุเนื่องมาจากสภาวะแวดล้อมและมลพิษ ปัญหาอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สถานการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดการแสวงหาระบบคุณค่าและแบบแผนชีวิตที่มีความสมดุลและมีความกลมกลืนระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยทั่วประเทศ ปี 2540 สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ต้องเร่งรัดดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค พบว่าสาเหตุการตายทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในอันดับ 4 มีอัตรา 5.61 ต่อประชาชนแสนคน (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2540 : 79) และที่จังหวัดนครราชสีมาพบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นอันดับ 1 อัตรา 2,357.44 ต่อประชากรแสนคนของ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง (สำนักงานสาธารณสุขเขต 12, 2540 : 21) ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยังมีแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้น และความรุนแรงของโรคจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลถึงเสียชีวิตและเกิดความพิการได้หากไม่มีการดูแลหรือควบคุมที่ถูกต้อง จึงควรให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เป็นการให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง โดยพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพที่ดี และมีตนเองเป็นผู้กำหนด เป็นผู้ได้รับผลและเป็นผู้ประเมินสุขภาพตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการทราบผลของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมว่าจะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

แนวทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาโดยการ “พัฒนาคน” ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของชาติ ทำให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข ความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีสติปัญญาที่จะพัฒนาชีวิตของตนเองและผู้อื่นได้ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2540 : 9)

โดยใช้กระบวนการพัฒนาในลักษณะองค์รวมแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพ การเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้ควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมของระบบบริการสาธารณสุข ระบบบริหารจัดการ และสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดี เป็นการพัฒนาโดยอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชน (สำนักงานนโยบายและแผน, 2539 : 10) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุขที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการทบทวนกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาโดยใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาขนาดความรุนแรง ความเป็นไปได้ ความยากง่ายในการดำเนินงาน ความคุ้มค่าในการลงทุนและความตระหนักสนใจของชุมชน พบว่าโรคไม่ติดต่อดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น ในการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง มีถึง 12.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2538 (คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2538 : 31) ต่อมาในปี 2539 และ 2540 มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตรา 147.34 และ 158.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และยังมีสาเหตุการตายอยู่ในอันดับ 4 ของสาเหตุการตายทั้งหมด มีอัตรา 3.7 , 5.1 , 5.1 และ 5.61 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2530 2535 2538 และ 2539 ตามลำดับ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2540 : 79)

ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขเขต 12 ได้รายงานการประเมินผลพัฒนาการสาธารณสุขประจำปี 2539, 2540 และ 2541 เกี่ยวกับอัตราป่วยและอัตราตายของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตรัง สตูล พัทลุง สงขลา ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส มีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและอัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง (อัตราต่อประชากรแสนคน)

จังหวัด	พ.ศ.2539				พ.ศ.2540				พ.ศ.2541			
	อัตราป่วย		อัตราการตาย		อัตราป่วย		อัตราการตาย		อัตราป่วย		อัตราการตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
สงขลา	846	73.44	24	2.08	1,006	86.24	88	7.54	5,544	465.40	56	4.70
สตูล	1,177	484.74	1	0.41	241	96.22	3	1.20	327	127.90	2	0.78
ตรัง	509	91.37	38	6.82	552	97.76	65	11.51	1,185	203.93	4	0.69
พัทลุง	391	79.60	3	0.61	869	178.22	1	0.21	844	169.20	5	1.00
ปัตตานี	634	111.68	31	5.46	1,966	335.42	46	7.85	1,024	174.11	47	7.99
ยะลา	667	168.80	19	4.80	1,136	282.20	32	7.95	1,150	274.77	61	14.57
นราธิวาส	676	110.24	44	7.17	14,898	2,357.44	59	9.34	1,506	232.81	68	10.51
เขต 12	4,900	121.92	160	3.89	20,668	505.34	294	7.19	11,580	277.01	243	5.81

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขเขต 12

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น และเป็นโรคที่สามารถจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ซึ่งในจังหวัดนราธิวาสพบว่าการตาย เป็น 7.13, 9.34 และ 10.51 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในเขต 12 พบว่าแนวโน้มของอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่สูงกว่า จังหวัดอื่นเกือบทุกจังหวัด

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น พบว่ามีผู้ไม่ได้รับการรักษาประมาณครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตเนื่องจากโรคหัวใจหลอดเลือดอุดตัน หนึ่งในสามเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมอง (Stroke) ร้อยละ 10-15 เสียชีวิตจากภาวะไตวาย หากไม่เสียชีวิต อาจทำให้เกิดอัมพาต หรือตาบอดได้ และเนื่องจากโรคนี้อาจมีสาเหตุมากมายยากที่จะชี้ชัดสาเหตุที่แท้จริง จึงพบว่าความชุกของความดันโลหิตที่ไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic หรือ Essential Hypertension) สูงถึง ร้อยละ 90 ทำให้ยากต่อการรักษาให้หายขาด ดังนั้นการระบุวิธีการรักษาเป็นมาตรฐานเดียวกันจึงยาก มีคำแนะนำวิธีการรักษา 2 แนวทางใหญ่ คือ การรักษาด้วยกลุ่มยาลดความดัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันของผู้ป่วย(คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาโรคความดันโลหิตสูง, 2533 : 5)

จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นเพราะมักเกิดในบุคคลอายุ 35-55 ปี ซึ่งกำลังเป็นวัยแรงงานและวัยมันสมองที่จะช่วยพัฒนาประเทศชาติ อีกทั้งส่วนใหญ่ยังเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเสีย

ร้อยละ 85-95 (สมจิต หนูเจริญกุล, 2531 : 118) ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยที่เด่นชัด ทำให้ผู้ป่วยละเลย บางรายคิดว่าตนเองหายแล้วมักหยุดรับประทานยา ไม่มาตรวจตามนัด (จรีธาวัตร คมพยัคฆ์, 2534 : 4) ไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ และไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน เช่น การปล่อยให้น้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ การบริโภคอาหารที่มีเกลือและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นภายหลัง ส่วนใหญ่การดำเนินของโรคแทรกซ้อนจะค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ และเงียบเชียบ จนมีผู้กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็น “เพชฌฆาตเงียบ” (Silent Killer) เพราะระยะแรกจะไม่เกิดอาการที่ชัดเจนจนกว่ามีโรคแทรกซ้อน อันตรายจะปรากฏอาการขึ้น (ชมพูนุช อ่องจรีต, 2527 : 127) ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้นก็จะยากต่อการรักษา

สำหรับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้น สามารถช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม โดยมีการดูแลความสมดุลภายในบุคคล ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่จะต้องคำนึงถึงผู้ป่วยทั้งหมด เน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ที่มีการดูแลสุขภาพกาย มีการแสดงออกด้านจิตใจอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีการใช้จิตวิญญาณเชิงสร้างสรรค์ในการเข้าร่วมกับสังคมได้อย่างมีจิตสำนึกด้วยตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าในการแก้ปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน จึงควรจะได้้นำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยทั้งหมด ในกระบวนการบำบัดจะเน้นบทบาทของผู้ป่วยในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยที่มิวิจัยเป็นเพียงส่วนเสริมให้กระบวนการบำบัดรักษาที่มีอยู่ตามธรรมชาติในตัวผู้ป่วยเองดำเนินไปด้วยดีและมีพลังมากขึ้นในการปรับสมดุลภายในตนเอง และการดูแลควบคุมตนเอง ทั้งนี้รวมถึงการเชื่อมโยงไปสู่ความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อได้นำการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ที่เหมาะสมแล้วก็คาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม และยังสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวมีความอบอุ่น เข้มแข็ง อยู่ดีมีสุข

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ค้นคว้าวิจัย เพื่อหาแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยนอกจากจะได้ทราบถึงแนวทางการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน สังคม และประเทศชาติต่อไป จึงนับว่าเป็นการวิจัยทางศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชนอย่างสมบูรณ์แท้จริง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องผลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
3. การปรับพฤติกรรม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมายของภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยทางด้าน อายุ เพศ ความเครียด ความตื่นเต้น การออกกำลังกาย การเปลี่ยนท่าทาง เป็นต้น โดยส่วนใหญ่มักจะพบผู้ป่วยในช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป และองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ (Rocella, 1987 อ้างถึงใน เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536 : 9) ความดันโลหิตสูง (Hypertension, HT) หมายถึง ความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงระดับกำลัง มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท และได้แบ่งระดับของภาวะความดันโลหิตสูง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. ระดับเล็กน้อย (Mild Hypertension) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันไคเอสโตลิก 95-104 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับปานกลาง (Moderate Hypertension) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันไคเอสโตลิก 105-119 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับรุนแรง (Severe Hypertension) เป็นกลุ่มที่มีค่าความดันไคเอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความหมายของภาวะความดันโลหิตสูงมาใช้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ และเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

1.2 ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิดใหญ่ๆ คือ

1.2.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential หรือ Idiopathic Hypertension) จะมีอยู่ประมาณร้อยละ 92-94 ของประชาชนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากตรวจไม่พบสาเหตุของความดันโลหิตสูง จะทำให้มีผลต่อการส่งเลือดไปเลี้ยงสมองและไต ทำให้เกิดภาวะไตวายและไตล้มเหลว ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่จะพบในช่วงอายุระหว่าง 35-55 ปี ผู้ป่วยชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้มากกว่าผู้ป่วยหญิงประมาณ 2 เท่า และมีผู้สันนิษฐานเกี่ยวกับสาเหตุไว้หลายประการ แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงและเชื่อว่าต้องมีหลายสาเหตุร่วมกัน

ภาวะความดันโลหิตสูงอาจถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ตามกฎของเมนเดล (Mendel Theory) ถ้าพ่อและแม่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งคู่ บุตรจำนวนครึ่งหนึ่งจะมีอาการเช่นนี้ และถ้าพ่อแม่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดมีภาวะความดันโลหิตสูงบุตรจำนวน 1 ใน 4 จะมีโอกาสเป็นได้ และถึงแม้พ่อแม่จะปกติทั้งคู่แต่ก็ยังมีบุตรร้อยละ 3 มีอาการของภาวะความดันโลหิตสูง แสดงว่าคนปกติที่ไม่มีปัจจัยทางพันธุกรรม ก็ยังมีภาวะนี้ได้ถึงร้อยละ 3 (อดุลย์ รัตนมันเกษม, 2532 : 55)

1.2.2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคไต โรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ และโรคพิษแห่งครรภ์ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุแล้ว ภาวะความดันโลหิตสูงก็จะหายไปด้วย ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง มาใช้สร้างแบบวัดภาวะความดันโลหิตสูง

1.3 อาการของภาวะความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงอาจมีอาการหรือไม่มีอาการแสดงใดๆ ให้ทราบก็ได้ อาการที่พบได้ส่วนใหญ่คือ มึน งง ตาพร่ามัว ปวดศีรษะตรงท้ายทอยมักปวดตอนตื่นนอน บางรายปวดศีรษะข้างเดียว เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย น้อยรายที่จะพบมีอาการเลือดกำเดาออก อาการดังกล่าวมานี้อาจเกิดจากโรคอื่นๆ ได้อีกหลายโรค และที่สำคัญที่สุดโรคความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการเจ็บป่วยใดๆ เลย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้อาจบางรายไม่ทราบถึงอันตรายของโรคนี้อาจทำให้ปล่อยปละละเลย ไม่รักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอและไม่ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารที่มีเกลือแ่กงและไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย การปล่อยตัวให้น้ำหนักตัวมากเกินไปเกินเกณฑ์หรือเข้าขั้นอ้วน การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และมีภาวะเครียด เป็นต้น

ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอันตรายต่างๆ ได้

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำอาการของภาวะความดันโลหิตสูงใช้สร้างเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูง

1.4 อันตรายของภาวะความดันโลหิตสูง

เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงนานๆ หลอดเลือดทั่วร่างกายจะมีการแข็งตัว เป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายดังนี้ (Swales, 1994 : 1446-1447)

1.4.1 หัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากภายในหลอดเลือดแดงแรงดันเพิ่มขึ้น ยิ่งแรงดันสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจจะไม่สามารถขยายตัวให้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ในหลอดเลือดแดง ยิ่งแรงดันสูงโลหิตมากผู้ป่วยจะมีอาการหอบรุนแรง นอนราบไม่ได้ และถ้าแรงดันสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจจะไม่สามารถขยายตัวให้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองและไม่ทำงาน จึงไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ ทำให้เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจไม่ทำงาน เกิดภาวะหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว

1.4.2 หลอดเลือดในสมองแตก แรงกดดันที่เกิดติดต่อกันเป็นระยะเวลาในผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดเป็นคุ่มเล็กๆ ที่ผนังหลอดเลือดเรียกว่า หลอดเลือดโป่งพอง เมื่อความดันสูงขึ้นกระทันหัน อาจทำให้คุ่มเหล่านี้แตกและเลือดไหลพุ่งออกมา เกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมองที่อยู่ข้างเคียงหรือทำให้สมองไม่สามารถใช้งานได้

1.4.3 หลอดเลือดแข็งตัว จากการที่ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีน้ำหนักรวมมากขึ้น และเลือดไหลผ่านไม่สะดวก ปริมาณเลือดจึงลดลง ถ้ามีการบีดงหรืออุดตันร่วมด้วย เลือดจะไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและถ้าเป็นที่สมอง จะทำให้เป็นอัมพาต และการพูดผิดปกติได้

1.4.4 ไตวาย ถ้าภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมากและเป็นมานาน จะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง ทำให้ไตทำงานไม่เต็มที่ ถ้าเป็นรุนแรงอาจเกิดภาวะไตวาย และโลหิตเป็นพิษจากไตพิการ จนไม่สามารถขับปัสสาวะได้

1.4.5 การเปลี่ยนแปลงที่เรตินา(Retina) ภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดที่ตาหนาขึ้นและมีการบีดงมากขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดอาจแตกและมีเลือดซึมออกมา ทำให้ประสาทตาเสื่อมสมรรถภาพและตาบอดได้

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำอันตรายของภาวะความดันโลหิตสูงมาใช้สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะความดันโลหิตสูง

1.5 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง จึงควรวีชีวิตที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและบุคคลส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ ซึ่งการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงนั้น หมายถึง การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยไม่มีอันตราย (ดวงมณี วิเศษกุล ,2525 : 83)

การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง มีดังต่อไปนี้

1.5.1 การควบคุมอาหาร หากมีการเผาผลาญและการใช้พลังงานน้อย จึงจำเป็นต้องลดอาหารที่ให้พลังงาน ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน เพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับสารอาหารให้พลังงานมากเกินไป หากได้รับเกินความต้องการของร่างกายก็จะทำให้เกิดโรคอ้วน ถ้ารับประทานอาหารจำพวกไขมันมากๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง ผนังหลอดเลือดแข็งและมีไขมันอุดตันในเส้นเลือด ผลที่ตามมาคือ ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ

การลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณ โซเดียมที่รับประทาน มีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงเฉพาะซีสโตลิก การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ ปริมาณ โซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่งๆ ให้ประมาณ 2,000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยากเนื่องจากอาหารส่วนใหญ่จะมีโซเดียมอยู่มาก การลดปริมาณอาหารที่รับประทานและลดการรับประทานอาหารสำเร็จรูป จะช่วยลดทั้งโซเดียม แคลอรี และไขมัน โซเดียมมีอยู่ในเกลือ การจำกัดโซเดียม กระทำโดยจำกัดการรับประทานเกลือไม่เกิน 5 กรัมต่อวัน (ประมาณ 2-3 กรัมของโซเดียม) ผู้ป่วยจึงต้องเรียนรู้ตระหนักและคำนึงถึงการเลือกรับประทานอาหาร

1.5.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพราะจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ เพิ่มการใช้กรดไขมันอิสระ ลดการเกิดหลอดเลือดแข็งและยังช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงจากการใช้พลังงาน พร้อมทั้งผ่อนคลายความเครียดของร่างกายด้วย การออกกำลังกายยังช่วยป้องกัน ข้อคิดแข็งและป้องกันท้องผูกเรื้อรัง ดังนั้นการออกกำลังกายจึงมีส่วนช่วยลดความดันโลหิตลงได้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค มีผลทำให้ลดความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลางที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตได้ในระยะยาวซึ่งอธิบายได้ด้วยการที่พบว่า การออกกำลังกายทำให้ระดับแคทีคอลามีน (Catecholamine) ลดลง จึงลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทีติก คนที่ออกกำลังกายน้อยร่างกายไม่แข็งแรงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำร่างกายแข็งแรง

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน จึงช่วยส่งเสริมการลดน้ำหนักในคนความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วนด้วย ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและตรวจร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย เพื่อความมั่นใจ และลดความกลัวของผู้ป่วยที่กลัวว่าจะเป็นอันตรายขณะออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่แนะนำคือ การถีบจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็วๆ ส่วนการออกกำลังกายที่ไม่ใช่แบบแอโรบิก (Anaerobic Exercise) หรือแบบไอโซเมตริก (Isometric) เช่น การยกน้ำหนักไม่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้เพราะทำให้เพิ่มความดันโลหิต ควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นถึงร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด และใช้เวลาครั้งหนึ่งๆ นาน 20 ถึง 60 นาที โดยค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและควรทำให้ได้ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายประจำทำให้ช่วยลดความเครียดและสุขภาพจิตดีขึ้น

1.5.3 หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียด ระดับโคเรสเตอรอลในเลือดสูง เป็นต้น ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงควรปฏิบัติตัวดังนี้ (อคอุลย์ รัตนมันเกษม, 2533 : 123-156)

1.5.3.1 การควบคุมน้ำหนัก ในรายที่อ้วนควรลดน้ำหนัก เพราะความอ้วนจะทำให้ความดันสูงขึ้นและเกิดโคเรสเตอรอลในเลือดสูง เป็นผลให้หลอดเลือดแข็งและเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ การควบคุมน้ำหนักจะทำได้โดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ในการควบคุมน้ำหนักนั้นผู้ป่วยควรทราบว่าตนเองควรมีน้ำหนักที่เหมาะสมในคนปกติ ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (BMI) มีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิง ในการคำนวณดัชนีน้ำหนักของร่างกายมีดังต่อไปนี้

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

1.5.3.2 การเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเนื่องจากนิโคตินในบุหรี่ จะมีผลให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตจะสูงขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากอยู่แล้ว การสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นความดันโลหิตสูงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตลดลง

1.5.3.3 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คนที่ดื่มสุรามาก จะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากในคนที่เป็น ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน

1 ออนซ์ต่อวันของเอทานอล คือดื่มเบียร์ได้ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ได้ 8 ออนซ์ หรือวิสกี้ได้ 2 ออนซ์

1.5.3.4 หลีกเลียงภาวะเครียด ภาวะเครียดจะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ แรงต้านทานของหลอดเลือดจะเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น บางคนเมื่อมีภาวะเครียด จะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารมาก สิ่งเหล่านี้ จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรคลายความเครียดด้วยการออกกำลังกายและนั่งสมาธิ จะทำให้ กล้ามเนื้อผ่อนคลายและช่วยให้ความดันโลหิตลดลง

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม คือ กินยาอย่างสม่ำเสมอ กินอาหารที่เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก และ พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดความเครียด และความวิตกกังวลต่างๆ ตลอดจนงดดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ซึ่ง ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเหล่านี้ถูกต้องแล้วจะช่วยส่งผลให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิต ได้อย่างปกติสุข โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัย ได้นำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาใช้ สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลจิตใจและ ควบคุมความเครียด เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตสูง

2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

จากปรัชญาเดิมในหลายวัฒนธรรม คำว่า “องค์รวม” หรือ Holistic มาจาก คำว่า Holos หรือ Whole ในภาษากรีก หมายความว่า ความเป็นจริงทั้งหมด หรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสิ่ง (Wholeness) มีเอกลักษณ์และเป็นเอกภาพ (Unity) ที่มีอาจแบ่งแยกเป็นส่วนย่อยได้ (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2541 : 48-49)

พระไพศาล วิสาโล (2536 : 48) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมไว้ว่า เป็นการ ทำให้คนมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม โดยให้ความสนใจกับการพัฒนาปัจจัยทาง สังคมให้มากขึ้นด้วย

สำหรับ ประเวศ วะสี (2536 : 61) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง บูรณาการทั้งธรรมชาติ วิธีการ บุคคล องค์กร และผลที่ได้รับ

ส่วน รุจินาถ อรรถสิขู (2541 : 51) ได้มองการดูแลสุขภาพเป็นแบบองค์รวม โดยมี การดูแลสุขภาพในเชิงบวก จะให้ความสำคัญกับภาวะสมดุล สอดคล้องกลมกลืนและพึ่งพาอาศัย กันและกัน ในมิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางจิตวิญญาณภายในสมดุล และระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง โดยพัฒนาทักษะและแบบแผนการมีสุขภาพดี ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ให้ความสมดุล สอดคล้อง กลมกลืน และพึ่งพาอาศัยกันและกัน

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

2.2 แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

แนวโน้มของการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพแบบองค์รวมและการบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม อาจเป็นเรื่องใหม่ในวงการสาธารณสุขร่วมสมัยของไทย เนื่องจากอิทธิพลการแพทย์แบบตะวันตกมีทักษะแบบกลไกและแบบแยกส่วน แพทย์มิได้มองผู้ป่วยอย่างคนเต็มคน แต่จะถูกแยกเป็นส่วนๆ และมีแนวโน้มสนใจในมิติทางร่างกาย แต่ชีวิตของผู้ป่วยในมิติของจิตใจ และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจะถูกปล่อยไป ชีวิตของผู้ป่วยถูกมองประดุจเป็นเครื่องจักรและในสายตาของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ร่างกายจะถูกแยกออกเป็นส่วนๆ และเขาจะสนใจเฉพาะส่วนของร่างกายที่พวกเขามีความรู้เฉพาะทางเท่านั้น และมองความเจ็บป่วยหรือโรคไม่คิดกับความขัดข้องของเครื่องจักร แพทย์จะสนใจเฉพาะส่วนที่ผิดปกติเท่านั้น และจะปล่อยการมองชีวิตทั้งระบบ จากทักษะดังกล่าวได้ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันเติบโตขึ้นและมีพัฒนาการแบบเฉพาะทาง และในกระบวนการวินิจฉัยและรักษาโรคโดยอาศัยยาแผนปัจจุบัน การผ่าตัดและเทคโนโลยีที่สลับซับซ้อน ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และในกระบวนการรักษาโรคเช่นนี้ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยห่างเหินกันไป

เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว แนวคิดและกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนี้ ควรให้แพทย์หรือผู้ให้การรักษามีความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยแบบครบทุกด้าน มีการวินิจฉัยแบบองค์รวม และเลือกสรรวิธีการรักษาโรคที่เหมาะสม อันจะเกิดความสมดุลขึ้นภายในตัวผู้ป่วย เน้นกระบวนการรักษาโรคแบบธรรมชาติ ได้ให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในตนเอง การปรับสมดุลในตนเอง และการดูแลควบคุมตนเองในด้านกาย ด้านจิตใจ ทั้งนี้รวมถึงการเชื่อมโยงไปสู่สมดุลกับสิ่งแวดล้อมนับตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน จนถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และกระบวนการบำบัดรักษาโรคแบบองค์รวมนี้ ควรเกิดขึ้นภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นบรรยากาศของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพด้วย (รุจิณาถ อรรรถสิทธิ์, 2541 : 48-51)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในการสร้างกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในขั้นของการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.3 หลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดและแบบแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพในโลกยุคใหม่ เพราะเหตุว่าลักษณะความเจ็บป่วยของคนไทยได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อ และยังมีโรคที่มีสาเหตุเนื่องจากสภาวะแวดล้อมและมลพิษ ปัญหาอุบัติเหตุและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สถานการณ์ด้านสุขภาพเช่นนี้ แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมและแบบแผนการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นทางเลือกใหม่ และวิธีการทำงานแบบใหม่ในการเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว หลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 2 ประการ คือ (รุจินาถ ธรรมดิษฐ์, 2541 : 51-52)

1) สุขภาพ แบบองค์รวม คือความสมดุลและความกลมกลืนแบบต่อเนื่อง ในมิติทางกาย ทางจิตใจ จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อมรอบตัว

จากมุมมองแบบองค์รวม สุขภาพมิใช่การปราศจากโรค แต่ทว่าสุขภาพคือสภาวะของชีวิต (Wellness) หรือคุณภาพชีวิตทั้งหมด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการดูแลด้านกาย ใจ อารมณ์และด้านจิตวิญญาณภายใต้สิ่งแวดล้อมรอบตัวได้อย่างสมดุลและกลมกลืนต่อเนื่อง การป่วยเป็นการแสดงถึงความเสียสมดุลและความไม่กลมกลืนกัน ภายในและระหว่างหลายมิติของชีวิต มนุษย์ และเมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะเปิดโอกาสให้หลากหลายวิธีการ ทั้งวิธีการรักษาโรคแบบเดิม (Modern Medicine) และวิธีการรักษาโรคแบบทางเลือก (Alternative Medicine) เข้ามาสู่กระบวนการปรับสมดุลย์ของสุขภาพ และสำหรับผู้ให้การรักษาสุขภาพแบบองค์รวม จะไม่เพียงให้ความสำคัญกับอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏในปัจจุบันเท่านั้น แต่จะสืบสาวไปถึงเหตุปัจจัยของความไม่สมดุลของสุขภาพและร่วมกับผู้ป่วยในการจัดสมดุลใหม่ให้กับชีวิตทั้งหมด

2) บุคคลเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพตนเอง และ/หรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

บุคคลจะเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์หรือผู้ให้บริการการรักษาสุขภาพแบบองค์รวม จะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ศักยภาพตนเองและนำมาใช้ในวิถีสุขภาพได้อย่างเหมาะสม กระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นกระบวนการสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความตระหนักในตนเอง (Self-Awareness) และความเข้าใจในตนเอง (Self-Understanding) และเมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย แพทย์หรือนักวิชาชีพด้านสุขภาพจะกระตุ้นให้เขาตระหนักถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยและในการดูแลความเจ็บป่วย เขาจะแสดงบทบาทรับผิดชอบต่อสุขภาพและการป่วยของเขาอย่างเต็มที่

ส่วนมานพ ประภานนท์ (2543 : 47) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในด้านของคุณภาพบำบัด ซึ่งประกอบด้วยหลักการ 7 E คือ

1. Education คือ ต้องมีความรู้ ตัวผู้ป่วยจะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองทั้งหมด ต้องรู้ว่าร่างกายในปัจจุบันมีส่วนใดที่เบี่ยงเบนไปจากแนวปกติ และยังคงเห็นความสำคัญของการปรับโครงสร้างตนเองให้สู่แนวสมดุล การให้ความรู้เป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะการรักษาได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองเป็นสำคัญ การให้ความรู้เป็นเรื่องที่จำเป็น และจะขาดไม่ได้โดยเด็ดขาด หลักการสำคัญของการรักษาแบบองค์รวมนั้นจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเป็นคนที่ดูแลสุขภาพตนเอง ผู้รักษาเป็นเพียงผู้แนะนำและให้การช่วยเหลืออยู่ห่างๆ เท่านั้น

2. Equilibrium คือ การปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งเป็นการช่วยในการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ คลายเครียด เป็นต้น ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ถึงวิธีการต่างๆ ที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการยืดหยุ่นตัวที่ดีขึ้น จะช่วยให้ปรับสมดุลได้ดีขึ้น

3. Exercise คือ การออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายนั้นมีความสำคัญมากในการจัดโครงสร้างให้สมดุล เพราะสิ่งที่ทำให้ร่างกายเบี่ยงเบนไปนั้นจะมีผลทำให้ร่างกายเสียสมดุล การออกกำลังกายจะช่วยให้ได้ผลเป็นอย่างดี

4. Eating คือ การกิน จะเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและปรับสมดุลของร่างกายทั้งร่างกาย เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้นจะมาจากอาหารการกินเป็นเรื่องใหญ่ ฉะนั้นต้องให้ความสนใจและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการกินอาหารเพื่อสุขภาพ

5. Excretion คือ การขับถ่าย ถ้ามีการขับถ่ายดีทุกระบบร่างกายก็จะดีด้วย เพราะการขับถ่ายก็คือการขับสารพิษออกไปจากร่างกายนั่นเอง การดูแลในเรื่องเหล่านี้จึงต้องให้ความสนใจและให้มีการขับถ่ายที่เป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

6. Emotion คือ อารมณ์ ซึ่งเป็นเรื่องทางด้านจิตใจ เราจะต้องมีการควบคุมอารมณ์ให้มีความสดชื่นแจ่มใสอยู่เสมอ อารมณ์นั้นยังมีผลโดยตรงต่อร่างกายด้วย ถ้าอารมณ์ที่ไม่ดีนั้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เราจะเกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น การดูแลในเรื่องอารมณ์นั้นเป็นเรื่องที่จะต้องจัดการด้วยตนเอง ฉะนั้นจึงต้องฝึกฝนในเรื่องนี้เพื่อสุขภาพของตนเอง

7. Environment คือ สิ่งแวดล้อม นี่คือปัจจัยที่ทำให้คนเรามีสุขภาพดี เพราะคนเราต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมเสมอ สิ่งแวดล้อมจะถ่ายพลังความสดชื่นให้กับเราได้มากกว่า ในการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสุขภาพจำเป็นจะต้องได้รับการฟื้นฟูขึ้นมาอีกครั้ง เพื่อสุขภาพของคนส่วนรวมทั้งโลก สำหรับสิ่งแวดล้อมที่เป็นคนก็ยิ่งสำคัญ สังคมที่ดีย่อมทำให้คนเรามีความสุข การอยู่ในหมู่คนที่มีความสุขเป็นสิ่งที่เราควรทำและทำตัวเราเองให้เป็นคนที่มีความสุขด้วย เพื่อให้เรา

เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความสุข

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นจะต้องดูแลในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ให้ครบถ้วน คุณภาพบำบัดเป็นการรักษาแบบองค์รวมอีกแบบหนึ่งที่เป็นทั้งการให้บริการด้านป้องกัน รักษาและส่งเสริมสุขภาพไปพร้อมๆ กัน

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักการพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาสร้างเป็นกิจกรรมในแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในขั้นของการค้นหาปัญหา และใช้หลัก 7 E ในกิจกรรมขั้นการฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

2.4 กระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ผู้ที่ต้องการเริ่มการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสามารถเริ่มได้ทันทีเพราะการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอันเป็นผลจากตนเองหรือบางคนอาจขาดความเข้าใจต่อสุขภาพหรือมีอาจเข้าใจและตัดสินใจต่อความเจ็บป่วยทางกายเล็กน้อยที่เกิดขึ้นเป็นประจำ หรือบางคนอาจกระวนกระวายใจ กัดค้นและไม่พอใจกับบางสิ่งในชีวิต บุคคลที่ก้าวข้ามขั้นต้นสามารถเริ่มการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ ซึ่งกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน คือ (รุจิชาติ อรรถสิทธิ์, 2541 : 56-58)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

จากมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวม การประเมินสุขภาพจะขยายมุมมองจากการประเมินสุขภาพในปัจจุบัน เป้าหมายแรกของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม คือ การก่อรูปความสัมพันธ์เพื่อการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างบุคคลและนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล และนักสาธารณสุข) การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเน้นการประเมินทักษะต่อสุขภาพของบุคคลและทักษะต่อประสบการณ์การรักษาโรคหรือการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา ในกระบวนการประเมินสุขภาพนี้ จะเป็นการช่วยเหลือและกระตุ้นให้บุคคลสำรวจชีวิตตนเอง สำรวจโลกภายในของตนเอง (Inner World) โดยข้อมูลสำคัญคือ ทักษะต่อชีวิตและสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รูปแบบชีวิตการทำงาน รูปแบบของการเผชิญปัญหา (Coping Style) คุณค่าและประวัติสุขภาพของผู้ป่วย จะเป็นการย้อนถามตนเองและสำรวจตนเองเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตทั้งหมด และประสานตนเองเข้าสู่กับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ในทางระบาควิทยา อาจมีการประเมินปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ปัจจัยด้านโภชนาการ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ระดับความเครียด ปัจจัยเสี่ยง (พฤติกรรมสุขภาพ) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น วิธีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมอาจใช้แบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ พูดคุยระหว่างบุคคลกับนักวิชาชีพ หลังจากนั้นจึงเข้าสู่

กระบวนการเรียนรู้เพื่อการมีสุขภาพดี (Wellness Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลทั่วไป มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและสร้างหนทางสู่สุขภาพดีด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายตนเอง

การเรียนรู้และการอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายตนเองเป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพที่สำคัญ จะช่วยกระตุ้นพลังธรรมชาติภายในตนเอง ช่วยให้เกิดการปรับปรุงและเสริมสร้างภายในตนเอง พร้อมทั้งส่งผลบวกต่อชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้การผ่อนคลายและการควบคุมตนเองยังเป็น ประสบการณ์ที่ทรงพลัง อันจะช่วยสร้างให้เห็นคุณค่าของตนเอง (Self-Esteem) และฝึกในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ (Self-Management)

เทคนิคการผ่อนคลายตนเองมีหลายประเภท สามารถศึกษาและเลือกสรรให้เหมาะสมกับภาวะร่างกายและความชอบของตนเอง ตัวอย่างเทคนิคการผ่อนคลาย คือ การตอบสนองเพื่อผ่อนคลาย (Relaxation Response) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Relaxation) การฝึกสมาธิ (Meditation) การเสริมสร้างความสุขจากภายใน (Guided Imagery) การตอบกลับทางชีวภาพ (Biofeedback)

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาเพื่อการเรียนรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

เมื่อบุคคลได้ประเมินสุขภาพตนเองและผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายแล้ว หลังจากนั้น บุคคลสามารถพัฒนาเพื่อการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งนี้ภายใต้ความช่วยเหลือและการสนับสนุนของนักวิชาชีพ การสร้างกระบวนการเรียนรู้ และฝึกฝนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถทำได้ในลักษณะกลุ่ม (Self-Help Group) หรือลักษณะเฉพาะบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของบุคคล การจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจำแนกเป็น 5 ด้านสำคัญ คือ ความรับผิดชอบของตนเอง (Self-Responsibility) ความตระหนักร่างกาย (Physical Awareness) ความตระหนักด้านจิตใจ (Stress Awareness) ความตระหนักด้านอาหาร (Nutrition Awareness) และการดูแลสิ่งแวดล้อม (Environment Sensitivity) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเมินสุขภาพตนเองดังกล่าว ในการสร้างวิถีสุขภาพแบบองค์รวมในแต่ละด้าน จำเป็นต้องกำหนดรูปธรรม หรือกิจกรรมสำหรับตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีคิด (การเสริมวิถีคิดเชิงบวก) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นต้น หลังจากพัฒนาอย่างชัดเจนแล้ว การปรึกษาหารือเพื่อหาหนทางในการปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับชีวิตจริงมีความจำเป็น บางกรณีชุมชนจะมีบทบาทเอื้ออำนวยและให้ความสะดวก เช่น การอบรมทักษะที่จำเป็น ชุมชนควรมีสวนสาธารณะ เป็นต้น จึงจะทำให้ชีวิตของบุคคลเข้าสู่วิถีสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำกระบวนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ในกิจกรรมชั้นการประเมินสุขภาพผู้ป่วย ใช้การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายตนเอง และการพัฒนาการเรียนรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกิจกรรมชั้นการแก้ไขปัญหาที่ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพ เพื่อศึกษาว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3. การปรับพฤติกรรม

3.1 ความหมายและประเภทของพฤติกรรม

3.1.1 ความหมายของพฤติกรรม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2531 : 580) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นการกระทำหรือแสดงอาการออกมาทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

ส่วนสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2539 : 2-3) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมว่าเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำ แสดงออก ตอบสนองหรือโต้ตอบสิ่งใด สิ่งหนึ่ง ในสภาพการณ์ใดสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ นับได้หรือทั้งวัดได้ตรงกัน ด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย สอดคล้องกับประเทือง ภูมิภัทราคม (2540 : 37) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมว่าเป็นการกระทำการแสดงออกของบุคคลในสภาพการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตเห็น ได้ยินและวัดได้ด้วยเครื่องมือที่เป็นปรนัย

อีกทั้งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมว่า หมายถึง พฤติกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบความสนใจ สำหรับ ชัยพร วิชชาวุธ (2529 : 11) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำทุกอย่างของมนุษย์ ไม่ว่าการกระทำนั้นจะกระทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวและไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้น ได้หรือไม่ก็ตาม และอรุณ รักธรรม (2524 : 12) ให้ทัศนะว่า พฤติกรรม หมายถึง การปฏิบัติ ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งแสดงต่อบุคคลหนึ่งหรือแสดงต่อบุคคลอื่น ในทางที่ถูกต้องหรือผิดไปจากปกติสถานแห่งแบบธรรมเนียมหรือมารยาทของสังคม

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกมา โดยมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้า ซึ่งแสดงออกมาในรูปความคิด ความรู้สึกและการกระทำ โดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม สามารถสังเกตได้ ใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมได้

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำความหมายของพฤติกรรมมาใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมหลักเป็นพฤติกรรมย่อยและพฤติกรรมบ่งชี้ในการวิจัย

3.1.2 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534 : 2) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ สามารถวัดได้ ทดสอบได้

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 29) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ตลอด 24 ชั่วโมง

Gochman (1982 : 169) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆ ของบุคคลซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่นๆ ; ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และพฤติกรรมการแสดงออก การปฏิบัติ และนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นกล่าวโดยสรุปแล้ว พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่คนกระทำไม่ว่ากิจกรรมนั้นๆ จะสังเกตได้หรือไม่ อาจจะเป็นพฤติกรรมในด้านที่ถูกหรือพฤติกรรมในด้านที่ผิด ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับการสั่งสอนมา รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจให้กระทำ

สำหรับการวิจัย ผู้วิจัยได้นำความหมายของพฤติกรรมสุขภาพมาใช้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

3.1.3 ประเภทของพฤติกรรม

โดยทั่วไปแล้วพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังต่อไปนี้ (ประเทือง ภูมิภัทราคม , 2540 : 16-17)

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง การกระทำ การแสดงออก หรือการตอบสนองที่สามารถสังเกตเห็นได้ ได้ยินได้ หรือวัดได้ แยกเป็นพฤติกรรมที่เป็นการกระทำ เรียกว่า กายกรรม และพฤติกรรมที่เป็นคำพูด เรียกว่า วาจกรรม พฤติกรรมที่เป็นกายกรรมเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น การเดิน การปรบมือ ความดันโลหิต ฯลฯ ส่วนพฤติกรรมที่เป็นวาจกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่เป็นคำพูด เช่น การเล่านิทาน การสั่งงาน ฯลฯ

พฤติกรรมภายนอกแบ่งออกเป็นพฤติกรรมโมลาร์ (Molar Behavior) และพฤติกรรมโมเลกุล (Molecular Behavior) พฤติกรรมโมลาร์ หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยใหญ่สามารถสังเกตได้ง่าย เช่น การโบกมือ การขุดดิน การทำหน้าบึ้ง ฯลฯ พฤติกรรมที่คนเราแสดงออกต่อกันล้วนเป็นพฤติกรรมโมลาร์ทั้งสิ้น

พฤติกรรมโมเลกุล หมายถึง พฤติกรรมที่มีหน่วยเล็กคือองค์ประกอบหรือวิเคราะห์จึงจะสังเกตได้ชัดเจน เช่น การเดินของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ การทำงานของเซลล์ประสาท ฯลฯ

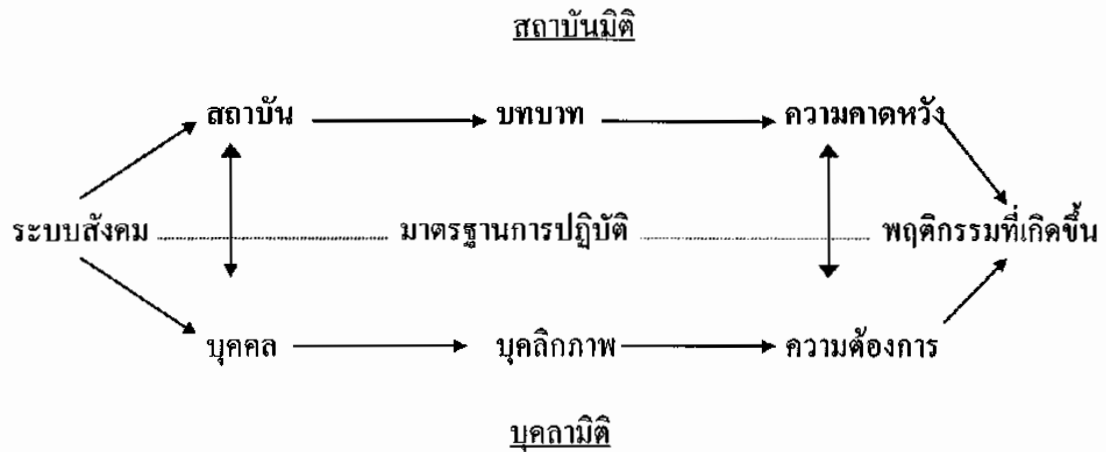
2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรง เช่น ความเข้าใจ การรับรู้ การคิด การตัดสินใจ ความรู้สึก ฯลฯ พฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส ต้องสันนิษฐาน (Infer) จากพฤติกรรมภายนอก หากจะให้การสันนิษฐานมีความถูกต้องยิ่งขึ้น ควรจะสังเกตจากพฤติกรรมโมเลกุลประกอบด้วย เช่น การสันนิษฐานความโกรธ คนบางคนเมื่อโกรธจะไม่แสดงกิริยาท่าทางใดๆ ให้รู้ ไม่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมโมเลกุล การที่จะรู้ว่าคนคนนั้นโกรธหรือไม่ สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมโมเลกุล คือ วัดความดันโลหิต วัดความถี่ของการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

ดังนั้นในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำประเภทของพฤติกรรม มาใช้สร้างแบบตรวจร่างกายและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์

มนุษย์เป็นสัตว์สังคม สังคมมนุษย์จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ไปด้วย เราจะเห็นได้ว่าจากเมื่อคนเราอยู่คนเดียว แบบแผนพฤติกรรมของเขาจะไม่เหมือนกับเมื่อเขาอยู่ในกลุ่มองค์การหรือสถาบันทางสังคม ในขณะที่เดียวกันมนุษย์ก็มีบุคลิกภาพของแต่ละคนไม่เหมือนกัน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นส่วนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์เช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีกระบวนการทางสังคม (Social Process Theory) ของเกสเซลส์ และกูบา (Getzels and Guba, 1968 : 80 อ้างถึงใน สุวิทย์ บุญช่วย, 2525 : 38-39) ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์



ที่มา : สุวิทย์ บุญช่วย, 2526 : 38

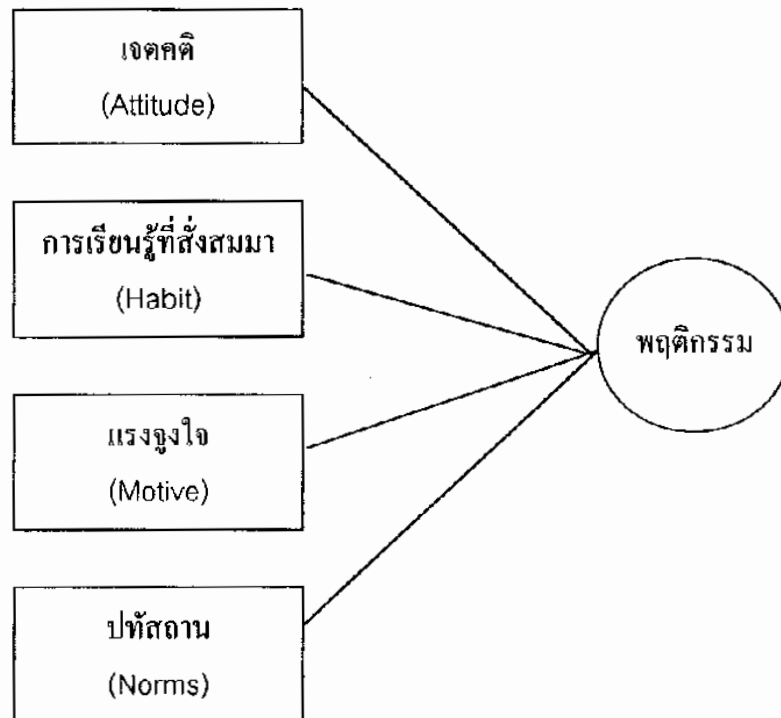
จากภาพประกอบ 1 จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของมนุษย์มีอยู่ 2 ด้าน หรือ 2 มิติ คือ มิติทางสถาบัน (Nomothetic Dimension) กับมิติด้านบุคคล (Idiographic Dimension) มิติทางสถาบันนั้นอาจจะเป็นกลุ่ม องค์การต่างๆ หรือสถาบันทางสังคมซึ่งในแต่ละสถาบันย่อมมีวัตถุประสงค์ วัฒนธรรม ปทัสถานของสังคม หน้าที่ ความรับผิดชอบ ความคาดหวังในบทบาทสถานภาพของสถาบันนั้นๆ ส่วนทางบุคคลามิตินั้นมองแคบถึงตัวบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีบุคลิกภาพ เช่น ความสามารถทางสมอง การรับรู้ การเรียนรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนจนถึงความต้องการที่แตกต่างกัน ทั้งสองส่วนนี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของมนุษย์ทั้งสิ้น

นอกจากนี้ ภิรมชา อินทรกำแหง (2536 : 53-54) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมของคนที่แสดงออกว่ามีสาเหตุปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลเหล่านั้น โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกเป็น 2 ระดับดังนี้

1. พฤติกรรมที่แสดงออกระดับบุคคล/ปัจเจกบุคคล

นักจิตวิทยา ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรม (Behavior) เกิดขึ้นจาก พฤติกรรมที่แสดงออกทางกายแต่ละคน และมีปฏิสัมพันธ์กันดังแสดงในภาพประกอบ 2

ภาพประกอบ 2 พฤติกรรมที่แสดงทางกายแต่ละคนกับปฏิสัมพันธ์



ที่มา : ภิรมยา อินทรกำแหง, 2536 : 53

พฤติกรรมที่แสดงทางกายแต่ละคนขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หรือการมีปฏิกริยาร่วมกันระหว่าง 2 องค์ประกอบ ซึ่งภิรมยา อินทรกำแหง (2536 : 53) กล่าวไว้ดังนี้

1.1 องค์ประกอบภายใน

1.1.1) เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความเชื่อความคิดเห็น และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งเรียกว่าเป้า (Target) อันมีผลต่อการแสดงออกหรือการกระทำต่อสิ่งนั้นด้วย

1.1.2) การเรียนรู้ที่สั่งสมไว้ (Habit) หมายถึง ความรู้ ความสามารถและทักษะที่บุคคลได้รับหรือเกิดขึ้นจากประสบการณ์ อันเป็นผลจากการเรียนรู้ (Learning) และพัฒนาการ (Deveiopment) หรือวุฒิภาวะ (Maturaion)

1.1.3) แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง พลังผลักดันกำหนดทิศทางของพฤติกรรมให้ไปสู่เป้าหมายในเรื่องเดียวกัน

1.2 องค์ประกอบภายนอก

ปทัสถาน (Norms) หมายถึง เกณฑ์ของกลุ่มที่กำหนดขึ้นสำหรับให้ถือปฏิบัติตาม ได้แก่ กฎ ระเบียบ ขนบธรรมเนียม ขององค์กรที่บุคลากรทุกคนยึดถือเป็นแนวปฏิบัติตนเอง

2. พฤติกรรมที่แสดงออกระดับสังคม

เมื่อนุชนัยมีการรวมตัวกันหรือเมื่อนุชนัยจำเป็นต้องเข้ากลุ่ม เช่น กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อนร่วมงานในสังคมซึ่งเรียกง่ายๆ มีสังคม ในการมีสังคมของมนุษย์นั้น เราต้องยอมรับว่ามนุษย์จำเป็นต้องกำหนดกลไกทางสถาบันสังคม (Institutional Mechanism) ขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ กลไกที่ว่ามีได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎ ระเบียบ หรือแนวปฏิบัติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization Control) ภายใต้อำนาจเดียวกัน จนกระทั่งเป็นค่านิยมที่ทุกคนต้องทำตามเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน

และถ้าพิจารณาในแง่จิตวิทยาที่เชื่อกันว่า “พฤติกรรมทุกชนิดย่อมมีสาเหตุ” แล้วจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อความน่าจะเป็น ไปของพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อเข้ามาอยู่ในองค์กร/หน่วยงานของระบบ สังคม

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์ มาใช้ในการอภิปรายผลของการวิจัย

3.3 รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526 : 123)

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) อาจเป็นเพราะว่าได้ถูกกลุ่มบุคคลหรือสังคมบังคับ ถ้าไม่ทำตามจะถูกลงโทษถ้าทำตามจะได้รางวัลหรือถูกยกย่องสรรเสริญ ในแต่ละสังคมจะมีการบังคับให้สมาชิกต้องเปลี่ยนแปลงไปตามแนวทางที่กำหนดให้ เช่น มีกฎหมายออกมาบังคับ การแจ้งเกิด การแจ้งตาย กฎหมายประกัน ไปบุคคลที่ 3 กฎหมายการใช้หมวกนิรภัย หรือถ้ามีโรคระบาดจะต้องแจ้งและป้องกัน หรือพฤติกรรมบางอย่างจะแสดงในที่สาธารณะไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการถูกบังคับนี้มีผลเพียงแต่พฤติกรรมภายนอกเท่านั้น แต่พฤติกรรมภายในเขาไม่เป็นเช่นนั้น บางอย่างอาจจะต่อต้านอยู่ภายในแต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวถูกลงโทษ เช่น ในชั้นเรียนอาจไม่พอใจครูผู้สอนแต่ทำอะไรไม่ได้ จะแสดงพฤติกรรมออกมาว่าไม่พอใจก็ไม่กล้า

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาแบบอย่าง (Identification) การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่เขาได้เห็นและคิดว่าพฤติกรรมของคนนั้นเป็นสิ่งที่ดีต้องการเลียนแบบ หรือเอาแบบอย่าง อาจเป็นบิดา-มารดา ญาติพี่น้อง ครู ดารา นักการเมือง ฯลฯ เช่น บางคนมีพ่อแม่เป็นคนแต่งตัวดีเรียบร้อย ถูกๆ ก็จะเอาแบบอย่าง มีบางคนอาจจะแต่งตามแฟชั่น แต่การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้อาจจะหายไปหรืออาจจะอยู่ถาวรก็ได้

๑
 ๒๓. ๑๒๒
 ๑๓๒ ๐
 ๒๓๔๔

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี (Internalization) การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่บุคคลยอมรับว่าถ้าเปลี่ยนแปลงแล้วดีสำหรับเขา และตรงกับค่านิยมที่ยึดถืออยู่ และการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจแก้ไขปัญหาที่ตนเองมีอยู่ได้ เช่น บางคนชอบอ่านหนังสือเพราะคิดว่าการอ่านมากๆ ทำให้ได้ความรู้มากและฉลาดขึ้นทั้งนี้ให้ความเพลิดเพลิน บางคนชอบช่วยเหลือผู้อื่นอยู่เสมอและมีความรู้สึกว่ามีความสุข

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นแบบใด ถ้าบุคคลนั้นได้มองเห็นแล้วว่ามิประโยชน์ต่อตนเองหรือผู้อื่นเหมาะสมกับความเชื่อ ค่านิยมของตนเองรวมทั้งสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่หวังผลตอบแทน หรือหลีกเลี่ยงการลงโทษ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปทั้งแนวความคิด ความรู้สึกและการกระทำไปพร้อมกันแล้ว การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่น่าส่งเสริมให้เกิดขึ้นมากที่สุด

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลในรูปแบบของกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในขั้นของการหาวิถีแก้ปัญหา เพื่อศึกษาว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไร

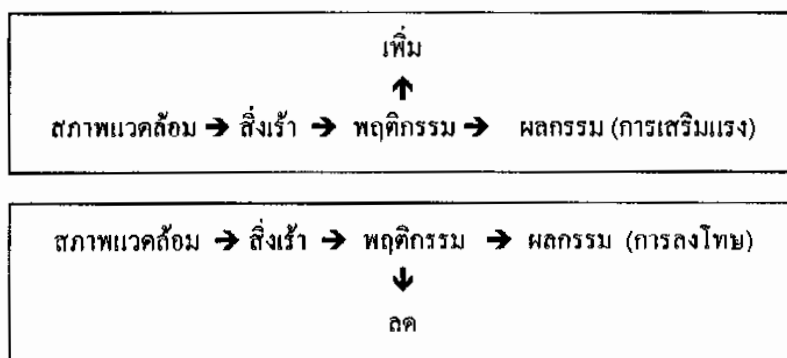
3.4 ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมเป็นเทคนิคการแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ทฤษฎีการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรม สำหรับการวิจัยนี้ได้แก่ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม และทฤษฎีเรียนเรียนรู้ทางสังคม (ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 41) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม (Operant Conditional)

ทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาโดยสกินเนอร์ (B.F.Skinner, 1953 อ้างถึงใน ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 51) มีแนวคิดว่า พฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสิ่งเร้าในสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และผลกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากแสดงพฤติกรรมนั้น โดยเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลกรรมเป็นสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นดังภาพประกอบ 3

ภาพประกอบ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และผลกรรม



ที่มา : สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526 : 7

จากภาพประกอบ 3 จะเห็นได้ว่า ในสภาพแวดล้อมมีสิ่งเร้าที่ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมและมีผลกรรมตามมา และผลกรรมที่ตามมานี้สามารถย้อนกลับมาเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ ถ้าผลกรรมที่บุคคลได้รับเป็นที่พึงพอใจก็จะย้อนกลับมาเป็นสิ่งเร้าที่ส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเดิมนั้นซ้ำเสมอเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผลกรรมที่ได้รับไม่เป็นที่พึงพอใจก็จะเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงขึ้นแทน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526 : 27) เช่น ขณะที่ครูสอนนักเรียนตั้งใจเรียนทำให้เข้าใจบทเรียน ทำการบ้านได้ ครั้งต่อไปขณะที่ครูกำลังสอน นักเรียนจะกระทำพฤติกรรมตั้งใจเรียนอีก หรือเมื่อครูสั่งงานนักเรียนไม่ทำ ครูทำโทษนักเรียนก็จะเรียนรู้ที่จะทำงานเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทำโทษ เป็นต้น

ในชีวิตประจำวัน มนุษย์เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลกรรมตลอดเวลา ตั้งแต่เด็กจนโตและจนตาย การเรียนนี้หากมองในแง่ของผู้เรียนก็จะกล่าวได้ว่า ผู้เรียนเรียนรู้พฤติกรรมอะไรนำไปสู่ผลกรรมอะไร เป็นการเรียนรู้เงื่อนไขของผลกรรม แต่ถ้ามองในแง่ของผู้ทดลองที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งโดยใช้ผลกรรมเป็นตัวควบคุมก็กล่าวได้ว่า เป็นการวางเงื่อนไขพฤติกรรมของผู้เรียน และเป็นการวางเงื่อนไขผลกรรมหรือการวางเงื่อนไขพฤติกรรมอันเป็นเครื่องมือ คือ เรียนรู้พฤติกรรมอันเป็นเครื่องมือเพื่อให้ได้มาซึ่งตัวเสริมแรงหรือสิ่งที่ต้องการ

การเสริมแรง (Rienforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ตัวเสริมแรงแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539 : 32-35)

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ (Primary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของ

มันเอง เนื่องจากสามารถตอบสนองความต้องการชีวภาพของอินทรีย์ได้ หรือมีผลต่ออินทรีย์โดยตรง เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความร้อน ความหนาว ความเจ็บปวด เป็นต้น

2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ (Secondary Reinforcer) เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น คำชมเชย เงิน หรือตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น ถ้าปริมาณของตัวเสริมแรงปฐมภูมิมีน้อยและเสนอคู่กันบ่อยครั้ง จะทำให้ตัวเสริมแรงทุติยภูมิมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

การเสริมแรงสามารถดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) คือการเสริมแรงที่มีผลทำให้พฤติกรรมที่ได้รับการเสริมแรงนั้นมีความถี่เพิ่มขึ้น

2. การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่แสดงพฤติกรรมนั้นออกมาแล้ว สามารถถอดถอนสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจออกไปได้ การเสริมแรงทางลบจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Escape Behavior) นั่นคือเมื่ออินทรีย์ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ก็สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมอื่น เพื่อที่จะถอดถอนสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้น ส่วนอีกพฤติกรรมหนึ่งคือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยง (Avoidance Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการได้รับสัญญาณว่า เหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจจะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจนั้นได้ โดยการแสดงพฤติกรรมในลักษณะอื่นแทน

การลงโทษ (Punishment) คือ การให้ผลกรรมหลังจากการแสดงพฤติกรรมทำให้พฤติกรรมนั้นลดลงหรือยุติลง ประกอบด้วยเงื่อนไข 3 อย่างคือ มีพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น พฤติกรรมเป้าหมายนั้นจะต้องตามด้วยผลกรรมบางอย่าง และโอกาสการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายนั้นลดลงเนื่องจากผลกรรมดังกล่าวนั้น การลงโทษเป็นเพียงกระบวนการที่ระงับพฤติกรรมเท่านั้น ไม่มีประสิทธิภาพของการลงโทษในระยะยาว เพราะเมื่อใดก็ตามลักษณะของการคุกคามการลงโทษหายไป พฤติกรรมที่เคยถูกลงโทษนั้นจะกลับคืนมาอีก

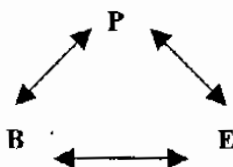
สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม ใช้ในการกำหนดกิจกรรมของแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในขั้นของการแก้ไขปัญหาที่จัดให้มีการเสริมแรงแก่ผู้ป่วย เพื่อศึกษาว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไร และใช้อภิปรายผลการวิจัย

3.4.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นที่นิยมและยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Albert Bandura)

ตามแนวคิดของแบนดูรา มีความเชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์นอกเหนือจากปฏิกิริยาสะท้อน เบื้องต้นแล้วเกิดจากการเรียนรู้ทั้งสิ้น และการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่เหล่านั้นสามารถเรียนรู้ได้โดย ประสบการณ์ตรงหรือไม่ก็โดยการสังเกต องค์ประกอบทางชีววิทยามีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรม นั่นก็คือองค์ประกอบในตัวบุคคลมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้พฤติกรรม ซึ่ง กระบวนการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ (ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 59-60) สามารถอธิบายในรูปของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องระหว่างพฤติกรรม องค์ประกอบส่วนบุคคล และ องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงให้เห็นดังภาพประกอบ 4

ภาพประกอบ 4 แสดงปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างพฤติกรรม องค์ประกอบส่วนบุคคล และ องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม



ที่มา : ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 59

จากภาพประกอบ 4 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม (B) องค์ประกอบส่วนบุคคล (P) และ องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม (E) มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ พฤติกรรมของมนุษย์สามารถ กำหนดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมก็สามารถกำหนดพฤติกรรม พฤติกรรมสามารถกำหนด องค์ประกอบส่วนบุคคล องค์ประกอบส่วนบุคคลก็สามารถกำหนดพฤติกรรม ได้เช่นกัน ในทำนอง เดียวกัน องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบส่วนบุคคลก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

การที่ปัจจัยทั้ง 3 ทำหน้าที่กำหนดหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น ก็ได้ไม่ได้หมายความว่า ทั้งสามปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพล มากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันๆ หากแต่ต้องอาศัยเวลา ในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ

ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1977 อ้างถึงใน ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 61-64) ยังสามารถแบ่งการเรียนรู้ได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้คือ

1. การเรียนรู้จากผลกรรม (Learning by Response Consequence) การเรียนรู้ในขั้น พื้นฐานของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงว่า การกระทำใดจะก่อให้เกิด ผลกรรมใด ซึ่งผลกรรมนั้นมีทั้งผลกรรมทางบวกและผลกรรมทางลบในชีวิตประจำวันการกระทำ ต่างๆ ของมนุษย์บางอย่างก็ได้รับผลทางลบตามมา การเสริมแรงแบบต่างๆ จึงเป็นตัวกำหนด

พฤติกรรมของมนุษย์ในอนาคต มนุษย์จะเลือกทำเฉพาะพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดผลด้านบวก และไม่ทำพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดผลกรรมด้านลบ

2. การเรียนรู้จากตัวแบบ (Learning Through Modeling) แบนดูรา กล่าวว่า การเรียนรู้จะเป็นสิ่งที่ยากยิ่ง และอาจมีอันตรายได้ถ้ามนุษย์ต้องเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง จนกว่าจะพบว่าควรทำอย่างไรจึงจะได้รับผลที่ต้องการ มนุษย์ส่วนมากสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นเป็นแบบอย่างว่าควรจะทำพฤติกรรมใหม่ได้อย่างไร โดยทำให้ไม่ต้องมีการลงมือทดลอง และยังได้รวบรวมความรู้ที่ไว้นั้นไว้เพื่อนำมาใช้ในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในโอกาสต่อไป ทำให้ช่วยลดความผิดพลาดลงได้

สำหรับตัวแบบนี้มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกันคือ (Bandura, 1966 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541 : 254)

1. ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อที่ว่าจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในสภาพปัจจุบัน และอนาคต เช่น เสริมสร้างทักษะบางอย่างให้คนไข้โรคจิตในโรงพยาบาล เพื่อว่าเขาจะสามารถอยู่ในชุมชนของเขาได้อย่างมีความสุข

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือการยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก ก็เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าว แล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ หรือแสดงแล้วได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบก็จะมีมากขึ้น ก็เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้น ได้ถูกการยุติการระงับแล้ว

3. ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้ว ได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ยังไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

ประเภทของตัวแบบ

ตัวแบบที่บุคคลสามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (ประเทือง ภูมิภัทราคม, 2540 : 239)

1. ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (Live Model) คือ ตัวแบบที่ผู้สังเกตสามารถมีปฏิสัมพันธ์ หรือ สังเกต ได้โดยตรงไม่ต้องผ่านสื่อหรือสัญลักษณ์อื่นใด ตัวอย่างของตัวแบบที่มีชีวิตจริง เช่น บุคคล เห็นผู้อื่นเสพยาโรอินแล้วมีสุขภาพทรุดโทรมและสังคมรังเกียจไม่คบด้วย จึงไม่เสพยาโรอิน เป็นต้น

2. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Model) คือ ตัวแบบที่ปรากฏโดยผ่านทางสื่อประเภท ต่างๆ เช่น ตัวแบบที่ปรากฏในภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิดีโอ วิทยุ หนังสือ หนังสือพิมพ์ มีอิทธิพลใน การหล่อหลอมพฤติกรรมและเจตคติของบุคคลในสังคมมาก

แบนดูรา (Bandura, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539 : 50-53) เชื่อว่า มนุษย์ เรียนรู้พฤติกรรมส่วนมากจากการสังเกต ตัวแบบ (Model) แล้วรับข่าวสารต่างๆ มาประมวล โดยการแปลงสภาพเป็นการแทนด้วยสัญลักษณ์ (Symbolic Representation) ที่จะเป็นเครื่องชี้แนะการ กระทำ ซึ่งการเรียนรู้และการแสดงพฤติกรรมเลียนแบบจะต้องมีกระบวนการที่สำคัญ 4 ประการคือ

2.1 กระบวนการใส่ใจ (Attentional Process) เป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความในการ เลียนแบบ เพราะการเรียนรู้จากตัวแบบอาจจะไม่เกิดขึ้นถ้าผู้สังเกตขาดความใส่ใจ และขาดการรับรู้ พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา ความใส่ใจทำให้ผู้สังเกตสามารถจำแนกพฤติกรรมที่เขาสนใจ นั้นออกจากพฤติกรรมอื่นๆ ของตัวแบบได้ซึ่งความใส่ใจในตัวแบบนี้ อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากตัวแบบ มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือผู้สังเกตมีความชอบตัวแบบหรือพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง โดยที่ พฤติกรรมนั้นอาจมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมของผู้สังเกต ผู้สังเกตจึงให้ความสนใจ ผู้สังเกตจะสนใจตัวแบบบางคนและพฤติกรรมบางอย่างเท่านั้น นอกจากนั้นการเรียนรู้โดยการ สังเกตจากตัวแบบนี้จะเกิดขึ้นได้มากน้อยเพียงใดยังขึ้นอยู่กับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ตัวแบบ แสดงและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สังเกตด้วย

2.2 กระบวนการทรงจำ (Retention Process) ในการเรียนรู้โดยการสังเกตนั้นมนุษย์ เราไม่สามารถเรียนรู้ได้มาก ถ้าไม่มีการทรงจำพฤติกรรมของตัวแบบ การทรงจำพฤติกรรมของ ตัวแบบ การทรงจำพฤติกรรมของตัวแบบซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่มนุษย์สามารถรวบรวม รูปแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้สังเกตเห็น และการทรงจำพฤติกรรมเหล่านั้นไว้ในรูปของการ สร้างรหัสสัญลักษณ์ (Symbolic Coding) ซึ่งมี 2 ลักษณะคือ การทรงจำไว้เป็นมโนภาพ (Image) หรือการทรงจำเป็นคำพูด (Verbal) การจำในลักษณะนี้จะช่วยให้การทรงจำทำได้ง่ายและนานกว่า ยิ่งถ้าประสบการณ์ใหม่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เดิมของผู้เรียน การทรงจำจะถาวรมากขึ้น

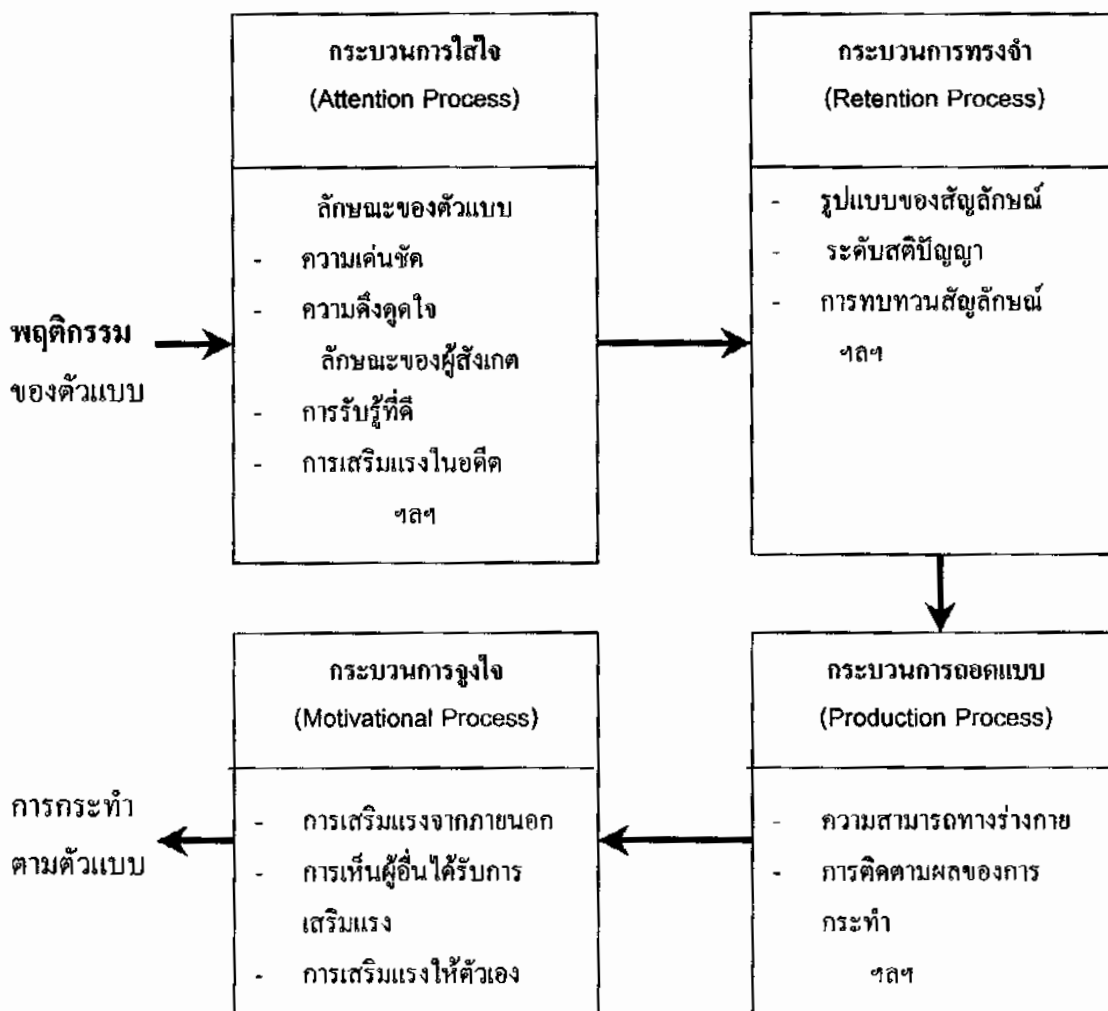
2.3 กระบวนการถอดแบบ (Reproduction Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตเปลี่ยน สัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปความจำจากกระบวนการทรงจำไว้ออกมา เป็นการกระทำที่เหมาะสมด้วย การใช้กลไกทางความคิด โดยที่ผู้สังเกตจะรวบรวมองค์ประกอบต่างๆ ของพฤติกรรมที่สังเกตเห็น ได้เป็นรูปแบบขึ้นมาใหม่และแสดงออกมา แต่ผู้สังเกตจะแสดงพฤติกรรมได้ครบถ้วนตามที่สังเกต

หรือไม่ นั่นขึ้นอยู่กับระดับปัญญา (Cognitive Level) และความซับซ้อนของพฤติกรรม พฤติกรรมที่แสดงออกในครั้งแรกๆ อาจจะไม่ถูกต้องเหมาะสมทีเดียว เพียงแต่แสดงได้ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของตัวแบบเท่านั้น แล้วก็ค่อยปรับพฤติกรรมของตนเองจนกว่าจะได้รับผลที่พึงพอใจ ซึ่งต้องอาศัยการติดตามการกระทำเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับที่จะช่วยให้การกระทำตามตัวแบบดียิ่งขึ้น

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบได้ทุกอย่าง แม้ว่าเขาจะให้เห็น ได้เรียนรู้แล้วก็ตาม มนุษย์จะเลือกเลียนแบบเฉพาะพฤติกรรมที่เขาสนใจ และเห็นคุณค่ามากกว่าพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้ผลกระทบทางลบ ซึ่งการได้เห็นผลกระทบที่ตัวแบบได้รับหลังจากแสดงพฤติกรรมนั้นๆ แล้ว ย่อมมีผลจูงใจให้มนุษย์เลียนแบบพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะเมื่อได้เห็นผลกระทบที่พึงพอใจ องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการใช้ตัวแบบเพื่อให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ต้องมีการจูงใจโดยการเสริมแรงทางบวก เพื่อกระตุ้นให้ผู้สังเกตแสดงพฤติกรรมเลียนแบบออกมาและเป็นการเสริมให้พฤติกรรมนั้นเกิดบ่อยยิ่งขึ้น ดังนั้นกระบวนการจูงใจจึงมีบทบาทสำคัญในการเรียนรู้จากการสังเกต

จะเห็นได้ว่าวิธีการเรียนรู้ทางจากตัวแบบ (Model) ของมนุษย์ ประกอบด้วย กระบวนการใส่ใจ กระบวนการทรงจำ กระบวนการถอดแบบ และกระบวนการจูงใจนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอน ซึ่งสามารถแสดงกระบวนการเกิดได้ดังภาพประกอบ 5

ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการเรียนรู้จากตัวแบบ



ที่มา : Bandura, 1977 : 23

ขั้นตอนการใช้วิธีการเสนอตัวแบบ

ในการปรับพฤติกรรมโดยการใช้เทคนิคการใช้ตัวแบบนั้น ไม่ว่าจะกระบวนการปรับพฤติกรรมจะใช้วิธีการเสนอตัวแบบวิธีใดก็ตาม ควรจะดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้ ขั้นนี้มักปรับพฤติกรรมจะต้องกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจนว่า พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องให้เกิดขึ้นกับผู้สังเกตหรือผู้รับการปรับพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมอะไรบ้าง

2. เลือกตัวแบบที่เหมาะสม ในขั้นนี้มักปรับพฤติกรรมจะต้องพิจารณาเลือกตัวแบบที่เหมาะสม จะใช้ตัวแบบที่มีชีวิตจริงหรือจะใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ก็ตาม จะต้องพิจารณาความ

เหมาะสมว่าตัวแบบดังกล่าวเหมาะกับบุคคล สถานที่ และสภาพการณ์ของสังคมหรือไม่ ตัวแบบที่เลือกมาใช้จะต้องเหมาะสมกับบุคคล สถานที่ และความสมจริงในสังคม

3. การฝึกตัวแบบให้แสดงพฤติกรรมเป้าหมายอย่างเป็นขั้นตอน ในขั้นนี้ถ้าการใช้ตัวแบบเป็นตัวแบบที่มีชีวิตจริง นักปรับพฤติกรรมจะต้องฝึกตัวแบบให้แสดงพฤติกรรมเป้าหมายอย่างมีขั้นตอนและชัดเจน ทั้งนี้เพราะจะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถสังเกตได้อย่างชัดเจน และเลียนแบบพฤติกรรมนั้นได้ง่ายและถูกต้อง

4. เสนอตัวแบบ ขั้นนี้นักปรับพฤติกรรมให้ตัวแบบแสดงพฤติกรรมเป้าหมายตามขั้นตอนที่ได้รับการฝึกตามข้อ 3 หากโปรแกรมการปรับพฤติกรรมนั้นใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ เช่น ภาพยนตร์ นักปรับพฤติกรรมก็เสนอตัวแบบตามลำดับขั้นตอนเพื่อให้ผู้สังเกตได้สังเกตพฤติกรรมเป้าหมาย และสามารถนำไปปฏิบัติตามในโอกาสต่อไป

5. การให้การเสริมแรงแก่ตัวแบบทันทีที่ตัวแบบแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย ในขั้นนี้หมายความว่า ในกระบวนการปรับพฤติกรรมโดยการใช้เทคนิคการใช้ตัวแบบ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ตัวแบบที่มีชีวิตจริงหรือการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ก็ตาม ในกระบวนการเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้วตัวแบบจะได้รับการเสริมแรง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สังเกตรับรู้ว่าผลกรรมของการแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย คือ การได้รับการเสริมแรง

6. การให้การเสริมแรงแก่ผู้สังเกตทันทีที่ผู้สังเกตกระทำพฤติกรรมเป้าหมายตามตัวแบบ

7. ให้ข้อมูลย้อนกลับหรือชี้แนะข้อมูลบางอย่างแก่ผู้สังเกต ในกรณีที่ผู้สังเกตยังไม่สามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ในการเสนอตัวแบบนี้จัดได้ว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือคนไข้โรงพยาบาลโรคจิตก็ตาม และยังเป็นเทคนิคที่มีลักษณะใกล้เคียงกับวิถีชีวิตตามธรรมชาติของคนเรา เนื่องจากคนเรานั้นมีแนวโน้มที่จะลอกเลียนแบบซึ่งกันและกันอยู่แล้ว ดังนั้นการใช้เทคนิคการเสนอตัวแบบจึงทำให้ผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมนั้นไม่ค่อยรู้สึกขัดใจ หรือต่อต้าน จึงทำให้เทคนิคการเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ใช้ในการกำหนดกิจกรรมของแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในขั้นของการแก้ไขปัญห โดยจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ และโดยการสังเกตจากตัวแบบจริง ทางสื่อต่างๆ พร้อมทั้งได้ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างไร และใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย

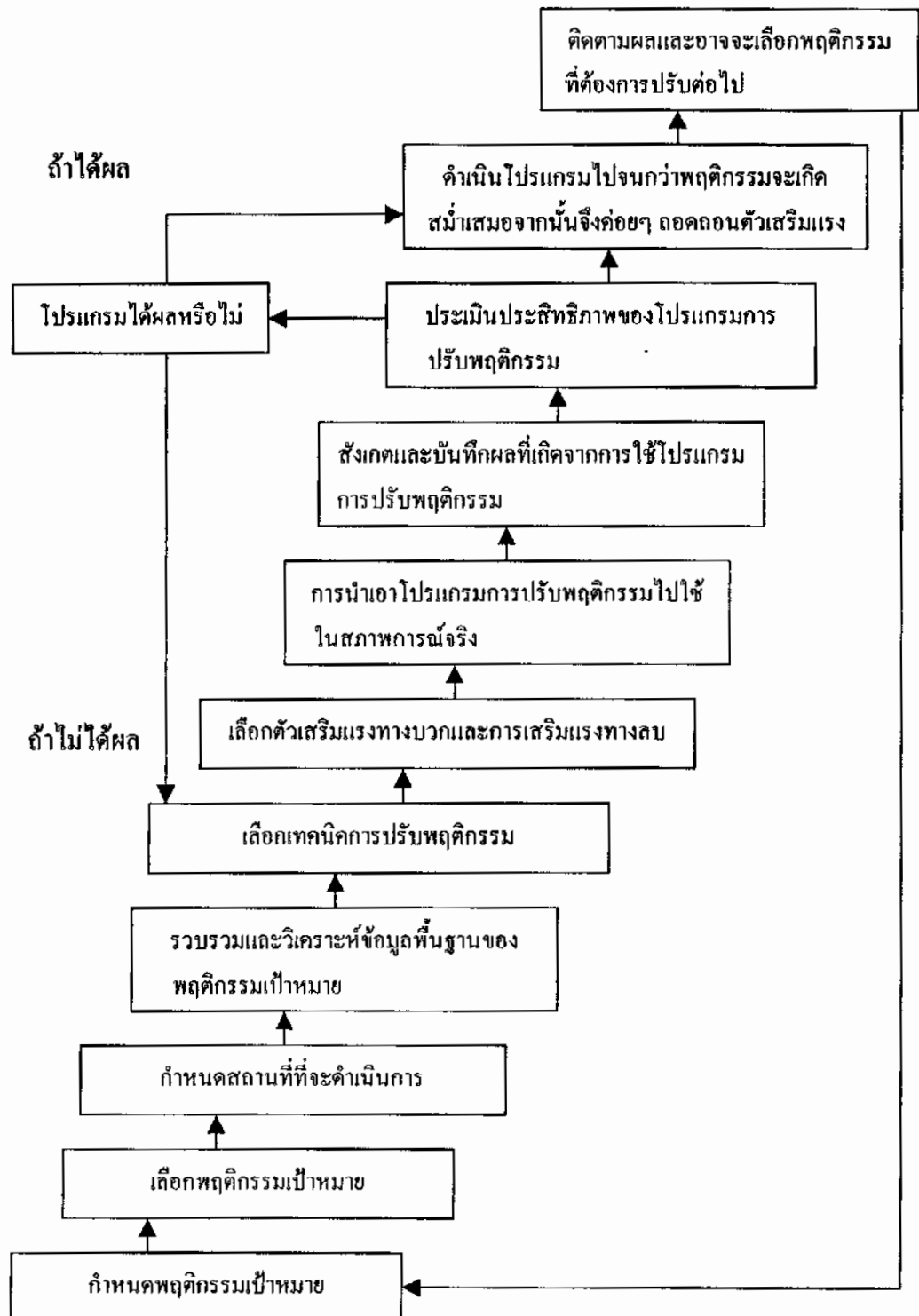
3.6 โปรแกรมการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมนั้นจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ จะต้องมีการวางแผนที่เป็นระบบและเตรียมการวางแผนล่วงหน้าเป็นอย่างดี การปรับพฤติกรรม สมโกธรณ์ เอี่ยมสุภานิช (2526 : 64-65) ได้กล่าวถึงโปรแกรมการปรับพฤติกรรม ซึ่งมีขั้นตอนทั้งหมด 11 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1) กำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย
- 2) เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย
- 3) กำหนดสถานที่ที่จะดำเนินการ
- 4) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของพฤติกรรมเป้าหมาย
- 5) เลือกเทคนิคของการปรับพฤติกรรม
- 6) เลือกตัวเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบ
- 7) การนำเอาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมไปใช้ในสถานการณ์จริง
- 8) สังเกตและบันทึกผลที่เกิดจากการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรม
- 9) ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม
- 10) การถอดถอนตัวเสริมแรง
- 11) การติดตามผล

เพื่อให้เห็นกระบวนการชัดเจนยิ่งขึ้น จึงได้แสดงขั้นตอนของการสร้างโปรแกรมปรับพฤติกรรมในภาพประกอบ 6

ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรม



ที่มา : สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526 : 65

การปรับพฤติกรรมเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่จะต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอนอย่างชัดเจนโดยการเสริมแรงทั้งทางบวกและทางลบเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถใช้ได้ทั้งในการลดพฤติกรรม เพิ่มพฤติกรรม เสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำมาวิเคราะห์ ทบทวนผลด้วยตนเอง

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการปรับพฤติกรรม มาใช้ในการกำหนดกิจกรรมของแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมและการเลือกตัวเสริมแรง การสังเกต บันทึกผลที่เกิดและการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อศึกษาว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายลักษณะและหลายรูปแบบ เพราะจุดมุ่งหมายในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ย่อมแตกต่างกันออกไปตามความต้องการของตนเองและท้องถิ่น แต่จุดมุ่งหมายหลักของทุกคนก็เพื่อจะพัฒนาท้องถิ่นของตนเองให้เจริญก้าวหน้า ลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วม โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1977 : 219-222, อ้างถึงใน วิไลวรรณ ขอดกล้า, 2540 : 35) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วยสามขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหารและการประสานขอความร่วมมือ
3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทางด้านสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งนับเป็นการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไป

ส่วน อคิน รพีพัฒน์ (อ้างในสฤษดี เสาใบ, 2539 : 13) ได้ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องเข้าร่วมในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นปัญหาและสาเหตุของประชาชน เนื่องมาจากเหตุผลพื้นฐานคือ ชาวชนบทประสบปัญหาพร้อมรู้ปัญหาของตนเองได้ดีที่สุด

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ผู้เลือกแนวทางในการพัฒนาควรเป็นประชาชนในชุมชนนั่นเอง ไม่ใช่บุคคลภายนอก เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับทรัพยากรกับศักยภาพในการพัฒนาชุมชนนั้น

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านแรงงานการร่วมแรงประกอบกิจกรรมที่จะทำให้ประชาชนมีความผูกพันมากขึ้น และก่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในการเป็นเจ้าของกิจกรรมและผลงานที่ปรากฏ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนบำรุงรักษาให้ดำรงอยู่อย่างสมบูรณ์และมีประโยชน์

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล เพื่อค้นคว้า เพื่อหาข้อดี และข้อบกพร่อง เกิดจากการดำเนินกิจกรรม ซึ่งได้มาเป็นบทเรียนในการหาหนทางปรับปรุง แก้ไขและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานต่อไป

สำหรับลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ได้ศึกษามาทั้งหมด ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ในการศึกษาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมคิด คือ ร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินการวางแผนกิจกรรมต่างๆ

2. การมีส่วนร่วมตัดสินใจ คือ กิจกรรมต่างๆ ที่กลุ่มเสนอ จะต้องนำมาปรึกษาร่วมกัน พิจารณาและตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสม และเป็นไปได้มากที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์

3. การมีส่วนร่วมปฏิบัติ คือ การเข้าร่วมจัดทำโครงการหรือทำตามแผนงานที่วางไว้ให้สำเร็จลุล่วงไป

4. การมีส่วนร่วมกันแก้ปัญหา คือ ร่วมกันในการค้นหาปัญหา แล้ววางแผนดำเนินการในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล คือ การเข้าร่วมประเมินผลการปฏิบัติในกิจกรรม เพื่อทราบปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงให้ประสบผลสำเร็จให้ดียิ่งขึ้น

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันแก้ปัญหา ร่วมประเมินผล ใช้ในการกำหนดกิจกรรมของแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในขั้นของการค้นหาปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และการประเมินผล เพื่อให้ผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพตนเอง การปรับพฤติกรรม และแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง และหลายแห่ง หลายมุม ซึ่งพอจะสรุปเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ได้ดังต่อไปนี้

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการศึกษาของ สุรีย์ จันทรมณี (2535 : 21) ได้ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรม สุขศึกษาแนวใหม่ พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อมั่นในความสามารถและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้

ทางด้าน อรพินธ์ เจริญผล และทัศนพร วงษ์บุญตั้งค์ (2541 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรและ ความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ ของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ คลอดบุตรทางช่องคลอด และพักฟื้นในหอผู้ป่วย สูติกรรม ในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวหลังคลอด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองและบุตร และมีความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วน เพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของผู้ป่วย และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปฏิบัติดีขึ้นก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรม สุขศึกษา ให้การพยาบาลสนับสนุน และการในคำปรึกษาทางสุขภาพ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้นำใช้เป็นตัวแปรอิสระของการวิจัย

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม

ราไฟ ศรีนวล (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการปรับพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ระยะแพร่เชื้อ ณ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบ บี และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ในขณะที่ วิณา ทองวิเศษกุล (2528 : 75-76) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง เรื่องผลการให้แรงเสริมทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติของนักเรียน โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ผลการทดลองพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของนักเรียนที่ได้รับแรงเสริมทางบวกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับแรงเสริมทางบวกมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงเสริมในระยะทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางด้านของ สุภาวดี ภูมิพานนท์ (2537 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการปฏิบัติตัว ในเรื่อง การดูแลสุขภาพในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม จะเห็นได้ว่า การใช้กระบวนการปรับพฤติกรรม การให้แรงเสริมทางบวก และใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ชนินิจ วโรทัย และคณะ (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการรวมกลุ่มออกกำลังกาย ทำให้คนมีสุขภาพแข็งแรง หายปวดเมื่อยจิตใจแจ่มใสและมีความพึงพอใจเห็นความสำคัญในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดจนการรวมกลุ่มออกกำลังกายเป็นแรงกระตุ้นทำให้เกิดความต้องการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดไป

ในขณะที่ วิไลวรรณ ขอดกล้า (2540 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาถึงเรื่อง ผลการจัดโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีการใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพทั่วไปมีผลไม่แตกต่างกัน

ส่วน ณรงค์ ทองใบ (2537 : 100-106) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเรียงตามคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ด้านร่วมคิด ด้านร่วมปฏิบัติตามโครงการ ด้านร่วมตัดสินใจ และด้านร่วมติดตามประเมินผล มีผลทำให้กิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน สามารถดำรงอยู่ได้นาน

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่าการที่จะทำงานประสบความสำเร็จและต่อเนื่องตามวัตถุประสงค์นั้นต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วม ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมประเมินผล ดังนั้นผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการอภิปรายผลการวิจัย

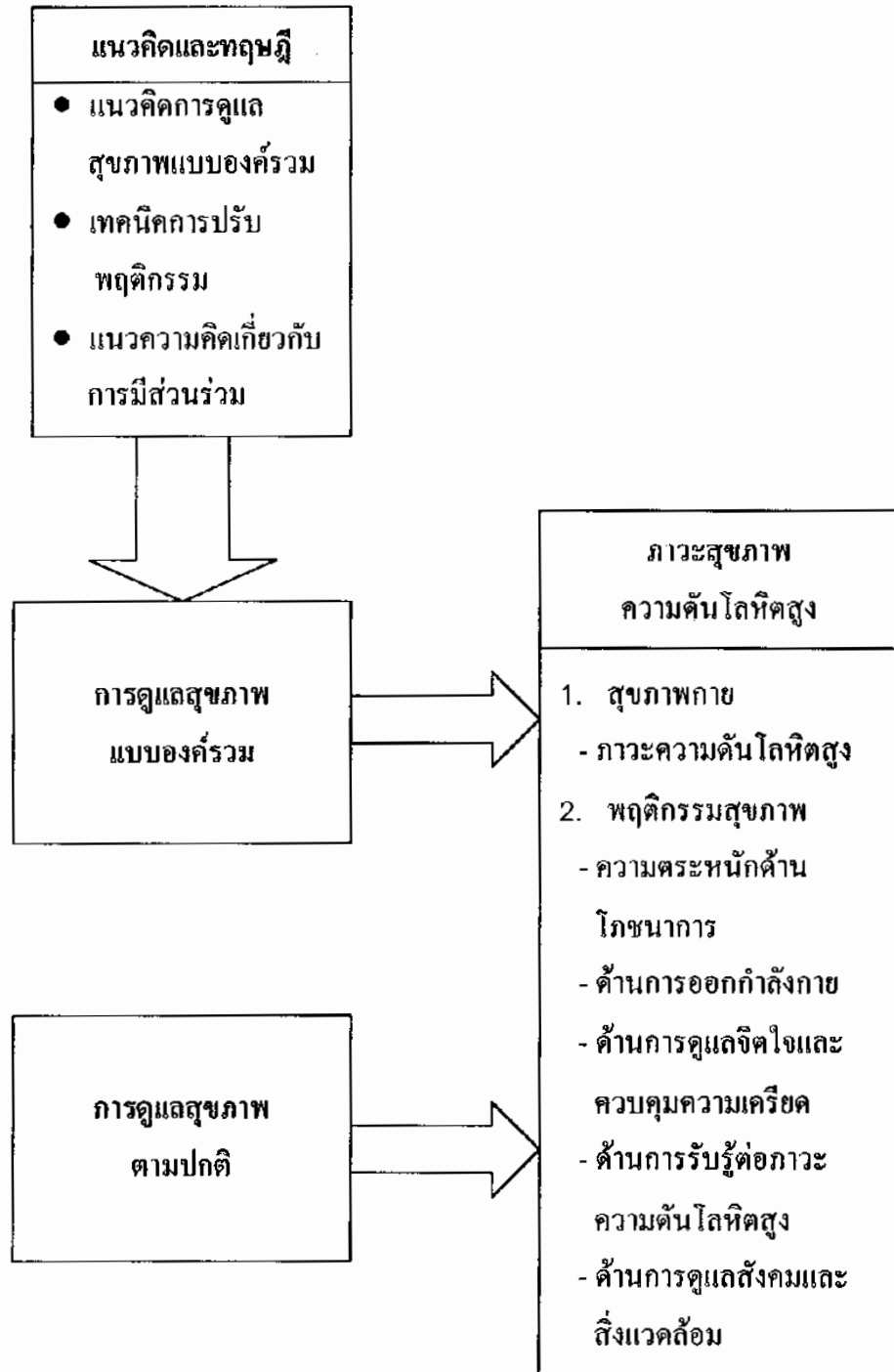
กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยขึ้นเพื่อนำมากำหนดเป็นขอบเขตของการศึกษา ผลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีกระบวนการในการประเมินสุขภาพ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายตนเอง การพัฒนาเพื่อการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สำหรับเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้ใช้ทฤษฎีการวางเงื่อนไข ผลกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมและ โปรแกรมการปรับพฤติกรรม

ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมแก้ปัญหาและร่วม ประเมินผล จากแนวคิดและทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการแล้วสร้างเป็นแผน การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีขั้นตอนในการประเมินสุขภาพ สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมาย การแก้ไขปัญหา และประเมินผล เพื่อใช้เป็นตัวแปรอิสระแล้วศึกษาว่าจะส่งผลให้ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นตัวแปรตามมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ โดยการวัด ภาวะสุขภาพที่มีสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพ และได้ใช้การดูแลสุขภาพตามปกติที่มี การตรวจ สุขภาพ ให้การรักษา ให้สุขศึกษา และประเมินผล เป็นตัวควบคุมเพื่อใช้เปรียบเทียบกับ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังภาพประกอบ 7

ภาพประกอบ 7 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนทดลองกับหลังทดลอง ใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนทดลองกับหลังทดลอง ใช้การดูแลสุขภาพตามปกติ ของกลุ่มควบคุม

2.3 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง ใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มทดลอง กับการดูแลสุขภาพตามปกติของกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ จะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงแตกต่างกันหรือมีภาวะสุขภาพดีในระดับต่างกัน มนุษย์เราเป็นเหมือนระบบเปิด มีการปฏิสัมพันธ์กับความเครียดจากสิ่งแวดล้อม มนุษย์ก็จะปรับตัวทำให้ระดับของสุขภาพของเรามีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามสถานการณ์ต่อเนื่องกันตลอดตั้งแต่สุขภาพดีจนถึงเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพยังมีลักษณะต่อเนื่องและครอบคลุมถึงความเป็นอยู่ทั้งหมด เป็นองค์รวม ความมีสุขภาพดีจะรวมถึงทุกๆ ส่วนประกอบ ทุกๆ มิติของคนๆ นั้น มีความผาสุก ทั้งด้านกาย จิตใจและสังคม (อรนิช แสงจันทร์, 2542 : 106) จากภาวะสุขภาพดังกล่าว จึงตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. สุขภาพกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังการทดลองใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมดีกว่าก่อนการทดลอง

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังการทดลองใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมดีกว่าก่อนการทดลอง

3. สุขภาพกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองใช้การดูแลสุขภาพตามปกติไม่แตกต่างกัน

4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองใช้การดูแลสุขภาพตามปกติไม่แตกต่างกัน

5. สุขภาพกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้การดูแลสุขภาพตามปกติ

6. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้การดูแลสุขภาพตามปกติ

ความสำคัญและประโยชน์

จากการศึกษาเรื่องผลการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จะมีความสำคัญและประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรู้

- ทราบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มทดลอง

- ทราบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังใช้การดูแลสุขภาพตามปกติของกลุ่มควบคุม

- ทราบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังทดลองใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มทดลองกับการดูแลสุขภาพตามปกติของกลุ่มควบคุม

2. ด้านการนำไปใช้

การวิจัยนี้ สามารถนำเสนอผลการวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข, วิทยาลัยพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลชุมชน, สถานีอนามัย อันนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้

- การวางแผนนโยบายให้ชัดเจนในการปฏิบัติงานสาธารณสุขด้านการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ

- การพัฒนาการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้มารับบริการด้านการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ

- การผลิตและพัฒนาบุคลากรที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับการปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาประเทศต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่วางไว้ จึงกำหนดขอบเขตของการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดนครราชสีมา
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุคีริน อำเภอสุคีริน จังหวัดนครราชสีมา เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน
3. ตัวแปรในการวิจัย
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ การดูแลสุขภาพที่จัดให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี 2 กลุ่ม คือ
 - 3.1.1 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
 - 3.1.2 การดูแลสุขภาพตามปกติ
 - 3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งได้แก่ สุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง แผนการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งทางด้านกาย จิตใจและสังคม โดยมีขั้นตอน คือ การประเมินสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมาย การแก้ปัญหาและประเมินผล โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เทคนิคการปรับพฤติกรรมและแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
2. การดูแลสุขภาพตามปกติ หมายถึง เป็นการดูแลสุขภาพที่ทางโรงพยาบาล ได้จัดให้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โดยจัดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย โดยมีสุขภาพกายอยู่ในภาวะปกติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรค สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมด้วยดี โดยจำแนกภาวะสุขภาพได้ดังนี้ คือ

3.1 สุขภาพกาย หมายถึง ผลการตรวจร่างกาย คือ ภาวะโภชนาการ ความดันโลหิต ภาวะแทรกซ้อน การหาวน้ำตาลในเลือด หาประสิทธิภาพการทำงานของไต และการหาระดับไขมันในเลือด

3.2 พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เป็นกิจกรรมทุกประเภท ไม่ว่าจะกิจกรรมนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ โดยมีพฤติกรรมในด้านความตระหนักด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลจิตใจและควบคุมความเครียด และการรับรู้ต่อภาวะความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นพฤติกรรมในด้านที่ถูกหรือผิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ที่ได้รับการสั่งสอนมา รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจให้กระทำ

4. ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีความดันซิสโตลิกตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกตั้งแต่ 95 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบและเข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส

5. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 150 เตียงลงมา เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในระดับอำเภอ มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทในตำบลหรือเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนราธิวาส