



ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการ
ปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคน ที่เป็น โรคความดัน โลหิตสูง
The Effect of Self-efficacy Perception and Outcome Expectation on the Health Practice
of Middle Aged Women with Hypertension

อรพินท์ กายโรจน์
Orapin Kairoj

Order Key.....25499
BIB Key.....140916

เลขหมู่ RC665.H93 043 2542
เลขทะเบียน.....
..... 8/25.11.2542

วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University
2542

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็็นโรคความดันโลหิตสูง
ผู้เขียน นางสาวอรพินท์ ภายโรจน์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

.....*th*..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

.....*ศวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง*..... กรรมการ
(ดร. ศาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

คณะกรรมการสอบ

.....*th*..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ช่อลดา พันธุเสนา)

.....*ศวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง*..... กรรมการ
(ดร. ศาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....*อรุณ*..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรรณิ์ จันทร์สว่าง)

.....*ดร. นพ. อาณัติ*..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ. อาณัติ เลขะกุล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

.....*ดร. ก้าน จันทร์พรหมมา*.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันทร์พรหมมา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ผู้เขียน นางสาวอรพินท์ กายโรจน์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2542

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการทำนายนของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นหญิงวัยกลางคนที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลลานสกา และโรงพยาบาลปากพนัง จำนวน 218 ราย เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงด้วยวิธี ครอนบาชแอลฟา ได้ค่าความเที่ยง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เท่ากับ 0.80 ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเท่ากับ 0.96 และการปฏิบัติด้านสุขภาพเท่ากับ 0.72 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุแบบขั้นคอน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงหรือมาก เมื่อพิจารณารายด้าน การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระดับค่อนข้างสูงถึงสูงคือ ด้านการรับประทานยา ด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนด้านที่มีระดับค่อนข้างต่ำได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย ส่วนการปฏิบัติด้านสุขภาพที่มีการปฏิบัติในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ด้านการตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง รองลงมาเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลางได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการออกกำลังกาย ตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนกลุ่มนี้ ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ไม่สามารถทำนายได้

Thesis Title The Effect of Self- efficacy Perception and Outcome expectation on the Health
Practice of Middle Aged Women with Hypertension

Author Miss Orapin Kairoj

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1999

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate the perception of self-efficacy, outcome expectation and health practice of middle aged women with hypertension. The study also aimed to determine the predictive ability of perception of self-efficacy and outcome expectation on health practice. The sample comprised 218 hypertensive women who had no complication, age range 40-59 years, who were followed up at the hypertensive Clinic at Maharajnakornsritammaraj, Thasala, Lanska, Pakpanang Hospitals. Tool for the study comprised the demographic data questionnaire, the perception of self-efficacy questionnaire, outcome expectation questionnaire and the health practice questionnaire. Five experts validated the tools and Chronbach's alpha coefficient was used to test the reliability of the tools. The reliability of the self-efficacy perception questionnaire was 0.80, the outcome expectation questionnaire 0.96 and the health practice questionnaire 0.72.

Overall scores of perception of self-efficacy, outcome expectation and health practice of middle aged women with hypertension were at has moderate to nearly or high level. When considering each part of the perception of self-efficacy and outcome expectation, the part that had nearly high to high scores were: medication- taking, follow- up checking, diet controll and the risk factor controll. The perception of self-efficacy and outcome expectation components having moderate scores were: stress management and exercise practice. Health practice components that had high to highest scores were: follow- up checking, medication- taking, diet controll and the risk factor controll. The health practice components having moderate scores were: stress management and exercise practice. While the perception of self-efficacy could predict the health practice of these hypertensive women, the outcome expectation could not.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ช่อสคา พันธุเสนา และ ดร. สาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษาและข้อคิดเห็น ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ นับตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษา รวมทั้งให้กำลังใจในการศึกษา แก่ศิษย์เสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณ มา ณ ที่นี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ต่างๆ นับตั้งแต่เริ่มต้นศึกษาวิชาแรก จนสำเร็จตามหลักสูตรการศึกษา และขอแนะนำต่างๆที่มีประโยชน์และเป็นวิทยาทานอย่างมากมาย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบ ความเที่ยงตรง ในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ อย่างดียิ่ง พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลทุกท่าน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลลานสกา และโรงพยาบาลปากพนัง ที่อนุญาต และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณหญิงวัยกลางคนทุกท่านที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ชาย พี่สาวที่มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจและกำลังทรัพย์จนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณ พี่เกียรติ ก้องไกรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล และให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ทุกคน

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

อรพินท์ ภายโรจน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
รายการตาราง	(8)
รายการภาพประกอบ	(9)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
คำถามหลักของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
นิยามศัพท์	4
กรอบแนวคิดทฤษฎี	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	7
การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	12
การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ	20
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ	23
การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	32
ผลการวิจัย	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การอภิปรายผล	44
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	56
สรุปผลการวิจัย	56
ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	68
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย	69
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	70
ภาคผนวก ค ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของหญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล กับ ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ	77
ภาคผนวก ง รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ประวัติผู้เขียน	88

รายการตาราง

	หน้า
ตาราง	
1 จำนวนและร้อยละ ของหญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	33
2 จำนวนและร้อยละ ของหญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ	35
3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	38
4 จำนวนและร้อยละของหญิงวัยกลางคน จำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	39
5 ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน	
6 ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพ	
7 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	41
8 และการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวม	
9 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	42
10 และการปฏิบัติด้านสุขภาพรายด้าน	
11 ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	44
12 ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวม	
13 ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	45
14 ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพรายด้าน	

รายการภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ	
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	24

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีความดันโลหิตมากกว่า 140-90 มิลลิเมตรปรอท (WHO Expert Committee, 1996) และพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุร่วมกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (กรมการแพทย์, มปป.) นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจโคโรนารี กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ภาวะไตวาย และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด ในวัยกลางคน (ไพบูลย์, 2531; Strauer, 1987; Bulpitt, et al., 1994 cited by Kannel, 1997) โรคนี้จึงนับว่ามีอันตรายอย่างยิ่งโรคหนึ่งต่อประชากร และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานๆ จะทำให้หลอดเลือดแดง ทั้งขนาดเล็ก และใหญ่ทั่วร่างกายมีสภาพแข็งขึ้น ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ สมอง ตา และไต เกิดการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสมรรถภาพ และเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ และมีการศึกษาติดตามคนที่อายุมากกว่า 40 ปี (Cohort study) ในเมืองฮิซายามา (Hisayama) ประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ตามระดับความดันโลหิตที่เพิ่มสูงขึ้น และมีอัตราการมีชีวิตรอด (survival rate) ในระยะ 20 ปีลดลง (พีระ, 2538)

จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ.2534 ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มอายุ 30 ปี ขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 7.67 และความชุกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2534) และจากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ.2537 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 92.50 ต่อประชากร 1,000 คน และในภาคใต้ พบอัตราป่วย เท่ากับ 106.90 ต่อประชากร 1,000 คน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ (สถิติสาธารณสุข, 2539) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ที่มีสาเหตุการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นอันดับสูงคิด 1 ใน 10 ของสาเหตุการตาย โดยอยู่ในอันดับที่ 9 ของสาเหตุการตายทั้งหมดของจังหวัด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2535 และ พ.ศ.2536 มีอัตราตายเท่ากับ 3.52 และ 5.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สถิติจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2537) สำหรับสถิติผู้

ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการของรัฐ ในจังหวัด นครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2541 มีจำนวน 2,293 ราย (สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2541)

จากรายงานการสัมมนาแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พ.ศ. 2538 พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประจำวัน (life style) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวเกิน การรับประทานอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีภาวะเครียด (เสวต, 2538) นอกจากนี้การมีอายุเพิ่มสูงขึ้นยังเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน โดยโรคนี้พบได้บ่อยในวัยกลางคน โดยเฉพาะคนที่อายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (Davis & Sherer, 1994) ความชุกของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หรือเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น (Black & Matassarini - Jacobs, 1993) และพบว่าเพศหญิงมีความทนต่อภาวะความดันโลหิตสูงดีกว่าเพศชาย แต่มีอัตราการตายด้วยภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเพศชาย (O'Brien & O'Malley, 1982)

หญิงวัยกลางคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเครียด หรือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจัยต่างๆ ในครอบครัว พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น และจากการศึกษาของกนกพร (2539) เรื่องภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหญิงวัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2539 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ และไม่ออกกำลังกาย และมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในวัยใกล้หมดประจำเดือน หรือวัยหมดประจำเดือน ทำให้มีไขมันในเลือดสูง และผนังเส้นเลือดหนา และตีบลง โดยไม่แสดงอาการของโรคอย่างเด่นชัดทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่มาพบแพทย์ จึงพบว่าผู้ที่มาพบแพทย์มักเป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้วหรือบางรายที่มารับการดูแลรักษา อาจมีปัญหาในความต่อเนื่อง (จริยวัตร, 2534)

การรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาการรักษาต่อเนื่องและความร่วมมือของผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของ คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et al., อ้างตามจริยวัตร, 2534) พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่ร่วมมือในการรักษา เพราะปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ประสบการณ์ ระยะเวลาการรักษา ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและวิธีการรักษาของแพทย์ จากรายงานการสัมมนาแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยแนะนำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ไม่รับประทานอาหารเค็ม ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ งดเครียดและพักผ่อนเหมาะสม

และขนาดของยาลง (เศวต, 2538) ความสำเร็จในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการตรวจตามนัด ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะปฏิบัติได้ แม้จะได้รับความรู้ หรือคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาลแล้วก็ตาม

สเตรทเชอร์ และคณะ (Stretcher et al., 1986) กล่าวว่า ความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ คำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancy) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการตัดสินถึงระดับความสามารถของตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว โดยปัจจัย 2 ประการนี้มีผลต่อการกระทำของบุคคล มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น มีผลต่อการกระทำเช่น ผู้หญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทนเนื่องจากมีความคาดหวังการว่าใช้ฮอร์โมนทดแทน สามารถช่วยบรรเทาอาการจากภาวะหมดประจำเดือน ป้องกันโรคกระดูกเปราะ โรคหัวใจ และตัวเขาเองก็สามารถที่จะเลือกใช้ฮอร์โมนทดแทนได้ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนทำให้เป็นมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกได้ บุคคลนั้นก็จะตัดสินใจไม่เลือกใช้ฮอร์โมนทดแทน (Ali, 1998) และจากการศึกษาของอีวอร์ท และคณะ (Ewart, et al., 1983 cited by Bandura, 1986) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลง จะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย และทำกิจกรรมที่เคยทำ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์ (จารุวรรณ, 2540) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถทำนาย วิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้ (ศรีสุตา, 2538; สุคาร์คณ์, 2537)

พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยแนวทางหนึ่ง ที่สามารถทำได้คือการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเปรียบเสมือนการสร้างแรงจูงใจ ให้หญิงวัยกลางคนมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสามารถสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องการทดสอบดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำถามหลักของการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้หรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

นิยามศัพท์

หญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง หญิงที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยมีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทก่อนได้รับการรักษา

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง หมายถึง ความมั่นใจของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับระดับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หมายถึง ความเชื่อของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับผลที่จะเกิดจากการปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้

แบบวัดความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติด้านสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด และการตรวจตามนัด เพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบวัดการปฏิบัติด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรคความดันโลหิตสูง

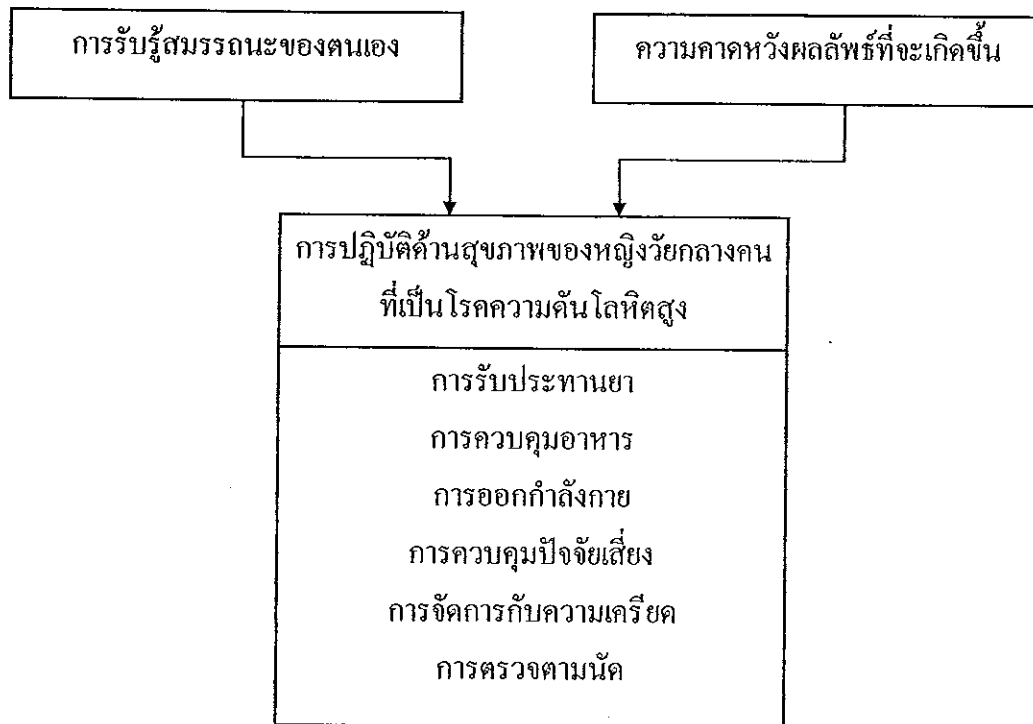
กรอบแนวคิดทฤษฎี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura Social Cognitive Theory) เป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากกระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์มีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor) 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นบันได เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (interlocking system) นอกจากนี้การแสดงออกพฤติกรรมของบุคคล ยังต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญา และการตัดสินใจ จากการสังเกตของตัวเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นและมาตรฐานปกติ ร่วมกับการประเมินของตนเอง โดยใช้ความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1986) แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancy) เป็นปัจจัยภายใน ที่มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความมั่นใจถึงความสามารถที่จะกระทำ และควบคุมพฤติกรรมนั้นๆ ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นความเชื่อถึงประโยชน์ที่จะตามมาภายหลังจากการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวชี้ให้บุคคลมีความพยายามและกระตือรือร้น ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และถ้าได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังเอาไว้ จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองมากขึ้น เมื่อพบกับเหตุการณ์เช่นเดิม (Bandura, 1986)

หญิงวัยกลางคน เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องปฏิบัติด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับความเครียด

และการตรวจตามนัด ซึ่งการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคน ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จึงน่าจะมีผลกระทบต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้พัฒนาและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง แก่หญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีขอบเขตการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความหมาย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ ความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง การมีความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางสมอง จอตา หัวใจ หรือไต (WHO, 1996)

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1996) แบ่งระดับความดันโลหิตสูงได้ดังนี้

1. ความดันโลหิตปกติ (Normotension) คือ มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90

มิลลิเมตรปรอท ลงมา

2. ความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย (Mild hypertension) คือ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140-180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90-105 มิลลิเมตรปรอท

3. ความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (Subgroup borderline hypertension) คือ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกตั้งแต่ 140-160 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90-95 มิลลิเมตรปรอท

4. ความดันโลหิตสูงระดับปานกลางและระดับรุนแรง (Moderate and severe hypertension) คือ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 105 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินความรุนแรงของโรค

สำหรับการประเมินความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคทางหัวใจและหลอดเลือด โดยปกติจะประเมินตามความรุนแรงของโรค ตามที่คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1996) ได้แนะนำไว้ 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะใดๆ เลย

ระยะที่ 2 ตรวจพบหัวใจซีกซ้ายโต มีหลอดเลือดแดงของเรตินาแคบลง หรือมีหน้าที่ของไต เสื่อมปานกลาง

ระยะที่ 3 มีการทำลายของหัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือดหลังลูกตา ดังนั้นประวัติ การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะสามารถบอกได้ว่าอวัยวะใดถูกทำลายไปบ้างแล้ว

สาเหตุของการเกิดโรค

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ (WHO Expert Committee, 1996)

1. ความดันโลหิตสูงชนิดทุรพบสาเหตุ (secondary hypertension) อาจเกิดจากการได้รับยา หรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และจากโรคที่อวัยวะต่างๆ ที่พบได้มาก คือ โรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่

2. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension or essential hypertension) พบได้มากถึง ร้อยละ 92-94 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (เกษม, 2532) และมักพบในช่วงอายุ 35-55 ปี (Feies et al., อ้างตามจริยวัตร, 2532)

ปัจจัยการเกิดโรค

โดยปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ มี 2 ประการที่สำคัญ คือ ปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันดังนี้ คือ (WHO, 1996)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม เป็นที่ยอมรับว่าพันธุกรรม มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบว่า แผลที่เกิดจากไขมันเดียวกันจะมีระดับความดันโลหิตคล้ายคลึงกันมากกว่าแผลที่เกิดจากไขมันคนละใบ และมีผู้รายงานว่ ในครอบครัวเดียวกัน ที่มีสิ่งแวดล้อมเหมือนกัน ก็อาจมีอิทธิพลที่เสริมกรรมพันธุ์อยู่ด้วย ถ้ามีความดันโลหิตใกล้เคียงกัน ส่วนแมคโดวิทซ์ (Medlowitz อ้างตามบุญญฤทธิ์, 2530) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางพันธุกรรม กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไว้ว่า ผู้ที่มีเชื้อสายเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีความผิดปกติในเซลล์ (intercellular abnormalities) ซึ่งจะมีผลกับการใช้แคลเซียมของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบภายในหัวใจ และระบบประสาท

ซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้กลไก โซเดียมปั๊ม (sodium pump) ผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต และการทำงานของหัวใจไม่สมดุล ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงและมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหารที่มีจำนวนเกลือ โซเดียม มีการศึกษาหลายแห่ง สรุปได้ว่าปริมาณเกลือที่บริโภค มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตสูง (Weisler, 1976 อ้างตามสมชาติและคณะ, 2524) และเป็นที่ยอมรับกันว่า การจำกัดจำนวนเกลือ โซเดียมที่ร่างกายได้รับแต่ละวัน จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Mogan, 1981; Barfery, 1981; Beard, 1982; Maggregor, 1982 cited by MacMahon, 1984) กล่าวคือ การรับประทานเกลือมากๆ (มากกว่า 14 กรัม/วัน) จะเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้น แต่การรับประทานเกลือต่ำ (น้อยกว่า 1 กรัม/วัน) จะทำให้ความดันโลหิตลดลง เนื่องจากเกลือ โซเดียมดูดน้ำได้มาก ทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือด และความต้านทานในหลอดเลือด สดตัน (Houston, 1986) กล่าวว่า การจำกัดเกลือ โซเดียม เป็นการรักษารักษาขั้นแรก ที่ควรเลือก สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยเฉพาะบุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรมีการจำกัดเกลือ โซเดียมก่อนที่จะใช้ยา

2.2 น้ำหนักตัว เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความใกล้ชิด กับความดันโลหิต (Framingham, 1967; Tuck, 1981; Gillum, 1983; Reison, 1982 cited by Macmahon, 1987) จากการศึกษาระยะยาวพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของบุคคล จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงจะลดลงเช่นกัน (Evans, 1973 cited by Reison & Frohlich, 1982 อ้างตามพร้อมจิต, 2539) นอกจากนี้ น้ำหนักตัวเกินจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้ระดับความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของฟรามิงแฮม (Framingham อ้างตามเสวต, 2538) โครงการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold) ตรงบริเวณใต้สะบัก สรุปได้ว่าร้อยละ 60 ของหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จัดได้ว่าเป็นคนอ้วน (obesity) (Garrison, et al., 1985 อ้างตามเสวต, 2538) พบว่าอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงจะมากขึ้นตามปริมาณของไขมันใต้ผิวหนัง

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง มีผู้ศึกษาผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูง พบว่าความดันโลหิตสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ถ้าดื่มสุรวันละ 3 เวลา หรือมากกว่าเป็นเวลานาน (Klatsky, et al., 1977 อ้างตามจริยวัตร, 2532) ชาวเดอร์และคณะ (Suader et al., 1981) พบว่าภายหลังการดื่มสุรา ความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน สโตรเกอร์ (Stroker, 1982 อ้างตามจริยวัตร, 2532) พบว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และถ้าดื่มแอลกอฮอล์ในจำนวนวันละมากกว่า 60 ซีซี อัตราการ

เกิดโรค และโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด มีสาเหตุจากการดื่มสุรา (Schofield, 1990 อ้างตามพร้อมจิต, 2539)

2.4 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไต บีบให้ต่อมหมวกไตผลิต แอดรีนาลีนเพิ่มสูงขึ้น จึงไปเพิ่มการทำงานของประสาทซิมพาเทติก และเพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงชัดเจน แต่จะมีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และเส้นเลือดตีตัน โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Deddy, 1985 อ้างตามจริยวัตร, 2532)

2.5 ภาวะเครียด เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Ready, 1985) สิ่งที่เกิดความเครียดได้บ่อยๆคือ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อยล้า ความกังวล การได้รับบาดเจ็บ การได้รับสารพิษ และการเจ็บป่วย (Griffin & Kee, 1986 อ้างตามสุรงค์, 2533) ผลของความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ทำให้มีการหลั่งของสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างสารเรนินและส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว และต่อมหมวกไตสร้างสารอัลโดสเตอโรน (aldosterone) ทำให้มีการดูดซึมโซเดียมกลับเข้ากระแสเลือด จึงมีผลทำให้ความดันโลหิตสูง ภาวะเครียดนี้จึงเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมที่มีผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (พร้อมจิต, 2539) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจจะประสบกับสิ่งที่เกิดความเครียดคล้ายๆกัน แต่อาจมีพฤติกรรมที่เผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาแตกต่างกัน ในการศึกษาของจาโลวีต และเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers, 1981) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียด มุ่งแก้ปัญหามากกว่ามุ่งลดอารมณ์เชิงเครียด

2.6 ลักษณะทางสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาของไพบูลย์ (2531) พบว่าบุคคลที่ประกอบอาชีพแล้วรายได้ไม่สอดคล้องกับรายจ่าย จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่มีความสมดุลระหว่างรายได้และรายจ่าย และผู้ประกอบอาชีพที่ขาดความมั่นคง ได้แก่การตกงาน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และที่พึงพิงทางสังคม เป็นข่าวสารที่ทำให้ผู้ที่ได้รับ รู้สึกว่าเขาได้รับการเอาใจใส่ และมีคุณค่าต่อผู้อื่น ซึ่งที่พึงพิงทางด้านสังคม อาจจัดได้กับสถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนญาติพี่น้อง แบบแผนการสมรส และจำนวนเพื่อน

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ไม่ทราบสาเหตุ ที่มีความรุนแรงน้อย หรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการที่อาจจะพบในขณะที่ความดันโลหิตขึ้นสูงมากแล้ว หรืออยู่ในขั้นรุนแรง อาการมีดังนี้ (Kochar & Daniels, 1978)

1. ปวดศีรษะ โดยทั่วไป มักจะปวดบริเวณท้ายทอย (occipital region) มักเป็นตอนเช้า และอาจมีคลื่นไส้ตามัวร่วมด้วย และอาการนี้พบบ่อยในคนที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤตแล้ว
2. ไมเกรน (migraine) มีผู้ตั้งเกตุว่า ไมเกรน และความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะเป็น ไมเกรน มากกว่าคนปกติและผู้ที่เป็นไมเกรน ก็พบความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่ไม่เป็น
3. เลือดกำเดาออก เป็นอาการที่พบบ่อยน้อยนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีเลือดกำเดาออก โดยไม่มีโรคของโพรงจมูก มักจะพบว่ามีความดันโลหิตสูงบ่อยๆ และอาการจะหายไปเมื่อควบคุมความดันโลหิตปกติ

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่ได้รับการรักษาจะไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะเสียชีวิตเพราะ เกิดพยาธิสภาพต่อหัวใจ และหลอดเลือดของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) ประมาณครึ่งหนึ่ง อีกหนึ่งในสามเสียชีวิตเพราะหลอดเลือดแตก และร้อยละ 10-15 เพราะไตวาย (renal failure) การที่ระดับความดันโลหิตสูงนานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต ตา ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่ออวัยวะต่างๆ ดังนี้

1. หัวใจ จะพองโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจหนาเนื่องจากต้องสูบน้ำเลือดต้านกับความดันสูงนานๆ เมื่อผนังหัวใจหนาขึ้น ขณะเดียวกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจแคบลง กล้ามเนื้อหัวใจก็จะขาดเลือด เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจล้มเหลวได้ (โสภณ, 2526) ความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายต้องทำงานอย่างหนัก เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้น ในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้น กล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวเข้ากับแรงดันที่เพิ่มขึ้น โดยการขยายตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต และถ้าภาวะนี้ยังเกิดขึ้นต่อไป เส้นใยของกล้ามเนื้อจะหย่อนไม่สามารถขยายตัวได้อีก หัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัว และไม่ทำงาน ทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจะไหลกลับสู่ปอดตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งที่ปอด หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนัก จนในที่สุดเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) จากการศึกษาของเคนเนล (Kennel อ้างตามวันเพ็ญ, 2539) พบว่าผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้เป็น 6 เท่า ของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

2. สมอง โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง ถ้าขรุขระตีบแคบ เลือดไหลผ่านไม่สะดวก ก็จะทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายได้ ทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีกพิการ

หรือเสียชีวิตทันที และถ้าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมาก ก็อาจเกิดมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ชีพม์ ถับสน ซักและหมดสติ หรืออาจมีอัมพาตชั่วคราวได้

3. ผลต่อหลอดเลือดแดง ความดันโลหิตสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังภายในหลอดเลือด มีผนังหลอดเลือดหนา แข็งตัว ขนาดความยืดหยุ่น ขรุขระ ไม่แข็งแรง มีการเสื่อมของชั้นกล้ามเนื้อ มีการโป่งพองของผนังหลอดเลือดและแตกได้ ถ้าเกิดขึ้นกับหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic aneurysm) ก็จะทำให้เสียชีวิตทันทีได้ แต่ถ้าเป็นหลอดเลือดแดงฝอยแตก หรือหลอดเลือดตีบแคบ ก็อาจทำให้อวัยวะต่างๆ พิการได้

4. ไต เป็นอวัยวะที่ซับซ้อนของเสียออกทางปัสสาวะ และรักษาปริมาณน้ำเกลือแร่ และกรดต่างในร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล โรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไตผลิตสารเรนิน พรอสตาแกลนดิน ซึ่งมีผลต่อหลอดเลือดตีบแคบ เลือดจึงไปเลี้ยงไตได้น้อยลง สมรรถภาพการทำงานของไตเสื่อมลง ไม่สามารถขับถ่ายสารพิษ ของเสียต่างๆ อย่างปกติได้ จึงเกิดการสะสมพิษภายในร่างกายเกิดภาวะไตวาย และอาจเสียชีวิตได้ การพบไข่ขาวในปัสสาวะ และครีเอตินินในเลือดสูง เป็นต้น

การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยเมื่อเป็น โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้แก่ ด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1. การรับประทานยา การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยา สามารถลดอัตราเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนได้ และจากการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตยิ่งสูงมาก จะมีอันตรายมากขึ้นตามลำดับ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า จำเป็นต้องรักษาในผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูง ปานกลาง และรุนแรงทุกราย องค์การอนามัยโลก (WHO,1996) แนะนำให้รักษาด้วยยา เมื่อความดันโลหิตตัวใดเอสโตลิกสูงเกินกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท

2. การควบคุมอาหาร อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง (Lowter & Carter, 1991 อ้างตามอาภาพร, 2537) อาหารดังกล่าว ได้แก่ อาหารที่มีไขมัน และเกลือโซเดียมต่ำ มีปริมาณกากใยสูง (Dodson, et al., 1984 อ้างตามพร้อมจิต, 2539) อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมได้แก่

2.1 อาหารที่มีโซเดียมมาก การจำกัดอาหารที่มีโซเดียมในอาหารมีความสำคัญมาก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผู้ป่วยมีการคั่งของโซเดียม จึงต้องให้ยาขับปัสสาวะ เพื่อลดการคั่งของเกลือ และลดความดันโลหิต ถ้ายังคงรับประทานอาหารที่มีเกลือมาก ความดันก็จะไม่ลดลงเท่าที่ควร (วัลย์, 2530) ดังนั้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง จึงควรประมาณ โซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือประมาณ 2 กรัมต่อ 1 วัน คือประมาณ 2 ช้อนชา จะทำให้ความดันโลหิต

ลดลง 5.4 - 6.5 มิลลิเมตรปรอท (Staessen et al., 1989 อ้างตามสุรพันธ์, 2536) อาหารที่มีโซเดียมมาก ได้แก่

2.1.1 อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอสชนิดต่างๆ น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว น้ำบ๊วย น้ำบูดู น้ำกะทิใส่ขมนม

2.1.2 อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารตากแห้ง อาหารหมักดอง อาหารปรุงรส ผลไม้เชื่อม อาหารกระป๋อง เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม หมูหวาน เต้าหู้ ปลาร้า ไตปลา เป็นต้น

2.1.3 สารเคมีในการปรุงอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู ผงเค้ก ไอศกรีม เนยแข็ง สารเค็มในขนมปัง

2.1.4 อาหารโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นำนม น้ำมะเขือเทศ อาหารทะเล

2.1.5 อื่นๆ เช่น น้ำป๋อ น้ำบาดาลที่มีโซเดียม ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องร่วง เป็นต้น

การจำกัดโซเดียมในแต่ละวันนั้น สมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา กำหนดการจำกัดเกลือไว้ 3 ระดับ ดังนี้

1.) จำกัดไม่มากนัก (mild restriction) อนุญาตให้บริโภคโซเดียมได้ 2500-4500 มิลลิกรัม หรือประมาณ 1-1 1/4 ช้อนชา การจำกัดเกลือในระดับนี้ทำได้โดยงดอาหารที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง และอาหารสำเร็จรูป ไม่เค็มเกลือระหว่างรับประทานอาหาร งดอาหาร และอาหารว่างที่ออกรสเค็มทุกชนิด

2.) จำกัดปานกลาง (moderate restriction) ให้บริโภคโซเดียมได้วันละ 1000 มิลลิกรัม หรือน้อยกว่า 1/2 ช้อนชา ดังนั้นไม่ควรเค็มเกลือในการปรุงอาหาร และในระหว่างรับประทานอาหาร งดอาหารเค็มทุกชนิด รวมทั้งจำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น นม ไข่ ขนมหวาน เป็นต้น และในการรับประทานอาหารต้องเลือกอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ

3.) จำกัดมาก (strict restriction) ให้บริโภคโซเดียมได้วันละ 500 มิลลิกรัม หรือน้อยกว่า 1/2 ช้อนชา โดยไม่เค็มเกลือในการปรุงอาหาร และในระหว่างรับประทานอาหาร งดอาหารเค็มทุกชนิด จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น นม ไข่ ขนมหวาน เป็นต้น จำกัดเนื้อวันละไม่เกิน 5-6 ออนซ์ จำกัดนมไม่เกินวันละ 2 ถ้วย

2.2 การจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตสูง อาหารคาร์โบไฮเดรตควรได้จากแป้ง ข้าว ผัก ผลไม้มากกว่าได้จากน้ำตาล ถึงแม้จะได้พลังงานเท่ากัน แต่น้ำตาลจะทำให้น้ำหนักเพิ่มมากกว่า และไขมันในเลือดสูงกว่า อาหารจำพวกแป้งที่ควรรับประทาน คือ ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวโพด และพืชจำพวกหัว ควรหลีกเลี่ยงขนมหวาน ของเชื่อม น้ำหวาน น้ำอัดลม ส่วนผลไม้ที่ควรรับประทานควรเป็นผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่ง และควรรับประทานผักทุกมื้อ และเกษม (2532)

กล่าวว่า ผู้ที่รับประทานอาหารมังสะวิรัติ จะทำให้ความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำได้ และเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อน รับประทานอาหารมังสะวิรัติเป็นเวลา 6 เดือน ก็สามารถลดความดันโลหิตได้เช่นกัน สอดคล้องกับแคลแพลน (Kaplan, 1987) พบว่าอาหารมังสะวิรัติ มีผัก และผลไม้ที่มีกาก และไขมันน้อย สามารถลดความดันโลหิตได้

2.3 การจำกัดอาหารไขมัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ใช้น้ำมันพืชแทนแต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มในการประกอบอาหาร ไม่ควรรับประทานอาหารที่ทอดหรือผัดน้ำมันมากๆ เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ข้าวเกรียบ ขาหมูทอด หมูสามชั้น เป็ดย่าง ห่านพะไล เป็นต้น ควรประกอบอาหารโดยใช้ไขมันไม่อิ่มตัว ที่มีกรดไลโนเลอิกมาก ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันรำข้าว ซึ่งมีส่วนช่วยลดไขมันในเลือดได้ ถ้าได้รับกรดไลโนเลอิก ร้อยละ 12 ของพลังงานที่ได้รับทุกวัน

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า การจำกัดอาหารได้มากจะให้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิต แต่ถ้าจะให้ผลแน่นอนยิ่งขึ้น แมคเกรเกอร์ และคณะ (Macgregor et al., 1982) แนะนำให้จำกัดอาหารไขมันควบคู่ไปกับการควบคุมน้ำหนัก

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย เป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้ออกซิเจนไหลเวียนทั่วร่างกาย ทำให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของหัวใจและปอด ระบบต่อมไร้ท่อทำงานดีขึ้น ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิตลดลง (คำรง, 2531; Tucker & Friedman, 1990 อ้างตามพร้อมจิต, 2539) และผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นเวลาหลายๆ ปี สามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเดินออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ½ - 4 ชั่วโมง จะช่วยป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูงได้ (กวี, 2536) นอกจากนี้ไฮโปธาลามัสและโอมัลเล่ (O'Brien & O'Malley, 1982) ยังพบว่าการออกกำลังกาย ทำให้การไหลเวียนของเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ อีกทั้งในขณะที่ออกกำลังกายร่างกายหลั่งสารเอนโดฟิน (endorphine) ช่วยทำให้จิตใจสบายสดชื่น และคลายความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ (Ranyan อ้างตามสุริย์, 2535) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (isotonic or dynamic exercise) อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เช่น การเดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน กายบริหาร เป็นต้น จะช่วยควบคุมและลดน้ำหนักตัว รวมทั้งช่วยลดความดันโลหิตลงได้ (Joint National Commtee ; 1988 อ้างตาม สุรางค์, 2533) แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric or static exercise) เช่น การยกแบกถาก ดึงของหนัก เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นถึงขีดอันตราย สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรงดเว้นการออกกำลังกายทุกชนิด จนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้แล้ว (เกษม, 2532)

นอกจากนั้นการออกกำลังกายควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรก ๆ ควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15-30 นาที ควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

4. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ชา กาแฟ และการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

4.1 การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรเลิกสูบบุหรี่ เพราะในบุหรี่หรือยาสูบมีสารนิโคติน ซึ่งจะกระตุ้นหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วแรง อีกทั้งนิโคตินยังมีฤทธิ์กระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสโลหิต ทำให้โลหิตแข็งตัวหลอดเลือดตีบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร หลอดเลือดในสมองตีบอัมพาตได้ (เพ็ญศรี, 2535) และที่สำคัญคือ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอุดตัน หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (myocardial infarction) ทำให้ผู้ป่วยเจ็บหน้าอก โรคนี้นพบในคนสูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่ (อุไรวัฒน์, 2530)

4.2 การเลิกดื่มสุรา การดื่มสุรา หรือแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เกิดโรคปลายประสาท มีผลเสียต่อตับและทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ (สุริย์, 2535) สุราจะเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้น และยังพบว่าอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเมื่อระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น ในผู้ที่ดื่มจัด 2-3 ออนซ์ต่อวัน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นนักดื่ม หากให้หยุดดื่มระดับความดันโลหิตจะลดลงเรื่อย ๆ และลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดลงต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมทั้งน้ำหนักตัวยังลดลงอีกด้วย (Puddly; 1987 อ้างตามสุรางค์, 2533) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายจากฤทธิ์ของยาอีกด้วย (Kochar & Daniels, 1978) ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงไม่ควรดื่มสุรา

4.3 การดื่มกาแฟ การดื่มกาแฟเพิ่มความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอทภายใน 15 นาที ภายหลังดื่มกาแฟประมาณ 2-3 ถ้วย (250 มิลลิกรัมของคาเฟอีน) ระดับความดันโลหิตจะสูงเช่นนี้ราว 2 ชั่วโมง การดื่มกาแฟประจำอาจจะไม่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (Robertson, et al., 1984)

4.4 การควบคุมน้ำหนัก น้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันมากกล่าวคือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยิ่งน้ำหนักตัวเพิ่มเร็วมากเท่าไร ความดันโลหิตจะยิ่งสูงขึ้น (The joint national committee on detection, evaluation and treatment of high blood pressure, 1988) เมื่อมีไขมันสะสม มากกว่าร้อยละ 25-30 ของร่างกาย ถือว่าเป็นโรคอ้วน (Bray, 1978 อ้างตามสาครและคณะ, 2534) การมีน้ำหนักตัวมากจะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดโลหิต ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ให้เพียงพอ จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และพบว่าคนอ้วนเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ 4-5 เท่า (วลัย, 2530) ผู้หญิงที่มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) มากกว่า 27.3 จะพบความดัน

โลหิตสูง (BP > 160/95 mmHg) มากกว่าคนมีดัชนีมวลกายปกติ 3.9 เท่า และเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตก็จะสูงขึ้น และเข้าสู่ปกติเมื่อน้ำหนักลดลง

จากการติดตามผล 20 ปี พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักปกติ มีความชุกโรคความดันโลหิตสูงต่ำที่สุด ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากที่สุด มีอัตราของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (สาครและคณะ, 2534; คุชฎี, 2532) ดังนั้นการลดน้ำหนักของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรลดน้ำหนักให้ได้ประมาณ ร้อยละ 15 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็น (กวี, 2536) ในการควบคุมน้ำหนักผู้ป่วยควรทราบว่าตนเองควรมีน้ำหนักที่เหมาะสม ดัชนีมวลกาย มีค่าระหว่าง 19-24 ในเพศหญิง ส่วนในเพศชายมีค่าระหว่าง 20-27 ในการคำนวณดัชนีมวลกายของโอไบรอันและโอแมลลี(O'Brien and O'Maley, 1982)มีดังนี้

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

5. การจัดการกับความเครียด การผ่อนคลายจะทำให้มีผลดีตอบสนองต่อประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยลดฮอร์โมนที่มีผลต่อประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนของร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจ และการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อเวนต์เกิด ลดความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) และความดันไดแอสโตลิก (diastolic) และเพิ่มคลื่นแอลฟาในสมอง (Pender, 1987) จากการศึกษานี้ของสุรางค์ (2533) พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรรู้จักวิธีการเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เช่น การป้องกันความเครียด การผ่อนคลายความเครียด เพราะความวิตกกังวล หรือความเครียด มีผลกระทบทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลหรือความเครียด ร่างกายจะหลั่งสารเคมีต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการเกร็งของกล้ามเนื้อตามสรีรวิทยาที่จะพร้อมสู้หรือหนี บุคคลที่มีความกดดันด้านจิตใจสูงหรืออยู่ในเหตุการณ์ที่ไม่เป็นสุขเป็นประจำ กล้ามเนื้อจะเกร็งเครียดจนกลายเป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย เมื่อถูกกระตุ้นจะวิตกกังวลง่าย อาจแปรปรวนเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

การป้องกันความเครียด หรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่ตนเอง กระทำได้หลายวิธี เช่น

- 1.) วางแผนจัดความเร่งด่วนของงาน มีสติ ไม่ทำอะไรอย่างรีบร้อนเกินไป เช่น การไปงานสายทำให้เกิดความเครียดได้ไม่เสี่ยงกับปัญหา เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นภายหลัง
- 2.) มองโลกในแง่ดี ควรให้ข้อมูลทางบวกแก่ตนเอง คิดในแง่ดี อย่าหวั่นวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง ทำตัวให้สดใส สร้างบรรยากาศที่ดี มีอารมณ์ขัน มนุษย์เท่านั้นที่มีเสียงหัวเราะ เสียงหัวเราะช่วยให้คลายเครียดได้

3.) แบ่งเวลาให้เหมาะสม ให้ค่ากับตนเอง การเกิดมาในแต่ละชาติเป็นโอกาสที่จะได้พัฒนาจิตวิญญาณให้สูงขึ้น จงทำในสิ่งที่อยากทำ ซึ่งเป็นผลดีแก่ตนเองและผู้อื่น และภาคภูมิใจกับผลงานที่ทำนั้นและให้เวลาแก่ตนเองเพื่อพักผ่อนร่างกายและจิตใจบ้าง เช่น ไปพักผ่อนหย่อนใจ ไปตากอากาศ หางานอดิเรกทำ ฯลฯ

4.) รู้จักให้อภัย ควรให้อภัยผู้อื่น รวมทั้งรู้จักให้อภัยตนเองไม่ยึดติด อย่าเสียเวลาคำคร่ำครวญกับสิ่งเลวร้าย หรือเรื่องไร้สาระจะทำให้เครียดได้

5.) การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาสม่ำเสมอ
วิธีแก้ไขและขจัดความเครียดมีได้หลายวิธีดังนี้

1.) การนอนหลับ เป็นวิธีธรรมชาติที่สุด ในการบรรเทาความเครียด การนอนหลับจะทำให้หัวใจเต้นช้าลง 10 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจช้าลง 4 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตลดลง

2.) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คือการปล่อยกล้ามเนื้อเป็นไปตามธรรมชาติ และการเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะที่ เพื่อกระตุ้นให้ประสาททำงานแรงขึ้น และคลายตัว โดยวิธีนี้จะขจัดโรคนอนไม่หลับลดกระบวนการคิด และอารมณ์ได้

3.) การใช้เวลาอย่างฉลาด คือการจัดการเวลาให้สมดุลกับภาระกิจ และวิถีชีวิต ต้องตระหนักถึงการใช้ชีวิตให้พอดี ไม่รีบร้อน เร่งรัดทำงานแข่งกับเวลาตลอด

4.) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะเป็นในร่มหรือกลางแจ้ง ย่อมช่วยให้ลดความเครียดได้ รวมทั้งงานอดิเรกที่ชอบทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน เป็นวิธีผ่อนคลายอารมณ์ได้เป็นอย่างดี

5.) โยคะและการทำสมาธิ มีหลักการให้เกิดพักผ่อนทางจิตใจ ไม่ฟุ้งซ่าน ความเหนื่อยและความเครียดทางจิตจะหายไป

6.) หลีกเลี่ยงการวิจารณ์ผู้อื่น เพราะการติเตียน การคิดถึงข้อบกพร่องของผู้อื่น อาจนำมาสู่การทะเลาะวิวาท ย่อมทำให้เกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น

การดูแลตนเองด้วยวิธีผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะเครียดที่มากเกินไป เพื่อมิให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ การผ่อนคลาย (relaxation) จะทำให้มีผลดีตอบสนองต่อประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโดยการลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจเวนตริเคิล ลดความดันโลหิตทั้งความดันตัวล่างและ ความดันโลหิตตัวบน และเพิ่มคลื่นไฟฟ้าแอลฟาในสมอง (Pender, 1987) มีผลตรงข้ามกับระยะตื่นเต้นเมื่อบุคคลมีความเครียด ซึ่งการเผาผลาญของ

ร่างกายจะมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ปวดหัว ปวดคอออก มีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกพฤติกรรมบำบัด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจลึกๆ การทำสมาธิและการขจัดความเครียดกับการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการติดตาม 4 ปี ผลคือ สามารถลดความดันโลหิตได้ซึ่งให้ผลในระยะยาว (Patel, et al., 1985) และมีรายงานสนับสนุนเกี่ยวกับการฝึกผ่อนคลาย และการสะท้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงพบว่าหลังจากฝึกนาน 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ (Litte; 1984 อ้างตามวาสนา, 2532)

6. การมาตรวจตามนัด การมาตรวจตามนัดถือว่าเป็นความร่วมมือใน การรักษา และถือว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง (จิรภา, 2532) แม้จะไม่มีอาการผิดปกติ แต่ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของโรค หรือรับการปรับเปลี่ยนยาตามสถานะของโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้มีโอกาสซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองตลอดจนทราบผลการควบคุมโรค ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และทราบสถานะของโรคในปัจจุบันได้ดี เมื่อมาตรวจทุกครั้งควรนำยาที่รับประทานมา เพื่อให้แพทย์หรือพยาบาลตรวจดูว่ารับประทานยาได้ถูกต้องหรือไม่ จากการศึกษาของคาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et al., อ้างตามจริยวัตร, 2534) พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่ร่วมมือในการรักษา คือ ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยประสพการณ์และระยะเวลาการรักษา และปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและการรักษา

จะเห็น ได้ว่าการปฏิบัติตัวเมื่อเป็น โรคขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย และปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคซึ่งจากการศึกษาของอรสา(2542) เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ตอบสนองต่อการรับรู้ความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูง ในแต่ละระยะการปฏิบัติตนดำเนินไปอย่างมีขั้นตอน และอย่างเป็นพลวัตร คือการกระทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และไม่หยุดนิ่งอยู่ที่เดิม แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงไป ตามระยะการรับรู้ ซึ่งมี 4 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 เมื่อรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง เป็นระยะที่ผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์ แล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการให้ความหมายว่าเป็นโรคที่รักษาหายและรักษาไม่หาย ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วยการจัดการเรื่องยาเป็น 2 แบบคือการรับประทานยาระยะสั้น กับรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การเลิกพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง คือการเลิกดื่มสุรา และเลิกสูบบุหรี่

ระยะที่ 2 ระยะที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงรักษาหายได้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยรับรู้ผลการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และการได้รับข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความดันโลหิตสูง ทำให้การให้ความหมายต่อการเป็นความดันโลหิตสูงเปลี่ยนไป จากการรับรู้ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่มีความหวังว่ารักษาหายได้ และการไม่มีอาการของความดันโลหิตสูง จึงรู้สึกเป็นปกติแล้ว

และการรับประทานยาทำให้มีอาการจากผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติตนในระยะนี้จึงเปลี่ยนจากการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา มาเป็นการใช้วิธีบำบัดทางเลือก ซึ่งประกอบด้วยการจัดการเรื่องยา เป็น 2 แบบคือ รับประทานยาเป็นครั้งคราวเวลามีอาการ และเลิกรับประทานยาเมื่อรู้สึกเป็นปกติ และการใช้วิธีบำบัดทางเลือกอื่นเพื่อรักษาความดันโลหิตสูงให้หาย โดยการใช้อสมุนไพรรักษา การทำวิปัสสนา การออกกำลังกาย และการประเมินผลการกระทำเกี่ยวกับการใช้วิธีบำบัดทางเลือกอื่นว่า ได้ผลหรือไม่ ได้ผล ซึ่งเมื่อได้ผล ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะใช้วิธีที่เลือกนั้นต่อไปและเมื่อไม่ได้ผลจะเลิกการกระทำวิธีนั้น

ระยะที่ 3 ระยะที่รับรู้ว่ามีชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการซึ่งรับรู้ว่ามีอาการของความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงกระทบการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีชีวิต พบในผู้ที่ได้เลิกการติดตามการรักษาด้วยแพทย์ และไม่ได้รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง กลับมามีอาการของความดันโลหิตสูงอีก และการได้รับข้อมูลที่สะท้อนสถานะความเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้กลัวโรคแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือ การเป็นอัมพาตและโรคหัวใจ และผู้ป่วยเรียนรู้แผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อรักษาชีวิต ในระยะนี้จึงมีการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตตนเอง ดำรงบทบาทตามหน้าที่ในสังคม และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในระยะนี้ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการจัดการเรื่องยา โดยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด การเลิกพฤติกรรมที่เป็นอันตราย โดยเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การกำกับประเมินผลตนเอง โดยสังเกตแบบแผนอาการของตนเอง การวัดความดันโลหิตและการเฝ้าระวัง การจัดการกับความเครียด โดยการปรับภาวะอารมณ์ การแก้ปัญหา และการแสวงหาความรู้

ระยะที่ 4 ระยะที่รับรู้ว่ามีโรคประจำตัว เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าเป็นความดันโลหิตสูงรักษาไม่หาย แต่สามารถควบคุมให้เป็นปกติได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ ผู้ป่วยเรียนรู้การมีชีวิตอยู่กับการมีโรคประจำตัว ในระยะนี้จึงมีการปฏิบัติตนอย่างยืดหยุ่น เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ ให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุขแม้จะมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว การปฏิบัติตนจึงยืดหยุ่น ซึ่งประกอบด้วย การจัดการเรื่องยา โดยรับประทานยาอย่างยืดหยุ่น การจัดการกับอาการที่เกิดจากความเครียด การอดนอน การจัดการเรื่องอาหาร และการสร้างความมั่นคงทางจิตใจ โดยการทำให้ยอมรับ การปรับเป้าหมาย และการมองสถานการณ์ไม่รุนแรง

การที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเคลื่อนย้ายการดูแลตนเองจากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่งและมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองในแต่ละระยะ เนื่องจาก ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและผลของ

การกระทำกิจกรรมการดูแลที่ผ่านมา และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ทำให้ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการดูแลตนเอง เป็นระยะๆ ตามประสบการณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1986) และจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะ โดยเฉพาะในภาวะเครียดหรือในสถานการณ์วิกฤต รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนที่มีความสามารถไม่ต่างกัน แต่ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองแตกต่างกันอาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้

การรับรู้สมรรถนะของตนจะมีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรม เช่น การพยายามลดปริมาณการใช้น้ำ การดื่มเหล้าหรือการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย หรือการฝึกการผ่อนคลาย ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ถ้าเป็นสิ่งที่ตนรับรู้ว่าจะประสบความสำเร็จ รวมทั้งระยะเวลาที่ยังมีการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลซึ่งอาจจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในทางลบ เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับภาวะคุกคามที่บ่งบอกถึงความล้มเหลว (Lawrance & McLeroy, 1986) นอกจากนั้นการรับรู้สมรรถนะของตนเองยังมีอิทธิพลต่อตัวแปรด้านจิตสังคมด้วย กล่าวคือบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะคาดหวังว่าตนจะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมนั้น และได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังของตน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ด้วย ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังว่าจะมีความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมนั้น และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวัง เป็นผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง (Hjelle & Ziegler, 1992) และ โอเลียรี่ (O'Leary, 1985) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองไปใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง การควบคุมความเจ็บปวดและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายการแสดงออกของพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง ทำ

ให้มีการลดลงของน้ำหนัก ได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ และกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงเป็นกลุ่มที่มีอำนาจการควบคุมภายใน (internal locus of control) สูงด้วยเช่นกัน (Weinburg, et al., 1984 cited by Fleury, 1992) ไคคลีเมนเต้ (Diclemente, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการกลับไปสูบบุหรี่อีกผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ จะกลับไปสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นตัวทำนายถึงการกลับไปสูบบุหรี่อีก ได้ดีกว่าปัจจัยส่วนบุคคล นอกจากนี้โอตเคอร์-แบล็คและคณะ (Oetker-Black, et al., 1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการผ่าตัด และพฤติกรรมภายหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี (cholecystectomy) จำนวน 68 ราย พบว่าคะแนนของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมภายหลังผ่าตัด ซึ่งได้แก่การหายใจลึกๆ การลุกจากเตียงเร็ว และการทบทวนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดหวัง ส่วนคะแนนความคาดหวังผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอยาบรรเทาปวดภายหลังผ่าตัด

จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) บุคคลจะสามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้จาก 4 แหล่ง คือ

1. ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อน (enactive attainments or performance accomplishment) การมีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน หรือรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเคยประสบความล้มเหลวในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ มาก่อน จะแสดงออกถึงการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับต่ำ แต่อย่างไรก็ตามบุคคลยังมีโอกาสที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ ถ้าได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอ ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ก็พร้อมๆ กับการได้รับแรงเสริม ทำให้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้เช่นกัน (Hjelle & Ziegler, 1992) จากการศึกษาการฝึกโยโยไฟต์แบคร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะทำให้ผู้ฝึกสามารถจะควบคุมการทำงานของร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจได้ด้วยตนเองซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าการประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับแนวคิดของแคพแลนและคณะ (Kaplan, et al., 1984) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจง การสร้างประสบการณ์ให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมใด ผู้ป่วยจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการทำกิจกรรมนั้นเพิ่มขึ้น นอกจากนี้รูซและคณะ (Ruiz, et al., 1992) ได้ศึกษาพบว่า การทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถออกกำลังกายได้ จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเดินได้เพิ่มขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่ว่าเมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ตนต้องเผชิญ และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินกำลังความสามารถของตน จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความอดทนอุสาหะ และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ

2. การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือ ได้เห็นแบบอย่าง (vicarious experience or modeling) แม้ว่าจะมีอิทธิพลไม่มากนักเหมือนกับกรณีที่เคยมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมาก่อน แต่ก็จะสามารถทำให้ผู้สังเกตมีการรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นกัน ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้ดีกว่ามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้แบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนก็จะสามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้ การที่ได้สังเกตบุคคลอื่นแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์แบบเดียวกันและได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตเกิดประสบการณ์ทางอ้อม ที่ทำให้คิดคล้ายกันว่า ผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3. การได้รับการชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) การรับรู้สมรรถนะของตนเองอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้แนะให้มีความเชื่อว่าคุณมีความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้ แต่ความสำเร็จในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยวิธีนี้ อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความชำนาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง แรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรมรวมทั้งสถานการณ์นั้นๆด้วย (Desmond & Price, 1988)

4. ปฏิกริยาตอบสนองของร่างกายหรือการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (physiologic response or emotional arousal) ความกลัวหรือความวิตกกังวลที่เป็นผลจากการที่บุคคลเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามนั้น ถ้ามีในระดับสูงอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ (Lawrance & McLeroy, 1986) กล่าวคือ หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลสูงจะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นหรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ไคโรริโอและคณะ (Dilorio, et al., 1996) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคลมชักที่เข้าร่วมโปรแกรมฝึกอาชีพ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายระดับความวิตกกังวลได้และความวิตกกังวลที่สูง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง นอกจากนี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่สูงในผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นตัวทำนายการกระทำพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมมาเสมอ (Ruiz, et al., 1992) คavanaugh และ โบเวอร์ (Kavanaugh & Bover, 1985 cited by Ruiz, et al., 1992) สนับสนุนคำกล่าวของแบนดูราที่ว่า การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ และทางสรีระจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เขากล่าวว่า การรับรู้

สมรรถนะของตนเองและภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองเปลี่ยนแปลงไปด้วย

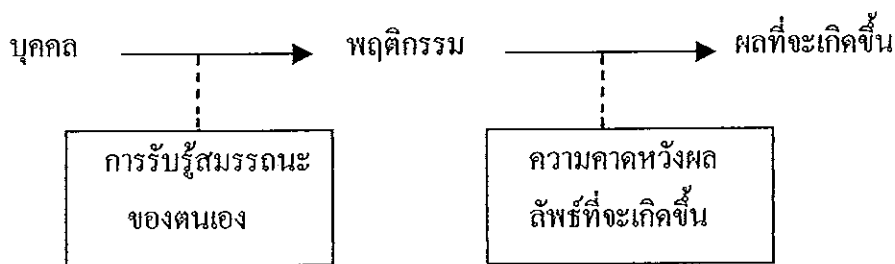
4. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ

การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ หรือไม่ นอกจากจะขึ้นอยู่กับความรู้สมรรถนะของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (outcome expectancy) แบนดูรา (Bandura, 1991 cited by Conn, 1998) กล่าวว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นความเชื่อถึงผลที่จะตามมาภายหลังจากกระทำพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากนี้ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญในการจูงใจ และตัดสินใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้น ไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม เพราะบุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมสำเร็จได้ง่ายถ้าขาดแรงจูงใจ (incentive) (Bandura, 1986) มีงานวิจัยต่างๆ พบว่า ความเชื่อในผลของพฤติกรรมที่เป็นทางบวก มีความสำคัญเช่นการศึกษาของของคิวอลโตสกี (Dewaltowski, 1994) ที่พบว่าผู้หญิงสูงอายุที่ออกกำลังกายเนื่องจากมีความเชื่อผลทางด้านบวกภายหลังจากออกกำลังกายคือ ทำให้คนรู้สึกสดชื่นมากกว่าความเชื่อทางด้านลบคือ หลังจากการออกกำลังกายทำให้คนมีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย นอกจากนี้ มีการศึกษาความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการใช้แปรงสีฟัน และไหมขัดฟัน พบว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นทางด้านบวก คือการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน ทำให้ฟันทนทานมีฟันใช้ตลอดชีวิต และป้องกันไม่ให้ล้มหายใจมีกลิ่นเหม็น ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นทางด้านลบ คือการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน ทำให้ร่องซี่ฟันห่าง (Stewart, et al., 1997) และจากการศึกษาในหญิงที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ใช้ฮอร์โมนทดแทน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทน จะช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ และสามารถช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือนได้ (Ali, 1998) ส่วนกลุ่มที่เลิกใช้ฮอร์โมนทดแทนเนื่องจากมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนอย่างเดียวน่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ จึงเกิดความกลัว ส่งผลให้เลิกใช้ฮอร์โมนทดแทน (Rother et al., 1990) และมีการศึกษา ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหยุดสูบบุหรี่ ในคนงานชายในโรงงานแบตเตอรี่ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า บุคคลที่หยุดสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความคาดหวังต่อประโยชน์ ที่ได้รับจากการหยุดสูบบุหรี่ คือ ทำให้ลด ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจ และหลอดเลือด (อภิสิทธิ์, 2538) นอกจากนี้มีการศึกษาถึงความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า การใช้ถุงยางอนามัย ทำให้สามารถป้องกันโรคที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ และส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่มีความเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ รบกวนความสุขในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัยลดลงด้วย (Annis & Davis, 1988) จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ หรือไม่

นอกจากจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้ว จะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความตื่นกลัวน้อยลง

5. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้สมรรถนะของตนเองนั้นเกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เบนดูรา(Bandura,1986) ได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่าง ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (Bandura,1986)

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้น จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นจึงมี 2 ประการที่จะช่วยให้บุคคล กระทำในพฤติกรรมที่มุ่งหวัง คือบุคคลนั้น ต้องเห็นว่าพฤติกรรมนั้นๆ น่าจะให้ผลลัพธ์ตามที่คนต้องการ และบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ (Bandura,1986) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น นั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ตัวนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำ พฤติกรรมนั้นๆ เช่น ผู้หญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะตัดสินใจใช้ฮอร์โมนทดแทน เนื่องจากมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทน สามารถช่วยบรรเทาอาการจากภาวะหมดประจำเดือน ป้องกัน โรคกระดูกพรุน โรคหัวใจ หรือ โรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากการหมดประจำเดือน และตัวเขาเองก็สามารถ ที่จะเลือกใช้ฮอร์โมนทดแทนได้ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทน ทำให้เป็นมะเร็งได้ บุคคลนั้นก็ตัดสินใจ ไม่เลือกวิธีการใช้ฮอร์โมนทดแทน (Ali,1998) นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยต่างๆ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมาก เช่น การศึกษาของวูลเฟิร์ตและแวน (Wulfert & Wan,1993) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น จากการใช้ถุงยางอนามัย ในนักศึกษาที่เรียนจิตวิทยา จำนวน 200 คน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง เป็นกลุ่มที่มีเพศ

สัมพันธ์แบบต่างเพศ (heterosexual) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความคาดหวังว่า การใช้ถุงยางอนามัย จะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคได้ จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการใช้ถุงยางอนามัย มากกว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังว่า การใช้ถุงยางอนามัย ทำให้รบกวนความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาของสตีวอร์ท และคณะ (Stewart et al.,1997) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันสูง เนื่องจากมีความเชื่อว่า การแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน จะทำให้มีฟันใช้ตลอดชีวิต ป้องกันโรคฟันผุ และป้องกันลมหายใจมีกลิ่นเหม็น ส่วนกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ เนื่องจากมีความเชื่อว่า การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันวันละ 2 ครั้ง จะทำให้ร่องซี่ฟันห่าง

สรุป

หญิงวัยกลางคนเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจำเป็นต้องมีการปฏิบัติด้านสุขภาพด้านต่างๆดังนี้ คือ ด้านการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด เพื่อสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข การปฏิบัติดังกล่าว ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เห็นได้จากการทบทวนเอกสารและรายงานการวิจัยต่างๆพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีผลกระทบต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ แต่สำหรับผู้ป่วยหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมาอย่างน้อย 3 เดือน เข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ของจังหวัดนครศรีธรรมราชมีจำนวนทั้งหมด 11 โรงพยาบาล ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2542

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นครั้งนี้เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลปากพนัง โรงพยาบาลลานสกา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยอาศัยสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาตัวที่ แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2540 ถึงเดือนเมษายน 2541 ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลปากพนัง โรงพยาบาลลานสกา ได้จำนวน 870 ราย จึงใช้ขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 25 ของประชากร (Arkin & Colton, 1963 อ้างตามเพชรน้อย, 2535) ดังนั้นการเก็บข้อมูลครั้งนี้จึงเก็บข้อมูลทั้งหมด 218 ราย

กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้

1. ต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หรือเป็นโรคเรื้อรังอื่นที่กำลังรักษา ร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกตัวแทนของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โดยการเลือกแบบเจาะจงมาจำนวน 4 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตัวแทนจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลท่าศาลาและ โรงพยาบาลปากพนัง ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง และ โรงพยาบาลลานสกา ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

ขั้นตอนที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล จากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เป็นสัดส่วนดังนี้

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช	จำนวน 152 ราย
โรงพยาบาลท่าศาลา	จำนวน 31 ราย
โรงพยาบาลปากพนัง	จำนวน 20 ราย
โรงพยาบาลลานสกา	จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ระดับของสุขภาพ แหล่งของคำแนะนำที่ได้รับ

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ

ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน ใน 1 สัปดาห์)

- ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้มาก (ปฏิบัติ 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์)
- ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ปานกลาง (ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์)
- ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้น้อย (ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์)
- ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ (ไม่ปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์)

เกณฑ์ของคะแนนรายข้อและ โดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสอบถามมีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นของแบนดูรา (Bandura, 1986) และจากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ

ในแต่ละข้อเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าผลการปฏิบัตินั้นมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าผลการปฏิบัตินั้นมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าผลการปฏิบัตินั้นมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าผลการปฏิบัตินั้นมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าผลการปฏิบัตินั้นไม่มีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้เลย

เกณฑ์ของคะแนนรายชื่อและโดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสอบถามมีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการปฏิบัติด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนเอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

การปฏิบัติด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ

การปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ

การปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

การปฏิบัติด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ

การปฏิบัติด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 6 ข้อ

การปฏิบัติด้านการตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ

ในการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง ในแต่ละข้อเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบมากที่สุด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆมาก (ปฏิบัติทุก 5-6 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆปานกลาง (ปฏิบัติทุก 3-4 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ผู้ตอบได้ปฏิบัติในข้อนั้นๆน้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ผู้ตอบไม่ปฏิบัติในข้อนั้นๆเลย

เกณฑ์ของคะแนนรายข้อและโดยรวม กำหนดจากจุดกึ่งกลางของคะแนน 5 ระดับ ของแบบสอบถามมีดังนี้

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยมาก

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยในช่วง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (validity)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางอายุรศาสตร์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความชัดเจน ความถูกต้องของภาษา และความตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำมาใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจ และปรับปรุงแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อศึกษาหาความบกพร่องของแบบสอบถาม และความเข้าใจในเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนที่จะนำไปใช้จริง

แบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้ว ได้นำมาหาค่าความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟา (coefficient alpha) ตามวิธีของครอนบาช (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงโดยรวมของการรับรู้

สมรรถนะของตนเอง เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยง โดยรวมของการคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เท่ากับ 0.96 ค่าความเที่ยง โดยรวมของการปฏิบัติด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษารายงานประวัติกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ
4. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามและสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for social science/personal computer)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสามารถในการทำนาย ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของ หญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=218)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
40-44	29	13.30
45-49	50	22.94
50-54	57	26.15
55-59	82	37.61
สถานภาพสมรส		
โสด	11	5.00
ม้าย/แยกกันอยู่	24	11.10
คู่	183	83.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	4.10
ประถมศึกษา	175	80.30
มัธยมศึกษา /ปวช	12	5.50
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	22	10.10
ศาสนา		
อิสลาม	21	9.60
พุทธ	197	90.40
อาชีพ		
รับราชการ	21	9.60
รับจ้าง /ค้าขาย	45	20.70
แม่บ้าน /อยู่บ้านเฉยๆ	46	21.10
เกษตรกรรวม	106	48.60

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=218)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
1,000-2,000		20.64
2,001-4,000		48.62
4,001-6,000		15.60
6,001 ขึ้นไป		15.14

จากตาราง 1 หญิงวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี ร้อยละ 37.61 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.90 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.40 มีเพียงร้อยละ 9.60 ที่นับถือศาสนาอิสลาม ระดับการศึกษามีตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงมีการศึกษาระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.30 และยังมีผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 4.10 การประกอบอาชีพมีทั้งรับราชการ รับจ้าง ค้าขายแม่บ้าน อยู่บ้านเฉยๆ และเกษตรกรรวม เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.60 ส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนตัว เฉลี่ยเดือนละ 2,001-4,000 บาท ร้อยละ 48.62

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ของหญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n=218)	ร้อยละ
การรับรู้ระดับของสุขภาพ		
ไม่ดี (ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดมีน ศีรษะ ใจเต้น หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยง่าย เครียด)	84	38.50
พอใช้	62	28.40
ดี	72	33.10
ค่าดัชนีมวลกาย (ก.ก./ ม²)		
≤24.99 กิโลกรัม/เมตร ²	79	36.20
25.00-29.99 กิโลกรัม/เมตร ²	80	36.70
≥30.00 กิโลกรัม/เมตร ²	59	27.10
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก		
ปกติ (≤140)	162	74.30
สูงเล็กน้อย (141-180)	29	13.30
ปานกลางถึงรุนแรง (>180)	27	12.40
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก		
ปกติ (≤90)	176	80.70
สูงเล็กน้อย (91-105)	28	12.80
ปานกลางถึงรุนแรง (>105)	14	6.50
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)		
≤1	57	26.10
2	42	19.30
3	24	11.00
4	19	8.70
≥5	76	34.90

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n=218)	ร้อยละ
แหล่งของคำแนะนำที่ได้รับจาก		
แพทย์	186	71.54
พยาบาลประจำคลินิกความดันโลหิตสูง	31	11.92
นักโภชนาการ / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	12	1.93
ญาติพี่น้อง/สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และเอกสารต่างๆ	12	5.00
ไม่ได้รับคำแนะนำ	18	6.92
เรื่องที่ได้รับคำแนะนำ		
การรับประทานยา	153	31.68
การควบคุมอาหาร	154	31.88
การออกกำลังกาย	154	31.88
การจัดการกับความเครียด	2	0.42
การมาตรวจตามนัด	20	4.14
ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตสูง		
ควบคุมได้จาก	210	96.30
เคยควบคุมสำเร็จด้วยตนเองมาก่อน	121	36.76
การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น	1	0.30
การได้รับคำแนะนำจากคนอื่น	95	28.86
จากความกลัว	100	30.38
ควบคุมไม่ได้	8	3.70

จากตาราง 2 หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี คือมีอาการปวดมีนสิริระ ใจสั่น หน้ามืด เป็นลมบ่อย เหนื่อยง่าย และเครียด ร้อยละ 38.50 มีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับหรือมากกว่า 25.00 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปซึ่งจัดอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 63.80 มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 74.30 และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในระดับปกติร้อยละ 80.70 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 34.90 เฉลี่ย 4.10 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.54 จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์

เรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ 11.92 ที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากเคยควบคุมสำเร็จด้วยตนเองมาก่อน ร้อยละ 36.67 และจากความกลัวร้อยละ 30.38

ตาราง 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคน

รายการ	\bar{X}	S.D	ระดับ
การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม	3.47	0.50	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	4.75	0.46	สูง
ด้านการมาตรวจตามนัด	4.71	0.51	สูง
ด้านการควบคุมอาหาร	4.30	0.64	ค่อนข้างสูง
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.97	0.75	ค่อนข้างสูง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.94	0.53	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.78	1.20	ปานกลาง
ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นโดยรวม	3.05	0.47	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	4.45	0.85	ค่อนข้างสูง
ด้านการมาตรวจตามนัด	4.30	0.93	ค่อนข้างสูง
ด้านการควบคุมอาหาร	3.20	0.74	ปานกลาง
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	2.77	0.85	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.30	0.63	ค่อนข้างต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	2.09	1.07	ค่อนข้างต่ำ
การปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวม	3.42	0.50	ปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	4.51	0.64	มากที่สุด
ด้านการมาตรวจตามนัด	4.37	0.49	มาก
ด้านการควบคุมอาหาร	4.20	0.66	มาก
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	3.91	0.71	มาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.85	0.54	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.64	1.15	ปานกลาง

จากตาราง 3 หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผล
ลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละและร้อยละของหญิงวัยกลางคนจำแนกตาม ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพ

	สูง		ค่อนข้างสูง		ปานกลาง		ค่อนข้างต่ำ		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม	0	0	103	47.2	115	52.8	0	0	0	0
ด้านการรับประทานยา	167	76.6	48	22.0	3	1.40	0	0	0	0
ด้านการควบคุมอาหาร	85	39.0	115	52.8	16	7.30	2	0.9	0	0
ด้านการออกกำลังกาย	22	10.1	50	22.9	30	13.8	92	42.2	0	0
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	73	33.5	107	49.1	32	14.7	6	2.8	0	0
ด้านการจัดการกับความเครียด	0	0	25	11.5	155	71.1	38	17.4	0	0
ด้านการมาตรวจตามนัด	164	75.2	46	21.1	7	3.2	1	0.5	0	0
ความคาดหวังผลลัพธ์โดยรวม	0	0	30	13.8	168	77.1	20	9.2	0	0
ด้านการรับประทานยา	127	58.3	76	34.9	7	3.2	1	0.5	7	3.2
ด้านการควบคุมอาหาร	7	3.2	62	28.4	119	54.6	28	12.8	2	0.9
ด้านการออกกำลังกาย	0	0	31	14.2	44	20.2	57	26.1	86	39.4
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1	0.5	44	20.2	91	41.7	69	31.7	13	6
ด้านการจัดการกับความเครียด	0	0	9	4.1	132	60.6	76	34.9	1	0.5
ด้านการมาตรวจตามนัด	116	53.2	68	31.2	24	11.0	4	1.8	6	2.8
การปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวม	0	0	92	42.2	126	57.8	0	0	0	0
ด้านการรับประทานยา	135	61.9	82	37.6	1	0.5	0	0	0	0
ด้านการควบคุมอาหาร	71	32.6	121	55.5	24	11.0	2	0.9	0	0
ด้านการออกกำลังกาย	10	4.6	54	24.8	38	17.4	80	36.7	36	16.5
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	40	18.3	126	57.8	45	20.6	7	3.2	0	0
ด้านการจัดการกับความเครียด	0	0	19	8.7	149	68.3	50	22.9	0	0
ด้านการมาตรวจตามนัด	130	59.6	72	33.0	15	6.9	1	0.5	0	0

จากตาราง 4 เมื่อพิจารณา รายด้านส่วนใหญ่ ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ด้านการรับประทานยา และด้านการมาตรวจตามนัด อยู่ในระดับสูง รองลงมา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับต่ำถึงค่อนข้างต่ำ

ตาราง 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ตัวแปร	1	2	3
1. การปฏิบัติด้านสุขภาพ	1.000		
2. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยรวม	0.902*	1.000	
3. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยรวม	0.432*	0.493*	1.000

* $p < 0.001$

จากตาราง 5 พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.902, p < 0.001$) ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.432, p < 0.001$)

ตาราง 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. การปฏิบัติด้านสุขภาพ	1.000												
ความคาดหวัง													
2. ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	0.252*	1.000											
3. ด้านการรับประทานยา	-0.052	0.378	1.000										
4. ด้านการออกกำลังกาย	0.659*	0.426	0.327	1.000									
5. ด้านการควบคุมอาหาร	0.385*	0.494	0.375	0.490	1.000								
6. ด้านการมาตรวจตามนัด	0.097*	0.388	0.696	0.348	0.350	1.000							
7. ด้านการจัดการกับความเครียด	0.329*	0.319	0.348	0.341	0.416	0.222	1.000						
การรับรู้													
8. ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	0.566*	0.340	0.700	0.280	0.333	0.090	0.027	1.000					
9. ด้านการรับประทานยา	0.305*	0.172	0.314	0.235	0.182	0.314	0.126	0.228	1.000				
10. ด้านการออกกำลังกาย	0.775*	0.188	0.710	0.804	0.268	0.177	0.141	0.328	0.222	1.000			
11. ด้านการควบคุมอาหาร	0.446*	0.339	0.036	0.279	0.448	0.087	0.154	0.471	0.322	0.254	1.000		
12. ด้านการจัดการกับความเครียด	0.534*	0.010	-0.125	0.198	0.219	-0.089	0.664	0.125	0.116	0.263	0.168	1.000	
13. ด้านการมาตรวจตามนัด	0.460*	0.109	-0.006	0.258	0.170	0.476	0.016	0.407	0.355	0.316	0.232	0.160	1.000

*p<0.001

หมายเหตุ ; ความคาดหวัง หมายถึง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
การรับรู้ หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

จากตาราง 6 พบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = 0.097, 0.252, 0.329, 0.385, 0.659, p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการรับประทานยาไม่มีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.052, p > 0.05$)

การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.305, 0.446, 0.460, 0.534, 0.566, p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.775, p < 0.001$)

ตาราง 7 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	R	R ²	b	β	t	P-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	0.901	0.813	0.849	0.902	4.14	0.000
ค่าคงที่		10.10				
SE B = 4.255						

จากตาราง 7 เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.001 มีเพียง 1 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เมื่อนำตัวแปรเหล่านี้มาสร้างสมการเพื่อใช้ทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สมการที่ได้มีความสามารถในการทำนาย ร้อยละ 81.30

ตาราง 8 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	R	R ²	b	β	t	P-value
การรับรู้						
ด้านการออกกำลังกาย	0.774	0.600	1.223	0.774	18.017	0.000
ด้านการจัดการกับความเครียด	0.847	0.717	1.363	0.355	9.455	0.000
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	0.903	0.817	0.958	0.333	10.784	0.000
ด้านการตรวจตามนัด	0.909	0.826	0.991	0.110	3.441	0.000
ด้านการควบคุมอาหาร	0.914	0.835	1.680	0.109	3.443	0.007
ความคาดหวัง						
ด้านการตรวจตามนัด	0.916	0.841	-0.684	-0.115	-3.339	0.001
ด้านการออกกำลังกาย	0.919	0.846	0.278	0.145	2.892	0.004
ค่าคงที่		23.667				
SE B = 3.020						

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัว พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 7 ตัวคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหาร ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านการตรวจตามนัด และด้านการออกกำลังกาย ส่วนตัวแปรอีก 5 ตัวที่ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา ความคาดหวังผลลัพธ์ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการรับประทานยา จากผลการวิเคราะห์พบว่าจากทั้งหมด 7 ตัวแปร มี 6 ตัวแปรที่มีผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ คือการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหาร และความคาดหวังผลลัพธ์ด้านการออกกำลังกาย ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ด้านการตรวจตามนัดมีผลเชิงลบ ตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 84.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การปฏิบัติด้านสุขภาพ และหาความสามารถในการทำนาย ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55 - 59 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของพร้อมจิต (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ถ้าเรีการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุทรนิจ (2539) ที่ศึกษาในหญิงวัยกลางคนที่หมคประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีต กำหนดให้ประชากรไทยทุกคน มีการศึกษาขั้นต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา (วันดี, 2538) ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นชุมชนชนบท โดยมากจึงประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำนา ทำสวน มีรายได้น้อย เฉลี่ยเดือนละ 2,001 - 4,000 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุทรนิจ (2539) ที่ศึกษาในหญิงวัยกลาง ที่หมคประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับที่ไม่ดี คือ มีอาการปวดศีรษะ มีนศีรษะ ไม่สบายจากการปวดเมื่อยตามร่างกายมากที่สุดและสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2540) ที่พบว่าส่วนใหญ่หญิงวัยกลางคนในประเทศไทยมีอาการดังกล่าว ทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจาก กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมคประจำเดือน หรือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง และหญิงวัยกลางคนที่ทำการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ The san antonio Heart study ในคนเม็กซิกัน และอเมริกัน คอเคเซียน 2,930 ราย อายุ 25 - 60 ปี ทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกของความอ้วน ร้อยละ 75.00 (ฉายศรี, 2538) โดยมากได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ขณะที่แพทย์กำลังตรวจรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการแนะนำเฉลี่ย ประมาณ 1 - 2 นาที เรื่องที่ได้รับคำแนะนำเป็นเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย มีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา (2533) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่รักษา มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ตอบว่าได้รับคำแนะนำจากพยาบาล อาจเป็นเพราะ ในแผนกผู้ป่วยนอกพยาบาล มักทำหน้าที่ในการจัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ การให้ความรู้กับผู้ป่วยมักจะกระทำในรูปแบบอื่น เช่น การใช้ภาพประกอบเสียง การแจกเอกสาร หรือคู่มือปฏิบัติคนแทนการให้คำแนะนำโดยตรง หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน

การเห็นคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาไม่หาย เช่น พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา และเพื่อนบ้าน ส่วนการรับประทานยา เป็นสิ่งที่ไม่ยากในการปฏิบัติไม่ทำให้วิถีการดำเนินชีวิต ของหญิงวัยกลางคน เปลี่ยนไปมากนัก และการมาตรวจตามนัด เดือนละ 1 ครั้งไม่ทำให้เสียเวลามากและได้รับยาที่สามารถควบคุมความดันโลหิต ได้วัดความดันโลหิตว่าปกติหรือไม่ การมาตามนัดทำให้ได้รับการตรวจ กำลังใจจากแพทย์และช่วยคลายความเครียด มีระยะเวลาการเป็นโรคนานกว่า 5 ปี ทำให้หญิงวัยกลางคนได้เรียนรู้ ได้ประโยชน์ และการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งทำให้มีอาการดีขึ้น จึงมาตรวจตามนัดทุกครั้ง หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่จึงมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ด้านการรับประทานยาและด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง ดังคำกล่าวของเบนดูรา (Bandura,1986) ที่กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม และเมื่อปฏิบัติแล้วให้ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการ

ด้านการควบคุมอาหารมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับมาก แตกต่างกับการศึกษาของ คินเจอร์และกลาสโกว(Kingerly and Glasgow, 1987) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์มากที่สุด ในเรื่องการควบคุมอาหารเค็ม อาหารมัน และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง จากการสอบถามหญิงวัยกลางคนบอกว่า เมื่อทดลองควบคุมอาหารเค็ม อาหารมันแล้วทำให้ความดันโลหิตลดลง อย่างทันทีแต่ถ้ากินเค็ม กินมันแล้ว ความดันจะขึ้น รู้สึกมีน้ำหนั มึนงงทันทีปวดตามแขนและขา และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ก็กินน้อยลง และไม่มีความชอบอาหารดังกล่าว นอกจากนี้หญิงวัยกลางคนยังสามารถควบคุมอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงได้เนื่องจากส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน ต้องควบคุมน้ำหนักตัวให้ปกติ โดยหญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินบอกว่า ถ้าอ้วนขึ้น ความดันจะขึ้น มันจะปวดหัวบ่อย จะเห็นได้ว่าหญิงวัยกลางคนใช้ความรู้จากการได้ข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นเกณฑ์ ในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารทั้งในส่วนลดปริมาณอาหารและหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อโรค สอดคล้องกับคำกล่าวของเบนดูรา(Bandura,1986)ที่ว่าวิธีการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการกระทำร่วมกับการพูดชักจูง สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้

นอกจากนี้หญิงวัยกลางคนยังมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนเป็นเพศหญิง ไม่มีการดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่มาก่อน และหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่เมื่อมีอาการท้องผูกสามารถจัดการดูแลตนเองไม่ให้มีอาการท้องผูกโดยการใช้ยาระบายและใช้สมุนไพร และเมื่อมีอาการนอนไม่หลับก็รับประทานยานอนหลับที่แพทย์สั่ง ส่งผลให้หญิงวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับค่อนข้างสูง แต่ก็ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการควบคุมน้ำหนักตัว ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากหญิงวัยกลางคนประมาณ 2 ใน 3 ของหญิงวัยกลางคนทั้ง

หมก มีภาวะน้ำหนักเกิน และจากการสอบถามหญิงวัยกลางคน บอกว่า เคยพยายามควบคุมน้ำหนักตัว แต่ไม่ได้ผลสอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา(Bandura, 1986) ที่กล่าวว่าบุคคล ถ้าเคยประสบความสำเร็จล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมนั้นมาก่อน อาจส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองลดต่ำลงเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เดิม

ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการจัดการกับความเครียดและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคน ส่วนใหญ่ เมื่อมีความเครียดจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการจัดการกับความเครียด โดยการจัดการกับอารมณ์ เพียงวิธีเดียว เช่น อยู่เงียบๆ คนเดียว นอนหลับ เดินเล่น ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า เป็นวิธีที่ง่ายที่สุด และตรงกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง เมื่อพฤติกรรมนั้นปฏิบัติไม่ยาก นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธ หรือเครียดบ่อยได้ในระดับปานกลางเท่านั้น เนื่องจากการควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธ หรือเครียดบ่อย เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และนอกจากนี้ หญิงวัยกลางคนยังอยู่ในวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือนจะมีอารมณ์หงุดหงิดเปลี่ยนแปลงได้ง่าย (สุพรรณิจ, 2539)

สำหรับกลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องทำงานใช้แรงงาน เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ มีการรับรู้ถึงระดับของสุขภาพว่าสุขภาพของตน อยู่ในระดับพอใช้ถึงระดับดี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติและภาวะน้ำหนักเกิน จะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ยังขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (วิไลวรรณ, 2539) จากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ปวดมีนศีรษะ ปวดเข่า อ่อนเพลีย หน้ามืดเป็นลมบ่อย และมีภาวะน้ำหนักเกินถึงอ้วนมาก และส่วนใหญ่จะมีอายุ อยู่ในช่วง 55-59 ปี สภาวะที่ร่างกายมีปัญหา จากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยสูงอายุ การมีโรคประจำตัว หรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายในระดับต่ำได้ (Baron, 1988) เกร็มโบว์สกีและคณะ (Grembowski et,al.,1993)กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจากหนุ่มสาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรค หรือการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกาย ที่ อาจเป็นเพียงจินตนาการ หรือเรื่องจริง ก็มีผลโดยตรงต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายได้ (Bandura,1986 ;Pender, 1987) ดังเช่น จากการสอบถามผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายในระดับต่ำ ผู้ป่วยบอกว่า ไม่มีเวลา ไม่ชอบ ต้องทำงาน เลี้ยงหลาน สุขภาพไม่ดี ปวดเข่า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง กลัวล้มแล้วทำให้เป็นอัมพาตได้ ไม่มีสถานที่ และไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน และจากการศึกษายังพบว่าหญิงวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตในระดับปานกลางถึงรุนแรงจะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายในระดับต่ำ โดยหญิงวัยกลางคนบอกว่าหมกไม่ให้ทำงานหนัก ไม่ให้ออกแรงเคี้ยวความดันจะสูง

สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ พบว่า การไม่มีสถานที่ ไม่มีเวลา เกิดการสูญเสียรายได้ รู้สึกเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย และมีปัญหาด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายทั้งสิ้น (Bandura, 1986; Conn, 1998; Nies, et al., 1998; พร้อมจิต, 2539)

3. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 5 ปี หญิงวัยกลางคนจะรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว และประเมินผลลัพธ์ของการกระทำในระยะที่แสดงถึงความปกติสุข มีความยืดหยุ่น คือการที่สามารถควบคุมอาการได้ ทำงานได้ สุขภาพจิตดี ไม่ถึงเครียด สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตปกติได้ โดยมากจะประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี และจากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนรองลงมา มีระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ซึ่งหญิงวัยกลางคนในช่วงนี้จะรับรู้ว่ามีชีวิตเสี่ยงต่ออันตรายจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะประเมินผลลัพธ์ของการกระทำที่เกิดตามมาจากการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ด้านที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูง คือ ด้านการรับประทานยา และด้านการมาตรวจตามนัด ส่วน ด้านอื่นๆ มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ถึงปานกลาง

โดยหญิงวัยกลางคนบอกว่า การรับประทานยา ช่วยให้ความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะปกติ และช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการ ปวดมีนศีรษะ และอาการวิงเวียนได้ รวมทั้งสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงนิดา (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายเล็กน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ ของยาที่รับประทาน ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่า การรักษาของแพทย์ และการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น หรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้ ถ้าหากขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้อาการของตนรุนแรงมากขึ้น และมีการศึกษา ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่รับประทานยาสม่ำเสมอ พบว่ายาสามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (ปราณี, 2538)

ส่วนการมาตรวจตามนัด หญิงวัยกลางคน บอกว่า การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง และเชื่อว่าการรักษาของแพทย์ โดยการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อาการต่างๆ ดีขึ้น หรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้และการมาตรวจตามนัดทำให้สามารถติดตามผลการรักษาและได้รับคำแนะนำเมื่อมีปัญหา และการไม่มาตรวจตามนัดทำให้ไม่ได้รับประทานยาสม่ำเสมออาการอาจกำเริบขึ้นอีก และการมาผิคนัดทำให้ต้องรอนานและขึ้นตอนยุ่งยาก จึงมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาตรวจตามนัด ในระดับค่อนข้างสูง

การควบคุมอาหาร ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการจัดการกับความเครียด มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคมานาน มีประสบการณ์ตรงที่เกิดกับตนเอง โดยหญิงวัยกลางคน บอกว่า เมื่อกินอาหารเค็ม อาหารมัน หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ปู ปลา หมึก แล้วทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นทันที และจะมีอาการบวม ส่วนในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติมีความคาดหวังว่าการควบคุมอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ทำให้น้ำหนักตัวลดลง ส่วนหญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนส่วนใหญ่บอกว่าการควบคุมอาหาร ทำให้ตนเองรับประทานอาหารได้น้อยลง เพลีย ไม่มีแรง อาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวได้ เนื่องจากเป็นคนปรุงอาหาร และทำให้ต้องเสียเวลาในการเตรียมอาหารหลายอย่าง ถึงแม้จะไม่มีอาการควบคุมอาหารมากนัก แต่ก็มีระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนี้หญิงวัยกลางคนไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ถึงชนิดและปริมาณการใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร จึงมีหญิงวัยกลางคนยังคงใช้น้ำมันพืชโดยไม่จำกัดปริมาณและบางส่วนยังคงใช้น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ส่งผลให้มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ด้านการควบคุมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงหญิงวัยกลางคนบอกว่า การดื่มน้ำกาแฟไม่มีผลต่อการเพิ่มของความดันโลหิตเนื่องจากไม่เคยดื่มน้ำมาก่อน แต่มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ดื่มน้ำกาแฟและบอกว่าการดื่มน้ำกาแฟไม่มีผลต่อความดันโลหิต ไม่ทำให้มีอาการใจเต้น เนื่องจากดื่มน้ำในปริมาณน้อย แต่ทำให้อ้วนได้เนื่องจากใส่ครีมเทียม และต้องรับประทานกับของหวาน หรือของมันๆ นอกจากนี้ในรายที่มีอาการนอนไม่หลับ จะมีความคาดหวังว่าการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการปวดศีรษะและความดันโลหิตสูงได้ และจากการสอบถามหญิงวัยกลางคนจะได้รับยานอนหลับทุกราย และส่วนใหญ่หญิงวัยกลางคนประมาณ 2 ใน 3 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความคาดหวังว่า การสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ ลดอาการปวดมีนศีรษะ อาการปวดข้อ และทำให้เบาหวาน และจากการสอบถามหญิงวัยกลางคนบอกว่า “เคยสังเกตนะ ถ้าอ้วนขึ้น ความดันจะขึ้น มันจะปวดหัวบ่อยๆ สังเกตรู้เลย ถ้าไม่ให้ความดันขึ้น เราต้องลดน้ำหนัก”

การจัดการกับความเครียด หญิงวัยกลางคน บอกว่า “เมื่อมีความเครียดจะทำให้มีอาการปวดศีรษะและความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น จึงพยายามที่จะควบคุมไม่ให้มีความเครียด แต่ไม่สามารถที่จะควบคุมได้” ดังนั้นเมื่อมีความเครียดหญิงวัยกลางคนจะวิธีการคลายความเครียดโดยวิธีเดียวเท่านั้น เช่น อยู่คนเดียวเงียบๆ เดินเล่น นอนหลับ ไม่พูดคุยกับใครซึ่งทำให้เครียดมากขึ้น และเมื่อเวลาผ่านไปความเครียดก็หายไปเอง มีเพียงส่วนน้อย ที่ใช้วิธีการระบายอารมณ์และร้องไห้หญิงวัยกลางคนกล่าวว่า “ถ้าเก็บไว้จะทำให้ปวดหัวมากขึ้น”

การออกกำลังกาย พบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในการออกกำลังกาย ทางด้านลบคือ การออกกำลังกาย อาจทำให้ เป็นลม หน้ามืด กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตได้

ร่างกายอ่อนเพลียมากขึ้น ปวดเมื่อยตามร่างกาย เนื่องจากเคยออกกำลังกายแล้วปวดหัวมาก เคยมีความดันโลหิตสูงมากจนไม่ให้ออกแรงมาก เมื่อระดับความดันโลหิตลดลงจึงไม่กล้าออกแรง นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้ทำงานไม่ได้ต้องสูญเสียรายได้ ไม่มีเวลาทำงานบ้านในครอบครัว โดยหญิงวัยกลางคนบอกว่าการทำงานบ้านก็คือการออกกำลังกายอยู่แล้วจึงไม่ต้องออกกำลังกายอีก และเพื่อนบ้านอาจจะนึกหาได้ เนื่องจากอายุมากแล้ว ส่วนกลุ่มที่มีการออกกำลังกาย เนื่องจากมีความคาดหวังว่า หลังจากออกกำลังกาย ทำให้น้ำหนักตัวลดลง เพราะตนเองมีน้ำหนักเกิน และลดอาการปวดตามข้อ อาการปวดเมื่อยตามตัว ทำให้สดชื่น ช่วยคลายความเครียดจากการทำงาน และทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ และเคยออกกำลังกายมาแล้วให้ผลตามที่คิดไว้

4. การปฏิบัติด้านสุขภาพ

การปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก ซึ่งตรงกับการศึกษาของปราณี (2538) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับที่ดีเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจาก หญิงวัยกลางคนมีระยะเวลาการเป็นโรคนาน มีการยอมรับว่า ความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว รักษาไม่หาย แต่รับรู้ว่าตนมีความสามารถควบคุมสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ โดยการทำใจยอมรับ การปรับเป้าหมาย และมองสถานการณ์ไม่รุนแรง เช่นเมื่อเห็นว่าอาการตนเองเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติก็ปฏิบัติตัวตามความเคยชินบ้าง แต่เมื่อเริ่มรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติก็ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จะเห็นได้จากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จะมีการประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังมีหญิงวัยกลางคนบางส่วนรับรู้ว่าความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงทำให้ชีวิตตนเสี่ยงต่ออันตราย เกิดโรคแทรกซ้อนเข้ามาใกล้ตัว เช่นการเป็นอัมพาตและโรคหัวใจ มีความคิดรักตนเอง และเป็นห่วงครอบครัว โดยหญิงวัยกลางคนที่ศึกษาบอกว่า ลูกยังเล็กเป็นห่วงลูก กลัวเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรจึงต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่า

หญิงวัยกลางคน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับมากที่สุด ตรงกับการศึกษาของจิราภา (2533) พบว่าผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมาติดตามผลการรักษา และจะมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จะมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องการหายจากโรค กลัวเป็นอัมพาต และกลัวเป็นความดันโลหิตสูงรุนแรงยิ่งขึ้น (ปราณี, 2538) สำหรับสาเหตุของการไม่มาตรวจตามนัด จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า เนื่องจากมีธุระ ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีส่วนน้อย ที่คิดว่าหายแล้วเนื่องจากไม่มีอาการ สอดคล้องกับการ

ศึกษาของอรสา (2542) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารชิ บดี พบว่าผู้ที่ไม่คิดตามรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นความดันโลหิตสูง จะมีอาการ ปวดหัว เวียนหัว มึนงง เมื่อได้รับการรักษา โดยใช้ยาลดความดัน อาการหายเป็นปกติจึงคิดว่าหายแล้วและเนื่องจากยามีราคาแพง นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปวด มึนศีรษะ อาการบวม คลื่นไส้ อาเจียน จะไม่มาตรวจก่อนแพทย์นัดเนื่องจาก สามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้โดยวิธีการบีบ นวด ใช้น้ำมันสมุนไพร และรับประทานยาที่หมอให้ก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงค่อยมาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของอรสา(2542) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีวิธีการบำบัดทางเลือก เช่นการใช้น้ำมันสมุนไพร ร่วมกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การปฏิบัติด้านการรับประทานยา พบว่าหญิงวัยกลางคนมี การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งตรงกับการศึกษาของพร้อมจิต (2539) เพ็ญศรี (2536) และธิดา(2533) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะรับประทานยาสม่ำเสมอ ทั้งนี้จากการสอบถาม หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ บอกว่าการรับประทานยาตามแผนการรักษา อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้อาการต่างๆดีขึ้น หรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้ แต่ถ้าหากขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นได้ และอาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ มึนงง ซึ่งจัดได้ว่าไม่อยู่ในขั้นรุนแรง หญิงวัยกลางคนสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ ซึ่งมีการศึกษาอาการข้างเคียง หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารชิ บดี จำนวน 1348 ราย ผู้ป่วยเป็นเพศหญิงร้อยละ 57 อาการข้างเคียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการทางประสาทส่วนกลางเช่น ปวดศีรษะ มึนศีรษะ มึนงง ไม่ปรากฏว่ามีอาการ ซึ่งจัดว่าอยู่ในขั้นรุนแรง (กิติมาและคณะ อ้างตาม อรสา,2542) นอกจากนี้หญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่จะรับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง มีการลืมรับประทานยา เป็นบางมื้อบางครั้ง และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตามเวลาที่แพทย์สั่ง เนื่องจากต้องทำงานติดพัน และบางครั้งยามหคก่อนแพทย์นัด แต่จะไม่ซื้อยารับประทานเอง มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่หยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ เนื่องจากคิดว่าหายแล้ว และต้องการทดสอบว่าถ้าไม่รับประทานยาจะมีอาการอย่างไรบ้าง

การปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารและด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มี การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ใกล้เคียงกับการศึกษาของศรีสุดา (2538) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยหญิงวัยกลางคนสามารถงดอาหารที่มีรสเค็ม รสมัน และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง แต่ก็พบว่ายังมีหญิงวัยกลางคน ที่ไม่มีการควบคุมอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน และมีระดับความดันโลหิตปกติถึงสูงเล็กน้อยทำให้ไม่มีอาการแสดงจึงไม่ควบคุมและอาจจะเนื่องจากมีความเคยชินในรสชาติของอาหาร ความชอบ ต้องทำอาหารที่ครอบครัวชอบ และความดันโลหิตก็ยัง

อยู่ในระดับปกติ ไม่มีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานอาหารดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของลอว์สันและคณะ (Lowson et al., 1991) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขาดความร่วมมือในการควบคุมอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเอง และทั้งนี้อาจเนื่องจากการไม่ควบคุมอาหารจะเกิดผลอย่างช้าๆ ต่ออาการของโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่รับประทานยาซึ่งจะทำให้เกิดอาการของโรคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Kyngas, 1999) และยังคงมีหญิงวัยกลางคนที่ไม่มีอาการควบคุมอาหารใดๆ เนื่องจากหญิงวัยกลางคนบอกว่า ไม่ทราบต้องงดอาหารอะไรบ้าง หมอไม่ได้สั่ง ไม่มีอะไรจะกิน และห่างไกลจากตลาด

สำหรับหญิงวัยกลางคนที่มี การปฏิบัติด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ไม่มีการสูบบุหรี่ ดื่มสุรามาก่อน แต่มีเพียงการดื่มกาแฟ 1-2 แก้วเท่านั้นแต่ก็ส่วนน้อย การดื่มกาแฟจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยภายหลังการดื่ม แต่จะลดลงสู่ภาวะปกติในเวลาต่อมา การดื่มกาแฟเป็นประจำ อาจจะไม่ผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในระดับถาวร แต่จากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนมาก มีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติในระดับปานกลางเท่านั้น เนื่องจากเคยควบคุมแล้ว ไม่ได้ผลจึงไม่พยายามควบคุมอีก สำหรับอาการท้องผูก หญิงวัยกลางคนบางรายบอกว่าเมื่อมีอาการท้องผูก ใช้น้ำระบาย และใช้สมุนไพร เกือบทั้งหมดจะไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ เนื่องจากแพทย์จะสั่งยานอนหลับให้รับประทานก่อนนอน

การปฏิบัติด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าส่วนใหญ่หญิงวัยกลางคน ใช้วิธีการจัดการกับความเครียด โดยการอยู่เงียบๆคนเดียว ปล่อยไว้เฉยๆให้หายเอง นอนหลับ และพยายามทำใจเย็นมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมขวัญ (2539) ที่ศึกษาในสตรีอายุระหว่าง 34-54 ปี ในเขตเทศบาลเมืองระยองส่วนใหญ่มีวิธีการคลายความเครียดโดยการปล่อยไว้เฉยๆให้หายเองมากที่สุด มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้วิธี ร้องไห้ ระบายอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลาย ความเครียดโดยการจัดการกับอารมณ์ เกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ความดันโลหิตไม่สูงขึ้นได้ และสามารถลดความเครียดลงได้ (Trottier, 1996) และจากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ ไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ ไม่ให้เครียดหรือโกรธได้ ทั้งนี้เนื่องจาก เป็นวัย ที่ต้องทำงานหารายได้ เลี้ยงครอบครัว มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ เมื่อทราบว่าคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะมีความวิตกกังวล กลัวว่าตนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวเหมือนเดิมได้ อีกทั้งหญิงวัยกลางคนที่ศึกษาเป็นหญิงวัยกลางคน ที่อยู่ในช่วงก่อน และหลังการหมดประจำเดือน จะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ทำให้มีอาการหงุดหงิด เปลี่ยนแปลงได้ง่าย (สุพรรณิจ, 2539) และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากภาวะของโรค ทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจได้ (Powers & Jalowies, 1987) จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่า เมื่อก่อนเป็นคนไม่เครียด แต่หลังจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงเครียดง่ายกว่าเดิม

หญิงวัยกลางคนที่มีการออกกำลังกายแต่ออกกำลังกายในระดับปานกลางเท่านั้น ตรงกับรายงานการวิจัยต่างๆ ที่พบว่าผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีการออกกำลังกายในระดับต่ำ ถึงปานกลาง (วันดี, 2538; ดวงเดือน, 2539; พร้อมจิต, 2539; เพ็ญศรี, 2536) จากการสอบถามผู้ป่วย บอกว่าอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ คือ การไม่มีเวลาว่าง ต้องประกอบอาชีพเช่น ค้าขาย รับจ้างเย็บเสื้อผ้า การออกกำลังกาย ทำให้สูญเสียรายได้ ต้องเลี้ยงหลาน ไม่มีสถานที่ที่สะดวก ไม่ชอบออกกำลังกาย และไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเนื่องจากน้ำหนักตัวปกติ นอกจากนี้เพื่อนบ้านอาจนึกตาได้เนื่องจากอายุมากแล้ว และการมีปัญหาด้านสุขภาพอยู่ก่อน เช่น ปวดเข่า เจ็บหน้าอก เดินไม่ไหวเนื่องจากน้ำหนักตัวมาก และเคยออกกำลังกายแล้วมีอาการปวดหัวมาก เพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย ทำงานไม่ไหว และอาการอาจกำเริบได้อีก สอดคล้องกับการศึกษาใน ป่วยกลุ่มต่างๆ พบว่า อายุ การไม่มีสถานที่ที่สะดวก การไม่มีเวลา การสูญเสียรายได้ รู้สึกเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย และมีปัญหาด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายทั้งสิ้น (Bandura, 1986; Conn, 1998; Nies, et al., 1998; พร้อมจิต, 2539)

หญิงวัยกลางคนที่มีการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกรรมถึงแม้จะมีการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่ดี แต่ต้องทำงาน และคิดว่าการทำงานก็คือการออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ออกกำลังกายโดยวิธีการเดินมากที่สุด รองลงมา วิ่งเหยาะๆ เดินแอโรบิก ว่ายน้ำ คีแบดมินตัน รำไทเก๊ก ฝึกโยคะ และบิวดัว และยังพบว่ากลุ่มที่มีการออกกำลังกายส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิตในระดับปกติถึงสูงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการสอบถามหญิงวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตในระดับปานกลางถึงรุนแรง แพทย์จะแนะนำไม่ให้ออกกำลังกายให้พักผ่อนมากๆ แต่เมื่อระดับความดันโลหิตลดลงสู่ภาวะปกติหญิงวัยกลางคนก็ยังคงมีความกลัวว่าจะหกล้ม เดินโลหิตในสมองแตกได้ จึงไม่กล้าออกกำลังกาย

5. ความสามารถในการทำนายของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ตัวที่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ < 0.001 คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยรวมไม่สามารถทำนายได้ เป็นไปตามทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองรายด้าน สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้มากกว่าความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้จากการทดสอบทางสถิติพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.902$, $p < 0.001$) ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับปฏิบัติด้านสุขภาพ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าบุคคลถ้ามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอนแต่ถ้าบุคคลมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระดับต่ำมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด สามารถทำนายการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง 34-54 ปี และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงวัยหมดประจำเดือนได้ (Pender, 1996; Gillis, 1994; Stuijbergen and Becker, 1994 cited in Conn, 1997; ฅนอมขวัญ, 2539 ; สุทรนิจ, 2539)

เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะของตนเองรายด้านพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพได้ถึงร้อยละ 60.0 สอดคล้องกับการศึกษาของคอนน์ (Conn, 1998) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายการออกกำลังกายในผู้หญิงสูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีการรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงสามารถทำงานได้ และจากการทดสอบทางสถิติพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.775$, $p < 0.001$) แสดงว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายสูง จะมีการออกกำลังกายอย่างแน่นอน

ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากหญิงวัยกลางคนส่วนใหญ่ต้องไปประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่สะดวกในการนำยาไปรับประทานขณะทำงาน บางครั้งต้องทำงานติดพัน ยาหมกก่อนถึงแพทย์นัด นอกจากนี้ส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงจัดการกับอาการผิดปกติหลังจากการรับประทานยาได้เนื่องจากเป็นโรคนานามีประสบการณ์ในการดูแลตนเองและจากการทดสอบทางสถิติ

พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการรับประทานยา มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำเท่ากับ การปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.305$, $p < 0.001$)

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ด้านการออกกำลังกาย สามารถทำนายการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่มีน้ำหนักเกิน มีความคาดหวังผลลัพธ์ว่าการออกกำลังกายสามารถลดน้ำหนักลงได้ และนอกจากนี้ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการออกกำลังกายส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Conn, 1998) ซึ่งจากการทดสอบทางสถิติพบว่า ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกายในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.804$, $p < 0.001$) แสดงว่ากลุ่มที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการออกกำลังกายสูง จะมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการออกกำลังกายระดับสูงด้วย ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า บุคคลที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำแน่นอน ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติ

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการมาตรวจตามนัด สามารถทำนายการมาตรวจตามนัดได้ แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบ แสดงว่ากลุ่มที่มีความคาดหวังผลลัพธ์ด้านการมาตรวจตามนัดในระดับสูง จะไม่มาตรวจก่อนแพทย์นัด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะจัดการกับอาการที่มีความผิดปกติ ก่อนที่จะถึงแพทย์นัดได้ในระดับสูง และมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นด้านการมาตรวจก่อนแพทย์นัดทางด้านลบ เช่น ทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย ตรงกับแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำแน่นอน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงความสามารถในการทำนายของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าเสา โรงพยาบาลปากพนัง และโรงพยาบาลลานสกา ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2542 จำนวน 218 ราย ซึ่งทุกคนมีระดับความรู้สึกรู้ตัวดี การรับรู้ การได้ยิน และการมองเห็นปกติ สามารถสื่อความหมายกับผู้วิจัยได้ด้วย การพูด และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามของการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม เท่ากับ 0.80 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยรวมเท่ากับ 0.96 และ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามของการปฏิบัติด้านสุขภาพ โดยรวม เท่ากับ 0.72 แล้วจึงนำไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสามารถในการทำนาย ของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน สรุปผลการวิจัยดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 55-59 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ย 2,001-4,000 บาท ต่อเดือน มีการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองอยู่ในระดับไม่ดี และมีภาวะน้ำหนักเกิน ถึงอ้วนมาก แต่ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้เนื่องจากมีระยะเวลาของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และได้รับคำแนะนำด้านการปฏิบัติตัวจากแพทย์ เรื่องที่ได้รับการแนะนำได้แก่ เรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากกลัวอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิต

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ด้านที่อยู่ในระดับค่อนข้างสูงถึงสูง คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหารและ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยรวมของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ด้านที่อยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูงคือ ด้านการรับประทานยา ด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

การปฏิบัติด้านสุขภาพ

การปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวม ของหญิงวัยกลางคน ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ด้านที่อยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุดคือ ด้านการตรวจตามนัด และด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย ในระดับปานกลาง

ความสามารถในการทำนาย

การรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวม สามารถทำนายการปฏิบัติตัวของหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 81.30 เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ตัวทำนายที่สามารถทำนาย การปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการ กับความเครียด ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการตรวจตามนัด ด้านการควบคุมอาหาร ความ คาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ด้านการออกกำลังกาย และด้านการตรวจตามนัด

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปอ้างอิงได้เฉพาะ หญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลท่าศาลา โรงพยาบาลปากพนัง และโรงพยาบาลลานสกา เท่านั้น

2. ในการวิจัยครั้งนี้ บรรยากาศในการสอบถามผู้ปวยมีสิ่งรบกวนต่างๆ เช่น ไม่มีสถานที่ที่ เหมาะสม ต้องสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลที่หน้าห้องตรวจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีสมาธิ ในการตอบแบบสอบถามต้องคอยฟัง การเรียกชื่อเข้าตรวจวัดความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่ และผู้ให้ข้อมูลมีเวลาจำกัดต้อง รีบกลับบ้าน เนื่องจากเป็นแผนกผู้ป่วยนอก สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล และผลการ วิจัยทั้งสิ้น

3. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นได้ จากตัวผู้วิจัยในการอ่านและอธิบายราย ข้อที่ผู้ปวยไม่เข้าใจ และความสม่ำเสมอในการอธิบายรายข้อแต่ละช่วงของการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัย เกิดความชำนาญในการใช้แบบสอบถาม ความไม่คงที่ของการอธิบายอาจทำให้เกิดความคลาด เคลื่อนในการตัดสินใจที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริการพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าหญิงวัยกลางคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีการปฏิบัติด้านการจัดการ กับความเครียด และด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น พยาบาลในคลินิก และในชุมชน ควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ด้านดังกล่าว โดยการจัดโปรแกรมสุขภาพ ที่กระตุ้นประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จ ร่วมกับการใช้คำพูด ชักจูง และกระตุ้นให้เกิดความกลัว เพื่อให้พิจารณาถึงความสามารถของตนเอง นอกจากนี้อาจนำ แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ กระบวนการกลุ่ม การกระตุ้นเตือน ถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว

ด้านบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดพยาบาลที่รับผิดชอบ โดยตรงในการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อจะได้เพิ่มความรู้จากประสบการณ์เดิม
2. ควรจัดพยาบาล สาธิตและฝึกวิธีการออกกำลังกายเช่น การร่ำมวยจีน ชี่กง การฝึกโยคะ ฤาษีคักคน
3. ควรจัดพยาบาล สาธิตและฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ เป็นต้น

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิธีการในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด โดยส่งเสริมให้ประสพผลสำเร็จในการกระทำร่วมกับการพูดชักจูง
2. ควรศึกษา เพิ่มเติม เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก เพื่อให้ทราบข้อมูลมากขึ้น
3. ควรศึกษาหาวิธีการส่งเสริมปฏิบัติด้านการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดกับหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
4. อาจค้นแปลง วิธีการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วย โรคอื่นๆ
5. ควรมีการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระก่อนการใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

บรรณานุกรม

- กนกพร หมู่พยัคฆ์และคณะ. (2539). รายงานการวิจัยภาวะสุขภาพและสุขภาพของหญิงวัยกลางคน อายุ 40-59 ปี วารสารพยาบาล, 45 (4), 64.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กวี เจริญตาก. (2536). อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง: เอกสารสอนชุดวิชาอาหารสำหรับโรคหน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช กรุงเทพฯ : เจ็ดหนึ่งการพิมพ์.
- กรมการแพทย์. นปป. คู่มือควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และแพทย์โรงพยาบาลชุมชน. นปท.
- กรมอนามัย. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาบริการงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน.
- กรรณิการ์ พงษ์สนิท. (2535). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม วัฒนชัย. (2532). การดูแลรักษาโรคความดันเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2538). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทย พ.ศ.2538 และแนวโน้มมาตรการการแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2533). รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารพยาบาล, 39(3), 164-179.
- จารุวรรณ รังสิยานนท์. (2540). ผลของการเตรียมหญิงครรภ์แรกเพื่อการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ในการเผชิญกับภาวะเจ็บครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จริยวัตร คมพัยค์ณ์. (2534). ความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภาย หลังได้รับวิธีการทางการแพทย์สาธารณสุขแล้ว 1 ปี : การติดตามผล คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยวัตร คมพัยค์ณ์. (2532). ผลของการใช้วิธีการทางการแพทย์สาธารณสุขต่อความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ดุขฎีบัณฑิตสาขา พยาบาลสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2538). ธรรมชาติของภาวะความดันโลหิตสูง : สถานการณ์และการกระจาย ของภาวะความดันโลหิตสูง ในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศในแถบตะวันตก. ในฉาย ศรี สุพรศิลป์ชัย และสุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), รายงานการสัมมนาแนวทางใน การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- ถนอมขวัญ คำปาน. (2539). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือด หัวใจในสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศา สตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุสิต สุจิรารัตน์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ภาควิชาาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุข ศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุขฎี สุทรปรียาศรี. (2531). การรักษาโรคเบาหวานด้วยยากิน การปฏิบัติตัวอย่างไร. คู่มือผู้ป่วยโรค เบาหวาน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงมณี วิเศษกุล. (2525). โรคความดันโลหิตสูง:โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ดวงเดือน พันธุโยธี. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประ โยชน์ของ การออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยา นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธาดา ยิบอินซอย. (2535). การรักษาโรคความดันเลือดสูงในผู้สูงอายุ. คลินิก, 8(4) 273-275.
- นิมิต เสงไกรชนะและคณะ. 2539. การใช้ฮอร์โมนสำหรับสตรีวัยหมดระดู. วารสารสภาการพยาบาล, 11(3), 1-2.
- บุญญลธิธิ์ วรรณทร์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวลและ โโลหิตสูงในสตั้มกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ชีวสถิติ) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่มีความ ดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

- พระบูรณะกิจเจริญ. (2538). ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง. ในฉายศรี สุพรศิลป์ชัย และสุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ :ม.ป.ท.
- เจ็ญศรี หงษ์พานิช. (2535). พิษภัยจากบุหรี่ อนุสรณ์งานพระราชทานเพลิงศพ นายวิเชียร แนบสนธิ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสันติ.
- _____. (2536). ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล. (2531). ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง. รามาริบัติเวชสาร. (มกราคม-มีนาคม), 67-72.
- พร้อมจิต จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (เอกสุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา อินทรราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ ศิริประกายศิลป์. (2539). รายงานการวิจัยความสามารถในการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
- วันทา เทพอมระช. (2530). ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การศึกษาด้วยตนเองทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2540). โภชนาบำบัดสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. สงขลา : อัสลาตีเพรส.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ปัญหาและการแก้ไข. สารสถาการพยาบาล. 11(3), 31-41.
- วาริณี เข้มสวัสดิ์กุล. (2541). อาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรคุณวุฒิบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล .

- วลัย อภิรมย์พรชัย. (2530). โภชนาบำบัด. กรุงเทพฯ: แสงระวีการพิมพ์.
- วาสนา ปุณณณณวิวัฒน์. (2532). เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มีความดันปกติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2540). ภาวะสุขภาพสตรีวัยกลางคน ข้อเสนอเพื่อการเตรียมเข้าสู่วัยทอง.วารสาร การวิจัยระบบสาธารณสุข. 5 (4), 337-345.
- เสวต นนทกานันท์. (2538). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ในชายสตรี สุพรรณิธิบิชัย และ สุภวรรณ มโนสุนทร (บรรณาธิการ), รายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย. ม.ป.ท.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2534). การสำรวจปัจจัยเสี่ยง Atheromatous การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ.2534 (เอกสารอัดสำเนา).
- สาคร ธนมิตร และคณะ. (2534). ก้าวไปกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สื่ออักษร.
- สาธารณสุข กระทรวง. (2539). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2537. มปท.
- สุทธนิจ หุนนทสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์(เอกสุศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2536). การรักษาความดันโลหิตในระดับต่างๆ เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันทา คู่เกลี้ยง. (2524). การศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์ จันทร์โมลี. (2535). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ วิธีการทางสุศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดวงกมลบุคส์ไตร์.

- สิริรัตน์ นัทรชัยสุชา. (2531). พยาบาลกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6(3), 166-175.
- สุรางค์ เป็รื่องเดช. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเชิงสุขภาพความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุวิภา บุญโฮตร. (2539). สตรีวัยหมดระดู: เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพกรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โสภณ พานิชพันธ์. (2526). การใช้ยาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โครงการการตำรา-ศิริราช กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิมพ์เนส.
- สมชาติ โลจายะ และคณะ. (2524). ความดันโลหิตสูง ในตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น.
- สำนักงานสถิติจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2540). สรุปรายงานสถิติจังหวัดนครศรีธรรมราช ฉบับ 2537. มปท.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2540). สรุปรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. มปท.
- อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. (2530). ชีวิตจะสั้นเพราะควันบุหรี่ เอกสารวันสาธารณสุขแห่งชาติปี 2530 กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มปท.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรักษ์ รัตน์สุวรรณ. (2538). การเปรียบเทียบบริโภคนิสัย ความคาดหวังในผลของการหยุดสูบบุหรี่ และความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการหยุดสูบบุหรี่ของคนงานในโรงงานแบตเตอรี่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ (โภชนาวิทยา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ali, N.S. (1998). The hormone replacement therapy self- efficacy scale. Journal of Advanced Nursing. 28(5), 1115-1119.
- Annis, H.M. & Davis, D.S. (1988). Assessment of expectancies In D.M. Donovan and G.A. Marlatt (Eds). Assessment of addictive. New York : Guilford Press.
- Bandura, A. (1986) . Social Foundation of Thought and Action : A Social Cognitive Theory. Englewood Clifts, NJ: Prentice-Hall.

- Baron, R.M. (1988). The moderate – mediator variable distinction in social psychology research: conceptual strategic and statistical consideration. Journal Personality Sociology Psychology, 5, 117-202.
- Black, J.M. & Matassarini-Jacobs, E. (1993). Luckman and Sorensen medical-surgicalnursing: A psychology approach. (4th ed.) Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Brown, S. & Conn, V. (1995). Self-efficacy and walking post-CABG. Rehabilitation Nursing Research, 4, 64-71.
- Bulpitt, C.J. et al., (1974). Asymptom questionnaire for hypertension patients. Journal of Chronic Disease, 27,309-323.
- Conditte, M.M. & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 648-658.
- Conn, V.S. (1997). Older women: Social cognitive theory correlates of health behavior. Women & Health, 26(3), 71-83.
- Conn, V.S. (1998). Older adults and exercise: Path analysis of self-efficacy related constructs. Nursing Research, 47(3), 180-188.
- Davis, et al., (1994). Applied nutrition and diet therapy for nursing . (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Dzewaltowski, D.A. (1994). Physical activity determinants: A social cognitive approach. Medicin & Science in Sport & Exercise, 26, 1395-1399.
- Griffin, L.S. & Kee, J.L. (1986). Primary hypertension: Suggestions of prevention approach. Fammily Community Health, 8, 59-67.
- Houston, MarkC. (1986). Sodium and hypertension. Arch Intern Med, 146(January), 179-185.
- Jaloviec, A. & Power, M.J. (1981). Stress and coping in hypertension and emergency room patient. Nursing Research, 33(January/February), 10-15.
- Lawson, M. et al., (1991). An investigation of the relationship between compliance with hypertension therapy and type A behavior pattern. Journal of Hypertension, 9, 50-51.
- Joint Nation Comitee on Detection, Evaluation, and treatment of highblood pressure: 1980 report . (1980). Arch Intern Med, 140(October), 1280-1285.
- Kannel, W.B. (1997). Blood pressure and cardiovascular morbidity and motality rates in the elderly. American Heart Journal, 134, (october) 762.

- Kaplan, R. et al., (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. Health Psychology, 3, 223-242 .
- Kingery, P.M. & Glasgow, R.E. (1989). Self-efficacy and outcome expectation in the self-regulation of non-insulin dependent diabetes mellitus. Health Education, 20, 13-19.
- Kirkendall, W.M. (1988). Hypertension. In CONN ' A current therapy. Edited by R.E. Rakel. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Klataky, Arthur L. et al., (1977). Alcohol consumption and blood pressure. N Engl J Med. 296 (May), 1194-1200.
- Kochar, M. & Daniels, L.M. (1978). Hypertension control for nurses and other health professional. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Kyngas, H. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing. 29(4), 832-839.
- Lutz, C. et al., (1994). Nurtrition and diet therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Mackay, F.G. (1987). Managment of essential hypertension (2th ed) NewYork: Furera Plublishing Company Inc.
- Nies, M.A. et al., (1998). Facililators barriers and strategies for exercise in European American Woman in the commmunity. Public Health Nursing. 15(4), 263-272.
- O' Brien, E. & O'malley, K. (1982). High blood pressure: What it means for you and how to control it. New York. Arco Publishing, Inc
- O' Brien, E. & O'malley, K. (1983). High blood it. HongKong: Pg Reblishing Pte Ltd.
- Octker-Black, S.L. et al., (1992). Preoperative self-efficacy and postoperative behaviors. Applied Nursing Research, 134-139.
- O' Leary, D. (1985). Self-efficacy and health. Behavioral research and therapy. 23, 437-451.
- Patel, C. et al., (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow-up British Medical Journal. 290 (April 13), 1103-1109.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.) USA.: Appleton & Lange.
- Ready, T. (1985). Anthropology and the study of chronic disease: aldollescent blood pressure in corpus christi,Texas. Soc Sci Med. 21, 443-450.
- Roger, R.W. (1986). Protection motivation theory. Health Education Research theory and practice. 153-161.

- Rist, F. & Watzl, H. (1983). Self assessment of relapse risk and assertiveness in relation to treatment outcome of female alcoholics. Addictive Behavior, 8, 121-127.
- Rocella, E.L. et al., (1987). Epidemiologic consideration in defining hypertension. Medical Clinics of North America, 71, 785-801.
- Robertson, D. et al., (1984). Caffeine and hypertension. American Journal Med, 77, 54-60.
- Rother, M. et al., (1990). Woman' use of information regarding hormone replacement therapy. Research in Nursing and Health, 13, 355-366.
- Ruiz. et al., (1992). Predictors of general activity 8 weeks after cardiac surgery. Applied Nursing Research, (2), 59-68.
- Sauder, J.B. Berners, D.G. & Paton, A. (1981). Alcohol induce hypertension. Lancel, 2(26 Sep), 653-656.
- Sherer, M. et al., (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports, 51, 663 -671 .
- Stewart, J.E. et al., (1997). Development of oral hygiene self- efficacy and outcome expectancy questionnaires. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 25, 337-342.
- Strecher, V.M. et al., (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. Health Education Quarterly, 13, 73-92.
- Trottier, D.J. (1996). Nursing role in management of hypertension. In S.M. Lewis , I.C. Collier, and M.M. Meikemper (Eds). Medical – surgical nursing : Assessment and management of clinical problems, ST. Louis : Mosby.
- Ward, S.E. & Lin, C.C. (1996). Perceived self-efficacy and outcome expectancies in coping with chronic low back pain. Research in Nursing and Health, 19, 299-310.
- World Health Organization. (1996). Hypertension control : Report of A WHO expert committee. World Health Organization Technical series 862.
- Wulfert, E. & Wan, Choi K. (1993). Condom use : A self- efficacy model. Health Psychology, 12, 346-353.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

การพิทักษ์สิทธิของผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัย

ศาสตราจารย์ ดร. คณินเชื้อ นางสาวอรพินท์ กายโรจน์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้กำลังศึกษาวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติ ค่านิยมสุขภาพ ของหญิงวัยกลางคนที่เป็โรครความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณ ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยคณินจะมาสอบถาม และจดบันทึกข้อมูลต่างๆ จากท่าน และขอความร่วมมือในการตอบแบบ-สอบถาม ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่ได้จะเป็นความลับ และนำมาใช้เผยแพร่เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยจะไม่ระบุชื่อโดยเด็ดขาด

คณินขอรับรองว่า การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใด ถ้าหากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ คณินมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และถึงแม้ว่าท่านจะเข้าร่วมในการวิจัยแล้วก็ตาม ท่านยังสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ ที่ท่านได้รับ

ขอบคุณ

อรพินท์ กายโรจน์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล

เรื่อง

ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้าน
สุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นและ
การปฏิบัติด้านสุขภาพ

แบบสอบถามเรื่อง

ผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือตอบแบบสอบถาม ให้ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันเดือนปีที่สอบถาม.....

โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล.....

อายุ.....ปี.....เดือน เลขที่โรงพยาบาล :

ระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.

เป็นความดันโลหิตสูงมานาน.....ปีเดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน : เลขที่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/.....

ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ท่านนับถือศาสนา : ()1.พุทธ ()2.อิสลาม ()3.อื่นๆ ระบุ.....

2. สถานภาพสมรส : ()1.โสด ()2.คู่ ()3.หม้าย
()4.หย่า ()5.แยกกันอยู่ ()6.อื่นๆ ระบุ.....

3. ปัจจุบันท่านมีอาชีพ : ()1.แม่บ้าน ()2.รับจ้าง ()3.เกษตรกรรวม
()4.ค้าขาย ()5.พนักงาน/รัฐวิสาหกิจ
()6.รับราชการ ()7.อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา : ()1.ไม่ได้รับการศึกษา ()2.ประถมศึกษาตอนต้น
()3.ประถมศึกษาตอนปลาย ()4.มัธยมศึกษาตอนต้น
()5.มัธยมศึกษาตอนปลาย ()6.ปวศ./ปวช./อนุปริญญา ()7.อุดมศึกษา
()8.อื่นๆ ระบุ.....

5. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อเดือน :

()1.เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

()2.กรณีไม่มีรายได้ ได้รับจาก.....เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

6. ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้ : ()1.ไม่ดี ระบุ.....

()2.ปานกลาง ()3.ดี ()4.ดีมาก

7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. แพทย์ () 2. พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรค
 () 3. นักโภชนาการ () 4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 () 5.ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ () 6. สื่อวิทยุโทรทัศน์และเอกสารต่างๆ
 () 7. อื่นๆ ระบุ

8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคความดันโลหิตสูง เรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. การรับประทานยา () 2. การควบคุมอาหาร
 () 3. การออกกำลังกาย () 4. การจัดการกับความเครียด
 () 5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดดื่มสุรา ซากาแฟ สูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนักตัว
 () 6. การตรวจตามนัด

9. ท่านสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้หรือไม่

- () 1. ได้ เนื่องจาก () 1.1 เคยควบคุมสำเร็จด้วยตนเองมาก่อน
 () 1.2 การได้เห็นแบบอย่าง หรือประสบการณ์ของผู้อื่น
 () 1.3 การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น
 () 1.4 อื่นๆ ระบุ.....
 () 2. ไม่ได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำ และการปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ก. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามการรับรู้ของท่านเพียงข้อเดียว กล่าวคือ

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มากที่สุด (ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มาก (ปฏิบัติทุก 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ปานกลาง (ปฏิบัติทุกวัน 3-4 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้น้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ท่านไม่มีความมั่นใจว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้

ข. ความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆ มีส่วนช่วยในการควบคุมความดันโลหิตสูง ของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่านเพียงข้อเดียว กล่าวคือ

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ได้มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ได้มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ได้ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆมีส่วนช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูง ได้น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ท่านคิดว่าการปฏิบัติในข้อนั้นๆ ไม่มีส่วนช่วยให้ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิตสูง

ค. การปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง กรุณาให้อ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติของท่านเพียงข้อเดียว กล่าวคือ

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ปฏิบัติทุกวันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง มาก (ปฏิบัติทุก 5-6 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ปานกลาง (ปฏิบัติทุก 3-4 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง น้อย (ปฏิบัติทุก 1-2 วันใน 1 สัปดาห์)

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติในข้อนั้นๆ เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ข้อความ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง					ความคาดหวังผลลัพธ์ที่ จะเกิดขึ้น					การปฏิบัติ ด้านสุขภาพ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	ด้านการรับประทานยา														
1. รับประทานยาตรงตามเวลา															
2. รับประทานยาตามจำนวนที่แพทย์สั่ง															
3. ไม่ซื้อยามารับประทานเอง															
4. ไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น															
5. เมื่อมีอาการผิดปกติหลังจากรับประทานยา หยุดรับประทานยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันที															
ด้านการควบคุมอาหาร															
1. งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ทอด มัน เครื่องในสัตว์ เป็นต้น															
2. ใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารไม่เกิน 6 ช้อน ชาต่อวัน															
3. ในระหว่างรับประทานอาหาร ไม่เติมน้ำ ปลา ซีอิ้ว หรือเกลือผสมลงในอาหารอีก															
4. งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่ มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม น้ำบูดู ผักดอง															
5. งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารพวก แป้งและน้ำตาลมาก เช่นขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม และผลไม้ที่มีรสหวาน เช่นทุเรียน															
6. งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี โคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง มันสมอง มันปู มันกุ้ง เครื่องในสัตว์															
ด้านการออกกำลังกาย															
1. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบ การยก แบก ลาก ค้าง ของหนัก															
2. ออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่ม จากครั้งละ 5-10 นาที จนเพิ่มขึ้นเป็น 30 นาที															

ข้อความ	การรับรู้ความสามารถ					ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น					การปฏิบัติด้านสุขภาพ				
	ของตนเอง														
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<p>ด้านการออกกำลังกาย(ต่อ)</p> <p>3. ออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ หรือแอโรบิค อย่างน้อย 30 นาที</p> <p>4. ขณะและหลังจากออกกำลังกาย สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจเต้น หัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น</p> <p>5. เมื่อมีอาการผิดปกติขณะและหลังจากออกกำลังกาย หยุดออกกำลังกายแล้วไปปรึกษาแพทย์</p>															
<p>การจัดการกับความเครียด</p> <p>1. เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เช่น สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน</p> <p>2. เมื่อมีความเครียดผ่อนคลายโดยการนั่งสมาธิ หรือสวดมนต์ภาวนาตามศาสนาที่ตนนับถือ</p> <p>3. เมื่อมีความเครียด ไม่ผ่อนคลายความเครียด โดยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้ยาระงับประสาท</p> <p>4. เมื่อมีความเครียด ผ่อนคลายโดยการหลักเตียง นอนหลับ เดินเล่น อ่านหนังสือฟังวิทยุ ดูทีวี หรืออยู่เฉยๆ</p> <p>5. เมื่อมีความเครียด โกรธหรือโมโห ใช้วิธีระบายอารมณ์กับผู้ใกล้ชิด</p> <p>6. ควบคุมอารมณ์ไม่ให้หงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย</p>															

ข้อความ	การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง					ความคาดหวังกผลลัพธ์ที่ จะเกิดขึ้น					การปฏิบัติตน ด้านสุขภาพ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	<p>การควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ยา คองเสล่า เบียร์ 2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3. ไม่รับประทานอาหารจุกจิก 4. พักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. สูบไม่ให้มีอาการไอขมูก <p>การตรวจตามนัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 2. เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน บวมตามปลายมือ ปลายเท้า รีบไปพบแพทย์ก่อนแพทย์นัด 														

ภาคผนวก ๓

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับของการรับรู้
สมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง				รวม	
	ก่อนข้างสูง		ปานกลาง		จำนวน N=218	ร้อยละ
	จำนวน N=103	ร้อยละ	จำนวน N=115	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
40-44	14	6.42	15	6.88	29	13.30
45-49	24	11.01	26	11.93	50	25.99
50-54	25	11.47	32	14.68	57	29.62
55-59	40	18.35	42	19.27	82	42.62
อาชีพ						
แม่บ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	26	11.93	20	9.17	46	21.10
รับจ้าง	8	3.67	12	5.5	20	9.17
เกษตรกรรวม	51	23.39	55	25.23	106	48.62
ค้าขาย	8	3.67	17	7.80	25	11.47
รับราชการ	10	4.59	11	5.05	21	9.63
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	81	37.16	103	47.23	184	84.40
มัธยมศึกษาขึ้นไป	22	10.09	12	5.50	34	15.60
สถานภาพสมรส						
โสด/ว่าง/หย่า/แยกกันอยู่	18	8.26	17	7.80	35	16.06
คู่	85	38.99	98	44.59	183	83.94

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเอง				รวม	
	ค่อนข้างสูง		ปานกลาง		จำนวน N=218	ร้อยละ
	จำนวน N=103	ร้อยละ	จำนวน N=115	ร้อยละ		
ค่าดัชนีมวลกาย (ก.ก. / ม ²)						
24.99 ก.ก./ม ²	42	19.27	37	16.97	79	36.24
25.00-30.00 ก.ก. /ม ²	38	17.43	42	19.27	80	36.70
30.00 ก.ก. /ม ²	23	10.55	36	16.51	59	27.06
การรับรู้ระดับของสุขภาพ						
ไม่ดี	33	15.14	51	23.39	84	38.53
พอใช้	32	14.68	30	13.76	62	28.44
ดี	38	17.43	34	15.6	72	33.03
ระดับความดันโลหิต (ม.ม.ปรอท)						
ปกติ(140/90)	84	38.53	80	36.7	164	75.23
สูงเล็กน้อย(141-180/91-105)	11	5.05	18	8.26	29	13.30
ปานกลางถึงรุนแรง (180/105)	8	3.67	17	7.80	25	11.47
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	26	11.93	31	14.22	57	26.14
2 ปี	17	7.80	25	11.48	42	19.26
3 ปี	12	5.50	12	5.50	24	11.00
4 ปี	9	4.13	10	4.59	19	8.71
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	39	17.89	37	16.97	73	33.49

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของหญิงวัยกลางคนจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น						รวม	
	ค่อนข้างสูง		ปานกลาง		ค่อนข้างต่ำ		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน N=30	ร้อยละ	จำนวน N=168	ร้อยละ	จำนวน N=20	ร้อยละ		
อายุ (ปี)								
40-44	4	1.83	20	9.17	5	2.29	29	13.30
45-49	8	3.67	68	16.52	6	2.57	50	22.94
50-54	5	2.29	50	22.99	2	0.91	57	26.15
55-59	13	5.96	62	28.44	7	3.21	82	37.61
อาชีพ								
แม่บ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	8	3.67	35	16.06	3	1.38	46	21.10
รับจ้าง	1	0.46	17	7.8	2	0.91	20	9.18
เกษตรกร	12	5.50	84	38.53	10	4.59	106	48.62
ค้าขาย	2	0.91	19	8.72	4	1.83	25	11.47
รับราชการ	7	2.75	14	6.42	1	0.46	21	9.63
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	20	9.17	146	66.97	18	8.26	184	84.40
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10	4.59	22	10.09	2	0.91	34	15.60
สถานภาพสมรส								
โสด/ ม่าย/หย่า/ แยกกันอยู่	4	1.83	25	11.47	6	2.75	35	16.06
คู่	26	11.93	143	65.60	14	6.42	183	83.94

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น						รวม	
	ค่อนข้างสูง		ปานกลาง		ค่อนข้างต่ำ		จำนวน N=218	ร้อยละ
	จำนวน N=30	ร้อยละ	จำนวน N=168	ร้อยละ	จำนวน N=20	ร้อยละ		
ค่าดัชนีมวลกาย (ก.ก./ม ²)								
24.99 ก.ก./ม ²	15	6.88	57	26.15	6	2.75	78	35.78
25.00-30.00 ก.ก./ม ²	8	3.67	68	31.19	5	2.29	81	31.16
30.00 ก.ก./ม ²	7	3.21	43	19.72	9	4.13	59	27.06
การรับรู้ระดับของสุขภาพ								
ไม่ดี	7	3.21	67	30.73	10	4.59	84	38.53
พอใช้	9	4.13	47	21.56	6	2.75	62	28.44
ดี	14	6.42	54	24.77	4	1.83	72	33.03
ระดับความดันโลหิต (ม.ม.ปรอท)								
ปกติ(140/90)	13	5.96	141	64.68	10	4.59	164	75.23
สูงเล็กน้อย(141-180/91-105)	9	4.13	13	5.96	7	3.21	29	13.30
ปานกลางถึงรุนแรง (180/150)	8	3.67	14	6.42	3	1.38	25	11.47
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)								
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	26	11.93	31	14.22	6	2.75	63	28.90
2 ปี	17	7.80	25	11.47	4	1.83	46	21.10
3 ปี	12	5.50	12	5.50	1	0.46	25	11.47
4 ปี	9	4.13	10	4.59	1	0.46	20	9.17
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	39	17.89	37	16.97	8	3.67	84	38.53

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของหญิงวัยกลางคน จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลกับระดับการปฏิบัติด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการปฏิบัติด้านสุขภาพ				รวม	
	มาก		ปานกลาง		จำนวน N=218	ร้อยละ
	จำนวน N=92	ร้อยละ	จำนวน N=126	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
40-44	9	4.13	20	9.17	29	13.30
45-49	15	6.88	35	16.06	50	22.94
50-54	28	12.84	29	13.30	57	26.15
55-59	40	18.35	42	19.27	82	37.61
อาชีพ						
แม่บ้าน/อยู่บ้านเฉยๆ	18	8.26	18	8.26	36	16.51
รับจ้าง	2	0.91	18	8.26	20	9.17
เกษตรกรรวม	51	23.39	55	25.23	106	48.62
ค้าขาย	8	3.67	17	7.80	25	11.47
รับราชการ	13	5.96	8	3.67	21	9.63
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษา	74	33.94	110	50.46	184	84.40
มัธยมศึกษาขึ้นไป	18	8.26	16	7.34	34	15.60
สถานภาพสมรส						
โสด/ม่าย /หย่า/แยกกันอยู่	17	7.80	18	8.26	35	16.06
คู่	75	34.40	108	49.54	183	83.94

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับการปฏิบัติด้านสุขภาพ				รวม	
	มาก		ปานกลาง		จำนวน N=218	ร้อยละ
	จำนวน N=103	ร้อยละ	จำนวน N=115	ร้อยละ		
ค่าดัชนีมวลกาย (ก.ก./ม ²)						
24.99 ก.ก./ม ²	41	18.8	38	17.43	79	36.24
25.00-30.00 ก.ก./ม ²	24	11.00	56	25.69	80	36.70
30.00 ก.ก./ม ²	27	12.38	32	14.68	59	27.06
การรับรู้ระดับของสุขภาพ						
ไม่ดี	37	16.97	47	21.56	84	38.53
พอใช้	33	15.14	29	13.30	62	28.44
ดี	22	10.09	50	22.94	72	33.03
ระดับความดันโลหิต (ม.ม.ปรอท)						
ปกติ(140/90)	64	29.36	100	45.87	164	75.23
สูงเล็กน้อย(141-180/91-105)	20	9.17	9	4.13	29	13.30
ปานกลางถึงรุนแรง (180/105)	8	3.67	17	7.8	25	11.47
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง(ปี)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	16	7.34	39	17.89	55	25.23
2 ปี	20	9.17	22	10.09	42	19.27
3 ปี	9	4.13	15	6.88	24	11.01
4 ปี	7	3.21	12	5.50	19	8.72
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	40	18.35	36	16.51	76	34.87

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของหญิงวัยกลางคน จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย

ข้อมูลส่วนบุคคล	การบริโภคอาหาร								ออกกำลังกาย	
	เค็มจัด		ไขมันสูง		หวานจัด		โคเลสเตอรอลสูง			
	จำนวน N=98	ร้อยละ	จำนวน N=110	ร้อยละ	จำนวน N=99	ร้อยละ	จำนวน N=57	ร้อยละ	จำนวน N=104	ร้อยละ
อาชีพ										
อยู่บ้านเลขๆ	2	2.04	3	2.73	3	3.03	2	3.50	2	1.92
รับจ้าง	11	11.22	13	11.82	9	9.09	6	10.53	12	11.54
รับราชการ	7	7.14	6	5.45	7	7.07	6	10.53	9	8.65
ค้าขาย	13	13.27	18	16.36	14	14.14	8	14.04	9	8.65
แม่บ้าน	17	17.35	24	21.82	18	18.18	11	19.30	23	22.12
เกษตรกรรวม	48	48.98	46	41.82	59	59.59	24	42.10	49	47.12
รายได้ต่อเดือน (บาท)										
1000-2000	33	33.67	24	21.82	26	26.26	19	33.34	32	30.77
2001-4000	39	39.8	53	48.18	44	44.44	18	31.58	41	39.42
4001-6000	12	12.44	19	17.27	17	17.18	10	17.54	16	15.39
6001 ขึ้นไป	14	14.29	14	12.73	12	12.12	10	17.54	15	14.42
การรับรู้ระดับของสุขภาพ										
ไม่ดี	45	45.92	56	50.91	48	48.48	22	38.60	40	38.46
พอใช้	34	34.69	36	32.73	26	26.26	19	33.33	31	29.81
ดี	19	19.39	18	16.36	25	25.26	16	28.07	33	31.73

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การบริโภคอาหาร								ออกกำลังกาย	
	เต็มจัด		ไขมันสูง		หวานจัด		โคเลสเตอรอลสูง			
	จำนวน N=98	ร้อยละ	จำนวน N=110	ร้อยละ	จำนวน N=99	ร้อยละ	จำนวน N=57	ร้อยละ	จำนวน N=104	ร้อยละ
สถานภาพสมรส										
แยกกันอยู่	0	0	2	1.82	0	0	0	0	2	1.93
โสด	5	5.1	5	4.46	5	5.05	3	5.26	6	5.77
มีชาย	7	7.14	9	8.18	6	6.06	5	8.77	9	8.65
คู่	86	87.76	94	85.44	88	88.89	49	85.97	87	83.65
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้รับการศึกษา	4	4.08	5	4.46	2	2.02	1	1.76	7	6.73
ประถมตอนต้น	77	78.58	85	77.27	81	81.82	44	77.19	76	73.07
ประถมตอนปลาย	5	5.10	7	6.36	2	2.02	2	3.51	3	2.88
มัธยมตอนต้น	2	2.04	3	2.72	4	4.04	3	5.26	4	3.84
มัธยมตอนปลาย/ปวช.	4	4.08	4	3.64	3	3.03	3	5.26	4	3.84
อนุปริญญา/ปวส.	1	1.02	2	1.82	3	3.03	1	1.76	2	1.92
อุดมศึกษา	5	5.10	4	3.64	4	4.04	3	5.26	7	6.72
ศาสนา										
อิสลาม	6	6.12	11	10.09	13	13.13	6	10.53	6	5.77
พุทธ	92	93.88	99	90.00	86	86.87	51	89.47	98	94.23
ค่าดัชนีมวลกาย (ก.ก./ม²)										
24.99 ก.ก./ม ²	20	20.41	21	19.09	16	16.16	10	17.54	35	33.65
25.00-29.99 ก.ก./ม ²	51	52.04	59	53.64	45	45.46	35	61.40	49	47.12
30.00 ก.ก./ม ²	27	27.55	30	27.27	38	38.38	12	21.06	20	19.23

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	การบริโภคอาหาร								ออกกำลังกาย	
	เค็มจัด		ไขมันสูง		หวานจัด		โคเลสเตอรอลสูง			
	จำนวน N=98	ร้อยละ	จำนวน N=110	ร้อยละ	จำนวน N=99	ร้อยละ	จำนวน N=57	ร้อยละ	จำนวน N=104	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ปี)										
1 ปี	14	14.29	20	18.18	17	17.18	10	17.54	22	21.15
2 ปี	31	31.62	26	23.64	29	29.29	19	33.33	25	24.04
3 ปี	10	10.20	17	15.45	9	9.09	2	3.51	11	10.58
4 ปี	9	9.18	15	13.64	13	13.13	4	7.02	11	10.58
5 ปี	34	34.69	32	29.09	31	31.31	22	38.6	35	33.65
ระดับความดันโลหิต(มิลลิเมตรปรอท)										
ปกติ (<140/90)	67	68.37	74	67.27	73	73.74	44	77.19	70	67.30
สูงเล็กน้อย (141-180/91-105)	26	26.53	31	28.18	23	23.23	10	17.54	30	28.85
ปานกลางถึงรุนแรง (180-105)	5	5.10	5	4.55	3	3.03	3	5.27	4	3.85

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิมีดังต่อไปนี้คือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สິงห์ช่างชัย

ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิมลรัตน์ จงเจริญ

ภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. อาจารย์ จารุวรรณ มานะสุรการ

ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. นางวารี ไอยราคม

พยาบาลวิชาชีพ 7 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งสง

จังหวัดนครศรีธรรมราช

5. นางกุสุมา เกื้อทอง

พยาบาลวิชาชีพ 8 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวอรพินทร์ กายโรจน์

วัน เดือน ปีเกิด 18 ธันวาคม 2516

สถานที่เกิด จังหวัดนครศรีธรรมราช

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จ

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 2 2539

ตำแหน่งและที่ทำงาน

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

ปีที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 4

โรงพยาบาลถ้ำพรธรา

2539-ปัจจุบัน