

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปยุต อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ได้กำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)
2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
4. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
5. แนวคิดในการดูแลตนเอง
6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง
7. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
8. องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง
9. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)

ทิศทางการพัฒนาประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554) กำหนดขึ้นบนพื้นฐานการเสริมสร้างทุนของประเทศทั้งทุนทางสังคม ทุนเศรษฐกิจ และทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และอันเชิญ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ดังนั้นยุทธศาสตร์การพัฒนากนและสังคมไทยจึงให้ความสำคัญลำดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพคน เนื่องจาก “คน” เป็นทั้งเป้าหมายสุดท้ายที่จะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา ขณะเดียวกันเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ที่ต้องการ จึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพในทุกมิติอย่างสมดุลทั้งจิตใจ ร่างกาย ความรู้และทักษะความสามารถ เพื่อให้เทียบพร้อมทั้งด้าน “คุณธรรม” และ “ความรู้” ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์อย่าง “มีเหตุผล” รอบคอบและระมัดระวัง ด้วยจิตสำนึกในศีลธรรมและ “คุณธรรม” ทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และสามารถตัดสินใจโดยใช้หลัก “ความพอประมาณ” ในการดำเนินชีวิตอย่างมีจริยธรรม ซื่อสัตย์

สุจริต อคทนขยันหมั่นเพียร อันจะเป็น “ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี” ให้คนดำเนินชีวิตอย่างมีจริยธรรม ซื่อสัตย์สุจริต อคทนขยันหมั่นเพียร อันจะเป็น “ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี” ให้คนพร้อมเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นและสังคมที่สงบสันติสุข ขณะเดียวกันเป็นพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนา เศรษฐกิจให้มีคุณภาพ มิเสถียรภาพและเป็นธรรมรวมทั้งการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เป็นฐานการดำรงชีวิตและการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน นำไปสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข ร่วมกัน

จากการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายจากบริบทการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ใน 20 ปีข้างหน้า ประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2548 ประชากรวัยทำงานยังคงมีสัดส่วนสูงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 65.9 ในปี 2543 และสูงสุดในปี 2552 คือร้อยละ 67.1 ก่อนจะลดลงเป็นร้อยละ 66.0 ในปี 2548 ประชากรวัยสูงอายุ มีจากร้อยละ 35.6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 39.8 ในปี 2548 แต่ความต้องการของภาคธุรกิจและภาคอุตสาหกรรมมีถึง ร้อยละ 60 ประสิทธิภาพการผลิตแรงงานไทยยังต่ำคิดเป็น 6.2 เหยียดสหรัฐต่อคนต่อชั่วโมงเทียบกับมาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ ได้วัน ที่มากกว่า 11 เหยียดสหรัฐ กำลังคนระดับสูงด้านวิทยาศาสตร์ ยังมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสม และมีการลงทุนด้านการวิจัย และพัฒนาต่ำ ภาคอุตสาหกรรม มีกำลังคนระดับกลางและระดับสูงน้อยกว่าร้อยละ 20 บุคลากรด้านการวิจัยและการพัฒนาด้าน วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีเพียง 6.7 คนต่อปีต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2546 การลงทุนเพื่อการ วิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ 0.26 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 7 เท่า แม้ว่าการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา มี จำนวนเพิ่มขึ้น แต่การนำองค์ความรู้ไปใช้ในเชิงพาณิชย์อยู่ในระดับต่ำ จำนวนสิทธิบัตรที่จด ทะเบียนในประเทศไทยมีร้อยละ 0.4 ของสิทธิบัตรทั่วโลกและร้อยละ 77 เป็นของต่างชาติ

การจัดบริการสุขภาพมีทั่วถึง คนไทยร้อยละ 96.3 มีหลักประกันสุขภาพโครงสร้างพื้นฐาน ด้านสุขภาพระดับชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ การเจ็บป่วยโดยรวมลดลง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ยังห่างจากประเทศญี่ปุ่นที่มีอายุยืนที่สุด คือชาย 78 ปี และ หญิง 85 ปี การเจ็บป่วยโดยรวมลดลงเป็น 1,798.1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547 แต่เนื่องจากคน ไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งการบริโภคและการใช้ชีวิต ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ ป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง มีอัตราเพิ่ม ร้อยละ 18.6, 14.5, 13.4 และ 4 ตามลำดับ รวมทั้งปัญหาภาวะโภชนาการเกิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก

กลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับระดับเซาว์ปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้โรคอุบัติใหม่และโรคระบาดซ้ำ เช่น โรคซาร์ ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ยังเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554))

2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)

หากพิจารณาสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในสังคมไทยจะเห็นได้อย่างชัดเจนถึงระดับวิทยาศาสตร์แบบที่ปรากฏซ้อนทับกัน ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่ยังเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยแม้ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตก็ตาม โรคกลุ่มนี้ถือเป็นระดับวิทยาศาสตร์หนึ่งในวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ที่เกิดจากการหยุดการอพยพย้ายถิ่นมาเป็นการตั้งรกรากเป็นชุมชนอยู่เป็นหลักแหล่ง ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคติดเชื้อในสังคมก่อนสมัยใหม่ กลุ่มโรคดังกล่าวยังปรากฏในสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ชนกลุ่มน้อย แรงงานต่างด้าว หรือแรงงานอพยพ

ในขณะเดียวกัน ในสังคมไทยก็มีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระดับวิทยาศาสตร์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับวิทยาศาสตร์ที่สาม ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการ ทุน และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วโรคในกลุ่มนี้ได้แก่โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์โรควัวบ้า หรือการกลับมาของวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์มีความซับซ้อนยากลำบากมากขึ้น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพและแนวโน้มโรคภัยไข้เจ็บที่ปรากฏนี้มีปัจจัยร่วมที่สามารถวิเคราะห์แยกแยะเป็นกลุ่มเพื่อให้ง่ายต่อการสร้างยุทธศาสตร์การควบคุมแก้ไขดังนี้

แบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภค

1. ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก กล่าวคือในช่วงปี 2548 มีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์ 544.08, 530.75, 490.53, 174.88 และ 114.31 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคไร้เชื้อเรื้อรังเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีเนมา สารเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย

2. ความเสี่ยงจากการบริโภค อาหารและน้ำสะอาดยังเป็นปัญหาใหญ่ของโลก องค์การอาหารและเกษตรของยูเอ็น ระบุว่า ในช่วงปี 2541- 2543 ประเทศไทยมีประชากรประสบภาวะหิวโหยถึงร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด มีผู้ป่วยรักษาโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นพาหะในปี 2544 ถึงประมาณ 19 ล้านครั้ง คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณปีละ 5,600-6,000 ล้านบาท แบบแผนการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนไป ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตจากโรคอันเนื่องมาจากอาหารการกินที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในปี 2547 ถึง 61,320 คน ที่สำคัญคือ การเน้นบริโภคแป้งและน้ำตาล คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าเท่าตัวในเวลา 20 ปี โดยเพิ่มจาก 12.7 เป็น 29 กิโลกรัมต่อคนต่อปี โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนที่มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมจนมีปัญหากับเหงือกและฟันในอัตราสูงจนน่าตระหนก ในปี 2544 เด็กร้อยละ 66 ฟันผุ เด็กในชนบทอายุต่ำกว่า 12 ปี ไม่น้อยกว่า 6.6 ล้านคน ฟันผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ในขณะที่ความปลอดภัยของอาหารยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะการใช้สารพิษและสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรมากที่สุด การสร้างความเข้มแข็งของนโยบายอาหารปลอดภัย (Food Safety) และการเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ต้องมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

3. การขาดการออกกำลังกาย สถานการณ์การเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของคนไทยดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ 34.7 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อเทียบกับประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสิงคโปร์ ที่มีอัตราการออกกำลังกายประจำมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด การที่เยาวชนมีการออกกำลังกายน้อยลงทำให้ปัญหาโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ในปี 2548 พบเด็กภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 17 และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน มีข้อมูลที่น่าเป็นห่วงในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี ในกรุงเทพฯ กว่า 1 แสนคนกินอาหารฟาสต์ฟู้ดทุกวัน และมีอุบัติการณ์การเป็นโรคอ้วนมากกว่าในภาคอื่น ๆ ประมาณ 3-5 เท่า และมีโรงเรียนเพียงไม่กี่ร้อยละ 40 จัดกิจกรรมออกกำลังกายเสริมนอกจากชั่วโมงพลศึกษา

(แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554)

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ทุก ๆ คนต้องมีความดันโลหิต เพราะความดันโลหิตจะเป็นแรงผลักดันให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นทุกคนควรจะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบเมื่อหัวใจบีบตัวหัวใจจะบีบเลือดไปยังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดความดันโลหิตซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจและแรงต้านทานของหลอดเลือด หัวใจคนเราเต้น 60 – 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตจะเพิ่มขณะที่หัวใจบีบตัวและลดลงขณะที่หัวใจคลายตัว ความดันโลหิตของคนเราไม่เท่ากันตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความเครียด การออกกำลังกาย การนอนหลับ ค่าความดันโลหิตโดยปกติทั่วไป คือ 120/80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้สูงอายุ 50 – 60 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 45 โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ หรือสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ หรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของหลอดเลือดแดงเรียกว่า ความดันโลหิตสูงซิสโตลิก (Systolic hypertension) (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, 2541: 21) และสุทธิชัย-จิตะพันธ์กุล, 2542: 32-33) โดยค่าความดันโลหิตตัวบนหากสูงกว่านี้ แสดงว่าบุคคลผู้นั้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง ดังนั้นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันอัตราการตายจากโรคหัวใจและอัมพาต โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตของทุกคน เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่มีอาการเตือน ดังนั้นการจะทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องวัดความดันโลหิต ความดันโลหิตขนาดไหนจึงเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อตรวจร่างกายแล้วพบว่าความดันโลหิตสูง ถ้าไม่สูงมากอาจจะไม่จำเป็นต้องรับประทานยา แต่หากสูงมากจำเป็นต้องรับประทานยา ตารางข้างล่างนี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย (ปราณี ฐัไพเราะ, 2541)

ความดันโลหิตสูงที่วัดได้ (มิลลิเมตรปรอท)

| ความรุนแรงของ ความดันโลหิต | Systolic (มิลลิเมตรปรอท) | Diastolic (มิลลิเมตรปรอท) | จะต้องทำอะไร |
|--|-----------------------------|------------------------------|---|
| ความดันโลหิตที่ ต้องการ (Normal) | < 130 | < 85 | ตรวจซ้ำภายใน 2 ปี |
| ความดันโลหิตขั้นต้น (Prehypertension) | 130- 139 | 85 – 89 : | ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี |
| ความดันโลหิตสูง ระดับ 1 (Stage 1) | 140 – 159 | 90 – 99 | ให้ตรวจวัดความดัน อีกใน 2 เดือน |
| ความดันโลหิตระดับ 2 (Stage 2) | 160 – 179 | 100 – 109 | ให้พบแพทย์ภายใน 1 เดือน |
| ความดันโลหิตระดับ 3 (Stage 3) | 180 – 209 | 110 – 119 | ให้มาพบแพทย์ทุก สัปดาห์ |
| ความดันโลหิตระดับ 4 (Stage 4) | > 210 | >120 | แพทย์อาจจะรับการ รักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล |

ที่มา: (ปราณี ฐิไพเราะ, 2541)

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุเรียกว่า Primary hypertension พบประมาณร้อยละ 80 – 90 (Ferri, 2005) มักพบในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่รักษาไม่หาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการป้องกัน มักจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเค็มอ้วน กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ อายุและขาดการออกกำลังกาย

2. โรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เรียกว่า Secondary hypertension พบประมาณร้อยละ 10 – 20 มาจากโรคอื่น ๆ เช่น เนื้องอกที่หมวกไต โรคพิษแห่งครรภ์ โรคต่อมไร้ท่อ โรคหลอดเลือด หรือได้รับสารยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ซึ่งสามารถพบได้ทุกวัย และอาจหายขาดได้ เมื่อได้รับการรักษาโรคที่เป็นเหตุ

ความดันโลหิตต่ำ

ปกติความดันโลหิตยิ่งต่ำยิ่งดี เพราะเกิดโรคน้อย แต่หากความดันโลหิตที่ต่ำเกินไป ทำให้เกิดอาการ วิงเวียนศีรษะ เป็นลม เวลาลุกขึ้นแสดงว่าความดันต่ำไป สาเหตุที่พบได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคระบบประสาท หรือต่อมไร้ท่อ
2. ผู้ป่วยที่นอนนานเกินไป
3. ผู้ป่วยที่เสียน้ำ หรือเลือด

ความดันโลหิตสูงในเด็ก

มักไม่ค่อยพบความดันโลหิตสูงในเด็ก แต่เด็กก็สามารถเป็นความดันโลหิตสูง การค้นพบความดันโลหิตสูงตั้งแต่แรกจะสามารถป้องกันโรคหัวใจ ไต ได้ ดังนั้นควรที่จะได้รับการวัดความดันโลหิตเหมือนผู้ใหญ่ สาเหตุก็มีทั้ง Primary และ Secondary พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักมาก เด็กที่ประวัติครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง หรือบางเชื้อชาติ กลุ่มเหล่านี้ จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะแนะนำอาหารและการออกกำลังกาย

ความดันโลหิตจะเท่ากันหรือไม่

ความดันโลหิตนั้นเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. อายุ ส่วนมากความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุ (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546) เด็กสูงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเด็กเล็ก ในวัยผู้ใหญ่ความดันจะสูงกว่าหนุ่มสาว

ตัวอย่าง เช่น ขณะอายุ 20 ปี ความดันโลหิตเท่ากับ 120 /70 มิลลิเมตรปรอท แต่พออายุ 50 ปี ความดันโลหิตอาจเพิ่มขึ้น 140/70 มิลลิเมตรปรอทและเมื่ออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 160/80 มิลลิเมตรปรอท แต่ในคนสูงอายุ เช่น อายุ 70 ปี ความดันโลหิตอาจจะเป็นเพียง 120/70 มิลลิเมตรปรอท ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นสูงตามอายุเสมอไป ในปัจจุบันถือว่าไม่ว่าจะอายุเท่าใดก็ตาม ถ้าความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ หรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ หรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอทเริ่มเป็นความดันโลหิตสูง ถ้าค่าความดันซิสโตลิกสูงเพียงอย่างเดียวจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเช่นเดียวกับค่าความดันไดแอสโตลิก (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546)

2. เวลา ความดันจะไม่เท่ากันตลอดทั้งวัน มีขึ้นมีลงตลอดเวลาในระยะ 24 ชั่วโมงของวัน

3. ภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองความดันโลหิตมักจะสูงกว่าในชนบท

4. จิตใจ และอารมณ์ มีผลต่อความดันโลหิตมาก ขณะที่ได้รับความเครียด อาจจะทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ เช่น บุคคลผู้หนึ่งได้โต้เถียงอย่างเผ็ดร้อนในการประชุมเมื่อเวลา 14.00น. ความดันโลหิตสูงขึ้นไปกว่า 30 มิลลิเมตรและความดันโลหิตคงอยู่นั้นเช่นนั้นจนถึงเวลา 20.00 น. ซึ่งบุคคลผู้นั้นได้กลับไปบ้านและนั่งพักผ่อนเงียบ ๆ ตั้งแต่เวลา 18.00 น. ความดันโลหิตสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้มากและขึ้นโดยเร็วด้วย

5. เพศ พบว่าเพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

6. กรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม มีส่วนช่วยทำให้เป็นความดันโลหิตสูงได้ กล่าวคือ บิดาหรือมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีแนวโน้มที่จะเป็นมากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติโรคนี้นี้นทางครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียดก็จะทำแนวโน้มของการเป็นโรคนี้นี้สูงเช่นกัน

7. เชื้อชาติ เป็นที่ทราบกันดีมานานแล้วว่าอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงในพวคนิโกรอเมริกันนั้นสูงกว่าและรุนแรงกว่าอเมริกันผิวขาวด้วย

8. ปริมาณเกลือที่รับประทานในแต่ละวัน มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคนี้นี้ด้วยกล่าวคือผู้ที่รับประทานเกลือมาก ซึ่งได้แก่พวกชาวจีน ญี่ปุ่น และเกาหลี อุบัติการณ์ของโรคนี้นี้จะสูงมากกว่า

พวกทางซีกโลกตะวันตก ซึ่งรับประทานเกลือน้อยกว่าประชาชนชาวญี่ปุ่นทางตอนเหนือ รับประทานเกลือสูงมากถึงวันละ 27 กรัม มีโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 39 ส่วนชาวญี่ปุ่นทางตอนใต้รับประทานเกลือวันละ 17 กรัม เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 21

1. อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจจะไม่มีอาการใด ๆ ทั้งสิ้น รู้สึกสบายดี แต่ไปหาแพทย์ เพราะโรคอื่น หรือตรวจสุขภาพประจำปี จากการตรวจสุขภาพว่ามีความดันโลหิตสูง ในกรณีที่มีอาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง และเหนื่อยง่ายผิดปกติ อาจจะมีอาการแน่นหน้าอก หรือนอนไม่หลับ

ความดันโลหิตสูงอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ 2 กรณีด้วยกันคือ

1. ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงโดยตรง เช่น ภาวะหัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก
2. ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดตีบ หรือตัน เช่น โรคหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเรื้อรัง หรือเฉียบพลัน เป็นเหตุให้หัวใจเดินผิดปกติ และอาจทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหัน สำหรับที่สมองเมื่อสมองเส้นเลือดตีบ หรืออุดตันอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะมาก หรือเป็นอัมพาตที่ใด ถ้าเส้นเลือดแดงของไตตีบมาก ๆ จะทำให้เกิดภาวะไตวายได้ (สารานุกรมวิดิทัศน์, 2548) ระบุว่าผู้ที่ความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษา พบว่าจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจวายได้ถึงร้อยละ 60 - 75 เสียชีวิตจากเส้นเลือดในสมองอุดตัน หรือแตกร้อยละ 20- 30 เสียชีวิตจากไตวายได้ถึงร้อยละ 5 - 10 อาการหัวใจวายนั้นเกิดขึ้นเพราะหัวใจต้องทำงานมากเกินไป ในการสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย หรือบางครั้งภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนาผิดปกติ ซึ่งเกิดขึ้นเพราะความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจขยายตัวไม่สะดวก จะทำให้หัวใจเกิดภาวะหัวใจวายได้ ส่วนการเกิดอัมพาตนั้นเกิดเพราะเส้นเลือดในสมองอุดตันทำให้เนื้อสมองเสียชีวิตมากที่สุด คนที่มีความดันโลหิตสูงจะเกิดอัมพาตได้บ่อยกว่าคนที่มีความดันปกติถึง 5 เท่า ส่วนการที่หลอดเลือดในสมองแตกนั้นพบได้น้อยกว่าการที่เส้นเลือดในสมองอุดตัน หรือเส้นเลือดแตกในสมอง ถือเป็นภาวะที่มีอันตรายสูงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติด้วยยาลดความดันจะช่วยลดปัญหาต่างๆ เหล่านี้ลงได้มาก ความดันโลหิตสูงอาจจะทำให้เกิดภาวะไตวาย ในกลุ่มที่ความดันโลหิตสูงอยู่ในขั้นรุนแรง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรืออุดตันนั้น จะพบได้บ่อยขึ้นเมื่อมีความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ปัจจัยที่สำคัญมาก ๆ อีก 2 ปัจจัย คือ ไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ในบุคคลที่ความดันโลหิตสูงเพียง

เล็กน้อย ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตันมากกว่าคนที่ ความดันปกติถึง 2 - 3 เท่า เมื่ออายุมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงก็จัดมีความสำคัญ ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้นเพราะเลือดขาดความยืดหยุ่น เป็นภาวะที่จะต้องพยายามลดความดัน ซิสโตลิกลงให้ปกติเหมือนกัน

4. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ข้อควรปฏิบัติโดยทั่วไปเมื่อมีความดันโลหิตสูงการศึกษาของ(Cap lane, 1985 อ้างใน อุไร (เสรีประเสริฐ) ศรีแก้ว, 2542: 53- 54)

1. การลดน้ำหนักตัวในรายที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานควรพยายามลดน้ำหนัก เพราะ การลดน้ำหนักสามารถลดความดันโลหิตสูงได้ ความอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากของการ เกิดโรคความดันโลหิตสูง

2. การออกกำลังกายที่พอควรอย่างสม่ำเสมอ นอกจากจะเป็นผลดีต่อหลอดเลือดแล้ว ยัง ช่วยลดความดันโลหิตสูงและลดน้ำหนักด้วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมได้แก่ การเดินเร็ว ๆ หรือวิ่งเหยาะ ๆ การว่ายน้ำและการขี่จักรยานอยู่กับที่ การออกกำลังกายอย่างน้อยประมาณวันละ 15 – 20 นาที และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 – 6 ครั้งต่อสัปดาห์

3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด

4. ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่

5. พยายามลดความเครียดลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ความเครียดอาจจะเป็นปัจจัย สำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

6. รับประทานอาหาร และพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจความดันโลหิตสูง และปรับ ยาให้เหมาะสม

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรับรองและมีหลักฐานการวิจัยสนับสนุน ได้แก่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมปริมาณโซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม การออกกำลังกาย สมุนไพรบางชนิดมีการศึกษาและมีศักยภาพในการป้องกันโลหิตสูงในระยะแรกได้แก่ กระเทียม กระเจี๊ยบแดง เป็นต้น ดังในจุลสาร (พนิดา ใหญ่ธรรมสาร, 2548: 22) กล่าวถึงการวิจัย ต่าง ๆ ข้างต้นสนับสนุนการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดังนี้ ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีภาวะความดัน โลหิตสูงระยะการควบคุมอาหาร (Weight Management)

จากรายงานของ McCaronและReusser (อ้างในพนิดา ใหญ่ธรรมสาร, 2548: 22 (4): จุลสาร ข้อมูลสมุนไพร) ถ้ำลดน้ำหนัก 4 – 5 กิโลกรัมในสัปดาห์แรกความโลหิตลดลงในกลุ่มที่น้ำหนักไม่

เกี่ยวข้องกับสารอาหารบริโภค แต่มีความเกี่ยวข้องโลหิตกับพลังงานที่ใช้ในช่วงที่พยายามลดน้ำหนัก ในคนที่น้ำหนักเกินนั้นการที่ระดับความดันโลหิตลดลงนั้น ปรากฏร่วมกับน้ำหนักที่หายไปอาจเกิดจากการดูแลให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ(regular exercise regiment)

Schillaci และคณะ ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเนื่องจากน้ำหนักตัวมากซึ่งมี Body Mass Index(BMI) อยู่ระหว่าง 25 – 39 กิโลกรัม/เมตร² จำนวน 181 คน และไม่ได้รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 145 ± 12.7 มิลลิเมตรปรอทและติดตามดูการเปลี่ยนแปลงนาน 4 ปี พบว่าผู้ป่วยจำนวน 106 คน มีระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้นสูงมากก็จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ซึ่งตัวที่จะใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐานในการชี้วัด คือ BMI ซึ่งปกติไม่ควรเกิน 25 กิโลกรัม/เมตร² หาก BMI มากกว่า 25 ต้องได้รับการดูแลเรื่องอาหารและถ้าค่า BMI มากกว่า 30 จะมีความเสี่ยงสูงมากต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน จะต้องมีการดูแลเรื่องอาหารสูตรพิเศษ การออกกำลังกาย และหาก BMI เกิน 35 ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อทำการรักษา ซึ่งจากหลักฐานต่าง ๆ พบว่าการที่สามารถลดน้ำหนักร่างกายได้ร้อยละ 5 – 10 สามารถลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

5. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

3.1 ความสำคัญของการดูแลตนเอง

การดูแลสุขภาพของตนเองโดยประชาชนเป็นจุดแข็งของระบบบริการสุขภาพไทยที่เป็นมามากกว่า 10 ปี โดยเฉพาะจากบุคคล เรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) การดูแลสุขภาพของตนเองเช่นนี้ ประเทศตะวันตกไม่ว่าจะเป็น แคนาดา สหรัฐอเมริกา พยายามพัฒนาขึ้นมาโดยเอารูปแบบจากตะวันออก ซึ่งมีประสบการณ์ด้านนี้เป็นตัวอย่าง โดยเฉพาะในยุคการเข้าถึงของข้อมูลข่าวสารที่กว้างขวางในปัจจุบัน ดังนั้นประเทศไทยไม่ควรจะทิ้งจุดแข็งของตนเองในเรื่องนี้ แต่ควรจะพัฒนาให้มีการดูแลโดยประชาชนกว้างขวางขึ้น โดยไม่เน้นเฉพาะประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้านชนบท แต่ควรขยายไปสู่ชนชั้นกลางในเมือง และการส่งเสริมความเข้มแข็งนี้จะกระทำได้โดยการใช้สื่อสารที่มีขอบข่ายกว้างขวางทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร หรือแม้แต่อินเทอร์เน็ต เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อสร้างความเข้มแข็งของประชาชน นอกเหนือไปจากการฝึกอบรมซึ่งทางราชการได้ดำเนินการมานานพอสมควรแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วารสารต่าง ๆ เช่น หมอชาวบ้านหมออนามัย ฯลฯ รายการวิทยุและโทรทัศน์ทางด้านสุขภาพ เช่น รักลูกให้ถูกทาง รายการชีวิตและสุขภาพ เป็น

เป็นตัวอย่างที่ดีในการพยายามส่งเสริมการดูแลสุขภาพโดยตนเองในระยะหลายปีที่ผ่านมา (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2542: 67) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเกิดมีการเจ็บป่วยในอดีต มนุษย์ได้พัฒนาความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยโดยการเช่นสรวง บูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ มาเป็นการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิตของประชาชนทั่วไป จนถึงปัจจุบัน ความสามารถในการดูแลตนเองกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning Factor) ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น ปัจจัยด้านระบบ บริการสุขภาพ ระบบครอบครัว รวมถึงกิจกรรมที่กระทำเป็นประจำ ประสพการณ์ที่สำคัญในชีวิต ตลอดจนสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมของบุคคลในช่วงเวลานั้น ๆ ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนด ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ กิจกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด (Orem, 1995)

1. ข้อจำกัดเรื่องความรู้ (limitation of knowing) หมายถึง ข้อจำกัดเรื่องความรู้เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเหตุการณ์ หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลให้เกิด ข้อจำกัดในการรู้ ได้แก่ การขาดความรู้ หรือไม่มีความจำเป็นในการดูแลตนเอง ขาดความรู้ที่ใช้ในการประเมินและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งมีข้อจำกัดทางด้านความคิด สติปัญญา ทำให้ไม่สามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์ ไม่สามารถแสวงหาความรู้ที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง หรือเข้าใจเหตุผลของการกระทำได้

2. ข้อจำกัดเรื่องการพิจารณาและตัดสินใจ (Imitations of making judgments and decisions) เป็นข้อจำกัดเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด หรือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการพิจารณาและตัดสินใจ เนื่องจากบุคคลไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ ร่วมกับข้อมูลที่เป็นสำหรัใช้ในการพิจารณาตัดสินใจกระทำดูแลตนเอง มีปริมาณไม่เพียงพอ และบุคคลหลีกเลี่ยงปฏิเสธที่จะประเมินเหตุการณ์ เพื่อจะนำไปกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง อีกทั้งขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. ข้อจำกัดลงมือการกระทำ (Limitation of engagement in result achieving courses of action) ปัจจัย หรือสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการลงมือกระทำกิจกรรม ได้แก่ การขาดความรู้ ขาดการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง การขาดแหล่งสนับสนุนแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ไม่ได้ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว

จากแนวคิดกิจกรรมในการดูแลตนเองดังกล่าว มีผู้สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และมีการนำโมทัศน์ในเรื่องดังกล่าวมาประยุกต์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ทางคลินิกอย่างแพร่หลาย โดยมีทัศนะ หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

เลวิน (Levin cited in Joseph, 1980: 131) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการป้องกัน การเกิดโรคและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น และได้กล่าวอ้างถึงฟราย (Fry) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 6 ประการ คือ การดำรงรักษาซึ่งสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง การให้ยาด้วยตนเอง การรักษาตนเอง และการให้ความร่วมมือในการบริการด้านสุขภาพ

โอเร็ม ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่ริเริ่มกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย และตั้งใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของชีวิตดำเนินไปได้จนถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem, 1995: 103 อ้างในนันทรัตน์ ภูประสิทธิ์, 2541: 9-13) กิจกรรมในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จากการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของสังคม โดยมีขั้นตอนในการปฏิบัติ 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำที่บุคคลจะสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม แล้วพิจารณาว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมกับสภาวะการณ์และให้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอกเสียก่อนเพราะความรู้จะช่วยในการสังเกต และการให้ความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพิจารณาและตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำเพื่อให้เกิดความสำเร็จซึ่งเป็นระยะที่ต่อจากระยะที่ 1 กล่าวคือ เมื่อมีข้อตัดสินใจแล้วว่าสิ่งไหนควรกระทำและสิ่งไหนควรหลีกเลี่ยงแล้วนำข้อที่เลือกเหล่านี้มากำหนดเป้าหมายของระยะที่ 2 ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะเป้าหมายที่กำหนดขึ้นนี้นอกจากจะช่วยเลือกกิจกรรมที่จะกระทำแล้ว ยังสามารถนำมาเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยและเมื่อตั้งเป้าหมายเสร็จแล้วบุคคลจะต้องตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร จะกระทำอย่างไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อย่างไรบ้าง หรือมีประสิทธิภาพหรือไม่และจะต้องกระทำนานเท่าใด การกระทำนั้นขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิต หรือไม่ และถ้าต้องการความช่วยเหลือจะมีใครช่วยได้บ้าง เป็นต้น เลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าแนวความคิดในการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น มีความคล้ายคลึงกัน ในแง่ที่ว่า การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเอง

ในการป้องกันและควบคุมโรคได้ ดังนั้นจึงมีผู้สนใจนำโมทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยมีจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองดังนี้

1. ปรึ่บปรึ่บประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน และควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนการรักษา หรือบรรเทาอาการ

ตามกระบวนการเกิดโรค

4. ป้องกัน หรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ หรือการมีสุขภาพดี

เนื่องจากบุคคลมีความแตกต่างกันทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ ซึ่งทำให้พฤติกรรม และระดับความต้องการในด้านต่างๆ รวมทั้งการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป โอเร็มซึ่งเป็นนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงความแตกต่างของบุคคล จึงได้พัฒนารูปแบบของการพยาบาลเพื่อมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็นประเภทใหญ่ ๆ 3 ประเภทด้วยกันคือ

1. การดูแลตนเอง โดยทั่วไป (Universal Self – Care)
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self – Care)
3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self – Care)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนฐานะเศรษฐกิจ และบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอันมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยนอกจะช่วยลดภาระที่มีต่อครอบครัวแล้วและสังคมแล้ว ยังเป็นการเพิ่มคุณค่าชีวิต และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประยุกต์จากแนวคิดของโอเร็ม มีดังนี้

1. การดูแลตนเอง โดยทั่วไป (Universal Self - Care) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนและทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยทั่วไปดังนี้

1.1 จัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้มีการถ่ายเทอากาศได้สะดวก เพื่อให้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ปราศจากฝุ่นละออง กลิ่นเหม็นอับ หรือมลพิษทั้งปวง

1.2 ดื่มน้ำสะอาดในปริมาณที่เพียงพอ โดยปกติควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว

1.3 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ อาหารและเครื่องดื่มที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงได้แก่ อาหารประเภทไขมันและอาหารที่มีรสเค็มจัด ชา หรือกาแฟชนิดเข้มข้น

1.4 ปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายมีการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ เช่น การขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากมาก ได้แก่ ผัก หรือผลไม้และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะท้องผูก นอกจากนั้นควรถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะด้วย ส่วนการขับถ่ายปัสสาวะผู้ป่วยไม่ควรกลั้นปัสสาวะไว้นาน ๆ และควรทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทุกครั้ง ตลอดจนสังเกตลักษณะของปัสสาวะอยู่เสมอ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ได้รับยาขับปัสสาวะจะทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ควรสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อไม่มีแรง กระหายน้ำ อาเจียน และท้องอืด เป็นต้น

1.5 รักษาความสมดุลระหว่างการออกกำลังกาย และการพักผ่อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิค เช่น การวิ่งเหยาะๆ หรือว่ายน้ำ อย่างสม่ำเสมอ หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4-5 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายชนิดไอโซเมตริก เช่น การยกของหนัก หรือแบกหามให้มากที่สุด สำหรับการพักผ่อนผู้ป่วยควรมีการพักผ่อนในตอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง ส่วนในตอนกลางวันควรมีช่วงพักระหว่างเวลาทำงานอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง และถ้าเป็นไปได้ควรมีการพักผ่อนหลังอาหารทุกมื้อ

1.6 ควรมีเวลาที่จะเป็นตัวของตัวเอง และเป็นที่พึ่งของตนเองได้ ในขณะเดียวกันก็พยายามสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคม เพื่อผูกมิตร และสามารถขอความช่วยเหลือ หรือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินบทบาทในครอบครัว และสังคมได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นการได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีต่อการเจ็บป่วยและมีผลต่อการปรับตัวซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

1.7 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเกิดความเครียด เพราะจะทำให้อาการของผู้ป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นนอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณที่มีควันเขม่าจากรถยนต์ หรือโรงงานอุตสาหกรรม เพราะบริเวณดังกล่าวมีอากาศบริสุทธิ์ไม่เพียงพอหรือมีอากาศเสียมากซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตได้

1.8 ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติวิสัยในสังคมที่อาศัยอยู่ตามความสามารถของตนเอง โดยพัฒนาการและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง เช่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ดำรงชีวิตดำเนินไปตามปกติได้แก่ การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม หรือการดูแลความ

ระอาคของร่างกายโดยทั่วไป การสังเกตความผิดปกติของการทำงานของร่างกาย ตลอดจนการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นต้น

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self – Care)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นส่วนใหญ่มีพัฒนาการในระยะต่าง ๆ ผ่านมาสู่วัยผู้ใหญ่หรือวัยสูงอายุแล้ว ดังนั้นการดูแลตนเองตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งพอจะสรุปดังนี้

2.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังประกอบอาชีพอยู่ตามบทบาทของบุคคลที่มีพัฒนาการอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ควรประกอบอาชีพตามความเหมาะสมกับสภาพของโรค โดยหลีกเลี่ยงจากงานที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่นงานที่ต้องแบกหามหรือยกของหนัก งานที่ย่งยากซับซ้อนหรือต้องมีความรับผิดชอบสูง เพราะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย นอกจากนั้นผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนักหรือหักโหมเกินไป และควรมีเวลาพักผ่อนในระหว่างการทำงานอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง

2.2 การปฏิบัติตัวในการมีคู่ครอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถมีคู่รัก หรือคู่สมรสได้ตามปกติ แต่พึงตระหนักไว้ว่าหากคู่สมรสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกัน ทำให้บุตรมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มาก เพราะเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ตามบทบาทสามีภรรยา นั้นควรเป็นไปตามความเหมาะสมของร่างกาย หากมีข้อสงสัยหรือต้องการคำแนะนำควรปรึกษาแพทย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนตามสุขภาพ (Health Deviation Self – Care) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ความพิการ หรืออาจเกิดจากผลของการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ก็ได้ ทั้งนี้ช่วยบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากปกติให้กลับสู่การมีสุขภาพดีโดยเร็ว การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีดังนี้

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 รับรู้ และสนใจถึงผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง โดยตรวจวัดความดันโลหิตอยู่เสมอ ตลอดจนการสังเกตเกี่ยวกับอาการผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงของโรค และผลกระทบของโรคต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อควบคุมโรคและแก้ไขความผิดปกติ หรือความพิการที่เกิดขึ้น ตลอดจนส่งเสริมให้ตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

3.4 รับรู้และสนใจที่จะปรับตัว หรือป้องกันความไม่สุขสบาย ที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 เปลี่ยนแปลงอัตรานอนหลับ และภาพลักษณ์ให้เหมาะสม โดยการยอมรับสภาพการเจ็บป่วย หรือความพิการของตนเอง และความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพามุคคละอื่น รวมทั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค และการรักษา ด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ในการดูแลตนเองของบุคคลเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดบุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นความสามารถที่สลับซับซ้อน ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง โดยความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป กล่าวคือ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ คือ 1. อายุ 2. เพศ 3. ระยะพัฒนาการ 4. ภาวะสุขภาพ 5. สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี 6. ระบบครอบครัว สถานภาพและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว 7. ระบบบริการสุขภาพ 8. แบบแผนการดำเนินชีวิต 9. สิ่งแวดล้อม 10. แหล่งประโยชน์ เป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (นันทรัตน์ ภูประคิษฐ์, 2541: 12 – 13)

1. อายุ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล โดยเฉพาะทารกและเด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เมื่อโตขึ้นเด็กจะสามารถเรียนรู้และดูแลตนเอง ได้มากขึ้นตามวัย และเมื่อเข้าสู่วัยชราความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองก็จะลดลงตามวัยเช่นกัน

2. เพศ โอเริ่มกล่าวถึงเรื่องเพศว่าเป็นปัจจัยที่กำหนด บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัว และบ่งบอกถึงความแตกต่างด้านสรีระ ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลตนเอง

3. ระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองขึ้นอยู่กับระยะพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิตทารกและเด็กอยู่ในระยะเริ่มต้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ความสามารถในการดูแลตนเองก็จะพัฒนาสูงขึ้นสามารถประเมินเลือกแนวทางวางเป้าหมาย และตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้

4. ภาวะสุขภาพ ระยะของโรคและอาการที่ปรากฏเป็นตัวบ่งบอกภาวะสุขภาพ และกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะทำให้

อุปสรรคและข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองน้อยลง

5. สังคมและขนบธรรมเนียมประเพณี โอเริ่มกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคลโดยจะมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเองที่ได้จากการเรียนรู้และการถ่ายทอดกันมาจนเป็นขนบธรรมเนียมประเพณี อาจเป็นวิธีการดูแลตนเองที่เป็นประโยชน์ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการดูแลตนเองบางอย่างจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

6. ระบบครอบครัว สถานภาพและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกที่ป่วย อาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง หรืออาจจะเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

7. ระบบบริการสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลสามารถแสวงหาความรู้และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต การดำเนินชีวิตเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติ

9. สิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจให้บุคคลตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้บรรลุเป้าหมาย เป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

10. แหล่งประโยชน์ แหล่งประโยชน์ของบุคคล เช่นฐานะทางเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจุนเจือต่าง ๆ เป็นปัจจัยในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

เก็บการที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองให้เกิดผลสำเร็จนั้น ต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญหลาย ๆ ประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ทศนคติ และแรงจูงใจ

1. ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้และยังเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงกับการจัดระบบใหม่ ดังนั้นเวลาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องโรคและปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างละเอียดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนสามารถปรับตัวให้มีชีวิตอย่างมีความสุขมากขึ้น

2. ทักษะ คือ การกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องน้อยที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการสอนให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองให้มากขึ้น โดยใช้โปรแกรมการสอนอย่างมีระบบและเข้าใจง่าย รวมทั้งมีวิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนด้วย

3. ทักษะ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองย่อมมีการดูแลตนเองดีกว่าบุคคลที่มีทัศนคติที่ไม่ดี

4. แรงจูงใจ เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาตามความคิดเห็น หรือตามความเชื่อของเขา แรงจูงใจจึงช่วยให้บุคคลเกิดกำลังกายและกำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งมีความสนใจที่จะหาความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ดังนั้นแรงจูงใจจึงช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร

5. ความเชื่อ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรม หรือวางกรอบความคิดเห็นด้านต่างๆ ของคนเรา เพราะความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตัว หรือแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ทั้ง ๆ ที่ความเชื่อนั้นอาจจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม ดังนั้นความเชื่อจึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยจึงน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยด้วย

7. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยซึ่งจะมีผลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัว หรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ และค่านิยม เป็นต้น ในระยะครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา มีนักวิชาการหลายท่าน ได้พยายามศึกษาถึงแบบมโนทัศน์เพื่อ

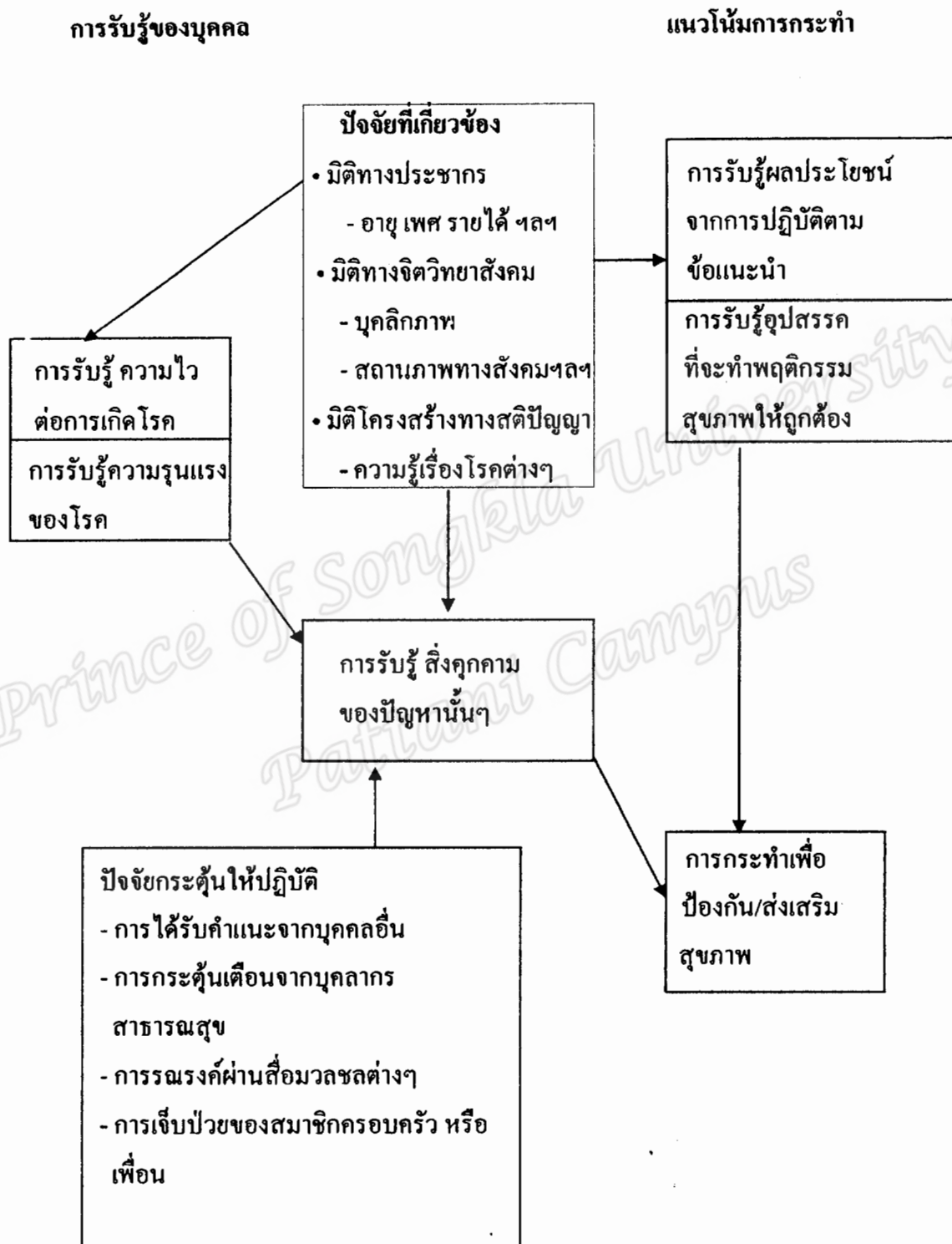
อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล แบบแผนที่ได้รับและมีผู้นำมาใช้ อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) พัฒนามาจากทฤษฎีของเคิร์ท-เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้ กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา หาก ไม่ปฏิบัติเช่นนี้อาจเกิดผลเสียแก่ตนได้ จากแนวคิดนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นของแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและมีการนำมาใช้เป็นครั้งแรกโดยโรเซนสโตกและคณะ เพื่ออธิบายปัญหาสาธารณสุขใน ระหว่างปี ค.ศ. 1950 – 1960 (Rosenstock, 1974: 329) หลังจากนั้นได้มีการนำแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพตามแนวคิดผสมผสานกับทฤษฎีแรงจูงใจและทฤษฎีการตัดสินใจ และนำองค์ประกอบ พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาอธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลใน การดูแลสุขภาพอนามัย โดยมีสมมุติฐานว่าการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน (Maimen&Becker, 1974: 336) กล่าวคือ บุคคลที่จะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคหรือ หลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้จะต้องมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ว่า(Green&Krueter 1991: 156 อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542: 68 – 70)

1. บุคคลต้องเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรค ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่ไม่ปรากฏ อาการชัดเจน เช่น มะเร็ง ความดันโลหิตสูง บุคคลจะต้องเชื่อว่าเขาสามารถเป็นได้โดยไม่มีอาการ
2. บุคคลต้องรับรู้ถึงศักยภาพ (Potential) ของความรุนแรงอาการที่จะเกิดขึ้นจากการเป็น โรคในลักษณะการเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เสียเวลาการทำงาน เสียเงินทอง อับอายและ อื่นๆ ตามความกลัวของตนเอง ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับความรุนแรงในเชิงทฤษฎีก็ได้
3. จากการประเมินสภาพแวดล้อม บุคคลต้องเชื่อว่า ถ้าได้กระทำพฤติกรรมตามที่ได้รับ การ เสนอแนะมาจะเกิดผลประโยชน์ขึ้นแก่ตนเองแน่ ดังนั้นบุคคลจึงมีการประเมินเปรียบเทียบทุก ๆ สิ่งที่ตนเองลงทุน และลงแรงกับผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำดังกล่าว ซึ่งหมายถึงบุคคลจะตัดสินใจ ทำตามเหตุผลที่ได้ไตร่ตรองถึงผลดีผลเสียแล้วอย่างรอบคอบ ไม่ได้เป็นการปฏิบัติเพราะถูกบังคับ หรือทำตามกลุ่มบุคคล สมัยนิยม โดยไม่ได้มีเหตุผลของตนเอง
4. จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้เกิดการกระทำ ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เป็นผลให้บุคคลต้องการที่จะแสดงการกระทำออกมา

โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงดังกล่าวจึงใช้ทฤษฎี หรือ แบบจำลองมาอธิบาย ทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจุดเด่นแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ คือ ช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคล

เป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 ดังแผนภูมิที่ 1



แหล่งที่มา: Thomas butler (1997): 142. Principles of Health Education and Health Promotion.

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกตามที่กล่าวมานี้ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะสามารถทำนายได้เฉพาะพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่านั้น คาสส์และคอบบี้ (Casl & Cobb, 1966: 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แล้วแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การขอคำปรึกษา ขอบความเห็น หรือคำแนะนำจากญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสุขภาพของร่างกาย เป็นต้น

หลังจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้ถูกนำมาใช้ในช่วงหนึ่ง ต่อมาได้มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านได้พยายามศึกษาวิจัยและเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป แต่ผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เป็นระบบเพียงพอที่จะใช้ตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และบางครั้งมีความขัดแย้งกัน (Becker, 1974: 416)

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย

1.1 แรงจูงใจ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นต้น

1.2 การรู้ถึงคุณค่าของการลดทอนการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตัวแปร คือการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

1.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดทอนการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

2. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย อุปสรรคในการปฏิบัติทัศนคติของผู้ป่วยต่อแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ เป็นต้น

3. กิจกรรมของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกถึงความร่วมมือในการรักษา เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไปตรวจตามนัด และการปรับปรุงนิสัยส่วนตัว เป็นต้น

จากแนวคิดของเบคเคอร์เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการศึกษาและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยดังกล่าวแล้วนั้น เนื่องจากพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและสามารถประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ ที่ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา มาเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมดูแลตนเองได้

8. องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีความเกี่ยวข้องหรือมีผลต่อการดูแลตนเองซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง องค์ประกอบเหล่านั้น (กองสุขศึกษา, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) ได้แก่

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอนแล้ว จะสามารถวัดรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ 3 ทาง ได้แก่

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคหรือข้อสรุปของแพทย์ ผู้ป่วยอาจจะไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลผิดไป

1.2 การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก ในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นได้อีก หรือมีโอกาสกลับเป็นโรคนั้นซ้ำได้มากขึ้น

1.3 ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่น ๆ ได้ง่ายขึ้น

การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม เป็นต้น

สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพฤติกรรมการรักษาโรค (Compliance) เช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินในด้านความรุนแรงของโรคต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้จะเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะบุคคลนี้เป็นส่วนบุคคลที่ไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived benefits and costs) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง หรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย การเสี่ยงต่อความปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำประเมินค่าใช้จ่ายแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยแสวงหาการป้องกัน หรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในกรป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจจะเป็นสิ่งเร้าภายในบุคคล เช่น ความห่วงใย หรือความสนใจต่อสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยทั่วไปแล้ว การประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วย สามารถวัดจากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ปัญหาในการรักษาพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่งคือผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ถึงการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจึงควรมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยซึ่งมีหลายวิธีด้วยกัน วิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง หรือรู้สึกตนเองมีคุณค่า เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง พบว่าเหตุผลของที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายคือต้องการมีสุขภาพแข็งแรงและเป็นการป้องกันการเกิดโรค

ตลอดจนช่วยให้ผ่อนคลายและสนุกสนานด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา กล่าวว่างจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยทั่วไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิตและดำรงรักษาไว้ในโครงสร้างและการทำหน้าที่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีความผาสุกในชีวิต ตลอดจนทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านพฤติกรรมสังคม ฯลฯ แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยร่วมที่ให้ผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอได้แก่

5.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังจะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการของเจ้าหน้าที่และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามคำแนะนำได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง การยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ก็จะดำเนินไปด้วยความราบรื่นและเกิดผลดีต่อการรักษา แต่ถ้าบทบาทและความคาดหวังไม่สอดคล้องกัน หรือเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับสัมพันธภาพที่ไม่ดีจะเกิดขึ้นและมีผลเสียต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง เช่น ความตึงเครียดในการสนทนาซักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การสั่ง หรือบังคับผู้ป่วยโดยไม่เปิดโอกาสให้มีการซักถาม ตลอดจนความไม่เข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา

5.2 ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา เช่น มารดาจะให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำและการพามาตรวจตามนัด หากได้รับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ซึ่งเคยรักษาบุตรของตนมาก่อน และหากต้องการมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไปมารดามักจะพามาพบแพทย์คนเดิมอีก

5.3 ปัจจัยทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมหรือแรงจูงใจ เพราะปัจจัยทางสังคมมีผลทางอ้อมต่อความเชื่อและส่งผลโดยตรงต่อบุคคลในด้านกระบวนการสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม ดังนั้นปัจจัยทางสังคมจึงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลตนเองด้วย

5.4 ตัวแปรด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการรักษา หรือรายได้ สิ่งเหล่านี้อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันและการรักษาโรคของบุคคล

9. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วาสนา บุญรัตน์และคณะ (2542: 50 –51) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. วราภรณ์ นารินทร์ (2542: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเชื่ออำนาจผู้ในด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจผู้ในด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

3. พรทิพย์ ชีระกาญจน์ (2544: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดปทุมธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบทดสอบก่อน ทดสอบหลังและติดตามผล 6 สัปดาห์ต่อมาผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า

1. กลุ่มทดลอง: ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ผลจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 58.12

2. กลุ่มควบคุม: ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวแรงสนับสนุนทางสังคมตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง มี 2 ตัว คือ ความคาดหวังในผลดีจากการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทักษะคิดการส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 38.2 จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. วิล ครีตัน (2548: บทความ) ความดันโลหิต: การป้องกันและการดูแล ความดันโลหิตสูงเป็น โรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด การป้องกันโดยเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเป็นสิ่งที่ดีที่สุด แต่ถ้าเกิดโรคแล้วควรได้รับการดูแลรักษาโดยเร็วที่สุดโดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยง และการ ใช้ยาเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ตา ไต หัวใจ และสมอง ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

5. จินตนา วิเศษสาธิตและคณะ (2545: 81- 92) ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิดโดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลปากนัง อำเภอปากนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผลการใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมพลังความคิดทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้น

6. ประสพสุข ศรีแสนปงและคณะ (2546: 44 - 45) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ระดับความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอล ในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 28 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 14 รายและกลุ่มเปรียบเทียบ 14 ราย โดยการสุ่มกลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเรียม ในกระบวนการกลุ่ม โดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้สื่อประกอบ คือ วิดิทัศน์

แผ่นพับ และคู่มือการดูแลตนเอง รวมทั้งการอภิปรายร่วมกับพยาบาลและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนตามปกติและได้รับแผ่นพับและคู่มือการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลอง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง วัดความดันโลหิต และเจาะเลือดตรวจระดับโคเลสเตอรอลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ระดับโคเลสเตอรอล ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองนี้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงได้แต่ไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับโคเลสเตอรอลในกลุ่มตัวอย่างศึกษา

7. ชนิกันต์ สมจรี(2549: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือสตรีไทยมุสลิมที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปในตำบลบาเจาะ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส ที่เสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 131 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมด้านศาสนา และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.75, SD = 3.75$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลเป็นรายด้าน พบว่าการรับรู้ของบุคคลทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก โดยการรับรู้ภาวะคุกคามมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.87, SD = 0.26$) รองลงมาเป็นการรับรู้ความรุนแรง ($\bar{x} = 3.77, SD = 0.24$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง ($\bar{x} = 3.61, SD = 0.31$) ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการลดพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 3.60, SD = 0.34$) ด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.83, SD = 0.33$) ส่วนด้านการผ่อนคลายความเครียด ด้านการควบคุมน้ำหนักตัว ด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.49, SD = 0.59, \bar{x} = 2.18, SD = 0.59, \bar{x} = 2.15, SD = 0.54$) ตามลำดับ

3. การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงจากบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ภาวะคุกคาม และการรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 28 (Adjusted $R^2 = 0.28, F(3,127) = 17.68, p < 0.05$) โดยการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรม

ป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีที่สุด ($B = 0.33, t = 4.27, p < 0.05$) สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง บรรทัดฐานหรือค่านิยมในอิสลาม และประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยง โดยเน้นการให้สุขศึกษาโดยบุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญกับภาวะคุณภาพ และสนับสนุนความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และมีอันตรายร้ายแรง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีแรงจูงใจโดยมีความเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงและอันตราย คนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนได้ การให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและไม่สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากเกินไป เป็นต้น และหากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และเป็นความจริงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแล้ว การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงน่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องด้วย