

แบบแสดงผลงานวิชาการ

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและ
ความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน
(Effects of self-management promotion program and family participation on health behaviors
and Blood pressure in working adults' group)**

ของ

นางสาวรัฐฉวี นิชัย ชนเศรษฐ์

**ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
(ด้านส่งเสริมพัฒนา) เลขที่ตำแหน่ง 1473 กลุ่มพัฒนาวิชาการ
ส่วนราชการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
กรมควบคุมโรค
(เสนอผลงานเข้ารับการประเมิน ปี 2561)**

คำนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องใช้การดูแลรักษาเพื่อการควบคุมความรุนแรงของโรค แม้ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการจัดการโรคความดันโลหิตสูงหลายรูปแบบแต่ยังไม่สามารถควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการการรับประทานยา การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้นั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา การจัดการเป็นกระบวนการที่ดีที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ผู้ที่จะสามารถจัดการตนเองได้ต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความตระหนักและเห็นความสำคัญ สามารถสังเกตเข้าใจถึงปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมสุขภาพและสามารถตัดสินใจปฏิบัติตามแผนการรักษา การได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก บายส์(Kanfer& Gaelick Buys,1991)เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองประกอบด้วย(1)การติดตามตนเอง (Self- monitoring) (2)การประเมินตนเอง Self -evaluation) (3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) และมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ และการสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยใช้เทคโนโลยีทางดิจิทัล ทางไลน์กลุ่ม ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลความรู้สุขภาพที่ถูกต้อง มีการโต้ตอบ ชักถามนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ เกิดภูมิด้านทางด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง จัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยเหลือระบบบริการด้วยการบอกต่อ การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเมืองนครราชสีมา เพื่อจัดรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตเมืองจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมาและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง บุคลากรและกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่าน

นางสาว รัฎฐรินีย์ ชนเศรษฐ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 1473 กลุ่มพัฒนาวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ชื่อเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน(Effects of self-management promotion program and family participation on health behaviors and Blood pressure in working adults' group)

โดย นางสาว รัฎฐิณีชน เศรษฐ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ 1473 งานโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ (Cluster NATI) กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

เอกสารเสนอประกอบการขอประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านส่งเสริมพัฒนา ตำแหน่งเลขที่ 1473 กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ปีที่จัดทำผลงาน ปี พ.ศ. 2559-2560

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสุนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยต้องมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นเวลา 6 เดือนจำนวนทั้งสิ้น 64 คน ถูกแบ่งโดยการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คนที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ 1. ผู้วิจัยจะนำผลวิจัยที่ได้สืบข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเช่นไลน์กลุ่ม ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน ติดตาม ประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ปฏิบัติได้จริง นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้วิจัยจะนำผลวิจัยที่ได้ศึกษาต่อยอด เรื่องผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสถานประกอบการ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาครั้งต่อไปจะปรับปรุงข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาครั้งนี้ จะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบที่มากกว่า 3 ข้อ ได้แก่ มีอายุต่างไม่เกิน 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาและไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยจะต้องพิจารณาองค์ประกอบเรื่อง ดัชนีมวลกาย ระดับความดัน Systolic และระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและมีอิสระจากกันเพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้ มีความแตกต่างในทางสถิติ

3. ผู้วิจัยจะนำผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ โดยจะพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสนับสนุนส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ การจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This study is an R2R (Routine to Research) research aimed to study the effects of self-management promoting programs by family participation on health behaviors and blood pressure. Study of working age hypertension patients aged between 35-59 years working in Suranaree Industrial Factory Nakhon Ratchasima Which has been diagnosed by doctors as having high blood pressure and coming to the clinic for chronic diseases At Nong Pling Sub District Health Promotion Hospital Nakhon Ratchasima Between October 2016 - June 2017, the sample group were patients who voluntarily participated in the research. Which must meet the required criteria And able to participate in activities for 6 months, a total of 64 people were divided by randomness into 32 experimental groups, which will participate in the self-management promotion program And the control group of 32 people who received regular medical treatment Collecting data using personal data questionnaires Health behavior questionnaire created by the researcher and validated by the experts Get the coefficient of reliability of 0.78 data analysis By using the program to analyze general data by frequency distribution, percentage, mean and comparing the differences between groups by using Chi-square statistics to compare the difference of average scores of health behaviors and blood pressure between groups using independent t-test statistics

The results showed that after participating in the experimental group program, the mean score of health behavior was having meal exercise Stress management Taking medicine Higher than the control group receiving regular medical treatment in all aspects Differing significantly at the level of 0.05 and the mean Systolic blood pressure and Diastolic blood pressure Of the experimental group, which is lower than the control group who received regular medical treatment with statistically significant at the level of 0.05 Hypertension Can change behavior continuously and can control high blood pressure better

Suggestions 1. The researcher will bring the research results that have been returned to the relevant agencies. Use as a guide to take advantage of digital technology to increase work efficiency, such as line groups by mobile phone In communication, consulting, stimulating, warning, monitoring, evaluating and supporting knowledge that is easy to understand Consistent with the way of life Practical Bring information to make decision to change behavior Have self-management skills to reduce and reduce risk factors by themselves continuously

2. The researcher will use the research results that have been further studied. The result of the self-management promotion program for hypertensive patients By participation of families and establishments To be used in patients with hypertension The next study will improve the limitations in choosing the sample group. From this study Must consider more than 3 elements, such as age not more than 5 years, diagnosed by a doctor with high blood pressure And treated with medication and without joint disease or complications The researcher must consider the composition of body mass index, Systolic pressure level and severity of disease. So that both groups of samples have the most similar properties and are independent of each other to control personal factors that influence Participation in the program of the experimental group and the control group does not allow There are statistical differences.

3. The researcher will use the self-management support program. By developing programs that are suitable for chronic non-communicable diseases, other diseases such as self-management support programs for slowing kidney degeneration in diabetic patients Including using as a guideline for the development of a support service system to promote self-management by family participation in chronic non-communicable diseases, other diseases

Keywords self-management , High blood pressure

สารบัญ

	หน้า
คำนำ กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิด ทฤษฎี	8
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แหล่งที่มาของข้อมูล	69
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	70
วิธีวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
อภิปรายผล	90
สรุปผลการวิจัย	101
ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	109
ภาคผนวก ข ผลงานที่เผยแพร่ตีพิมพ์	112

สารบัญตาราง

ตาราง	ชื่อตาราง	หน้า
1	ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	82
2	ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	84
3	ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง	86
4	ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	88
5	ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	89
6	ตารางที่ 6 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	ภาคผนวก 109

สารบัญภาพ

ตาราง	ชื่อตาราง	หน้า
1	ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย	7
2	ภาพองค์ประกอบความพร้อมของการเปลี่ยนแปลง	46
3	ภาพ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงาน	79

บทที่ 1

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มมากขึ้นและประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเป็นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ โรคหัวใจ อัมพาต ไตวาย ⁽¹⁾ หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะลดโอกาสเสี่ยงการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตลงได้ร้อยละ 35-40 ลดการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 ⁽²⁾ ในปี 2558 ประเทศไทยมีประชากรกลุ่มวัยทำงานมากที่สุด 43 ล้านคน หากประชากรวัยนี้ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมถึงสูญเสียรายได้ หากมีความพิการส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวม และกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงการบริการคัดกรองสุขภาพน้อย ส่งผลให้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ⁽³⁾ ส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม อาทิ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ภาวะที่เพียงพอ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และมีความเครียด มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำงานหนัก มีความเครียดสูง มีการดำเนินชีวิตขาดความสมดุลเช่นพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม นิยมทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วน ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำตาลดื่มมากขึ้น มีการบริโภคเกลือ/โซเดียมสูงเกินเกณฑ์ถึงสองเท่า มาจากการกินอาหารที่มองไม่เห็นว่ามีส่วนของโซเดียมผสมอยู่เช่นเครื่องปรุงรส ผงฟู ขนมกรุบกรอบ อาหารกึ่งสำเร็จรูป รับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่นการเล่นคอมพิวเตอร์ เล่นมือถือ ดูโทรทัศน์ นั่งประชุมนานๆ การใช้ชีวิตที่สะดวกสบายเกินไป ร้อยละ 37.3 ของกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 25-49 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด และร้อยละ 20 ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 19-60 ปี สูบบุหรี่มากที่สุด และสาเหตุการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 32 - 40 ปีเกิดจากความเครียดสะสมเรื่องงานและเศรษฐกิจ ⁽⁴⁾ และที่สำคัญร้อยละ 70 ของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อไม่รู้ว่าเป็นตัวเองป่วยและไม่ได้รับบริการที่เหมาะสม ขาดโอกาสการเข้าถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้การจัดการตนเองไม่ดีเข้าสู่ระยะการเกิดโรค และมีภาวะแทรกซ้อนรวดเร็วยิ่งขึ้น เปรียบเหมือนระเบิดเวลาของทั้ง การป่วยใหม่ ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ ⁽⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้านคือ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสมและร้อยละ 37.3 ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-49 ปี ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากที่สุด และร้อยละ 20 กลุ่มวัยทำงานอายุ 19-60 ปีมีการสูบบุหรี่มากกว่าร้อยละ 20 จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยทำงานในช่วงปีพ.ศ. 2546 - 2554 พบว่า กลุ่มอายุ 25 - 59 ปีมีการฆ่าตัวตายสูงเพิ่มเป็น 2 เท่า ในปี 2556 สาเหตุของการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 32 - 40 ปีส่วนใหญ่ เกิดจากความเครียดสะสมเรื่องงานและเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้อง

กับสถิติข้อมูล การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ 1323 ของกรมสุขภาพจิตที่พบว่า กลุ่มวัยทำงาน เป็นกลุ่มที่มา ขอรับการปรึกษามากที่สุด โดยพบว่า ปีพ.ศ. 2556 กลุ่มวัยทำงานในช่วงอายุ 31 - 45 ปีมาขอรับ บริการ มากที่สุดร้อยละ 35.74 รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงานในช่วงอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 32.16 และที่สำคัญ คือกลุ่มวัยทำงานเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขน้อย เนื่องจากต้องทำงานและเมื่อเข้าโครงการปรับพฤติกรรม แล้วไม่ได้ผลเพราะหลังเข้าโปรแกรมกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม แม่ครัวที่บ้านทำอาหารแบบเดิม ขาดการดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัว ร้อยละ 70 คนไทยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อแล้วจำนวนมากไม่รู้ว่าตนเอง ป่วยเป็นโรคแล้วไม่ได้รับการที่เหมาะสม ขาดโอกาสแม้แต่รับทราบถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ขาดทักษะส่งผลให้การจัดการตนเองตามสถานะของโรคได้ไม่ดี เร่งให้เข้าสู่ระยะการเป็นโรค และการมีภาวะแทรกซ้อนรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งสถานการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว เปรียบเหมือนระเบิดเวลาของทั้ง การป่วยใหม่ ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคกลุ่มวัยทำงาน มีเป้าหมายหลักคือ ลดปัญหา 5 โรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง ซึ่ง ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงใน 3 ด้านคือ การบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม และข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า 80% ของโรคหัวใจ โรคเบาหวานประเภทที่ 2 และมากกว่า 40% ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ด้วยการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ และการ รับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ดังนั้นการค้นหากลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ยังไม่มีอาการ นำมาลดปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เริ่มแรก เป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรค⁽⁶⁾ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องตระหนัก โดยเฉพาะบุคลากร สาธารณสุขจะต้องดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดปัจจัยเสี่ยงด้วยการนำมาปรับเปลี่ยน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนใหญ่ เป็นเพียงการให้สุขศึกษาหรือคำแนะนำ และยังไม่มีการนำแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใช้บริการที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันและการจัดบริการ สุขภาพยังขาดการแก้ปัญหาพร้อมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้มารับบริการ ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่อง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรม สุขภาพ ที่ดีและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะของโรค จึงทำให้ผู้ใช้บริการทั้งกลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มป่วยยังคงมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มป่วย กลุ่มป่วย มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ต่อไป

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ ในปี 2556-2558 มีการเจ็บป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นและจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 3,463 เพิ่มขึ้นเป็น 5,445 ต่อประชากรแสนประชากร⁽⁷⁾ จากผลการตรวจราชการปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 911 รายคิดเป็นร้อยละ 13.47

สูงสุดคือจังหวัดนครราชสีมา 418 รายคิดเป็นร้อยละ 18.26 และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานที่ไม่เคยทราบหรือเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และผลการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูงจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 82.81 พบกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 30.01

ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา เป็นพื้นที่ตั้งของเขตอุตสาหกรรมสุรนารี มีโรงงานขนาดใหญ่มากมายจำนวน 112 โรงงาน ประชากรส่วนใหญ่มีรับจ้างและค้าขาย และจากนโยบายเมืองไทยแข็งแรงของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90 ได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือกำลังควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในที่สุด เพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 20 - 25 ของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยไม่ต้องใช้ยา จากการรายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองปลิงปี 2559 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่อยู่กลุ่มวัยทำงานที่อายุตั้งแต่ 35 -59 ปี และมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพฤกษ์คิดเป็นร้อยละ 42.86 โรคหัวใจร้อยละ 35.71 รองลงมา โรคไตร้อยละ 14.29 และจากการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในปี 2557-2559 มีครอบครัวมากกว่าร้อยละ 90 พบมีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.8 ,10.3 และ 10.6 ตามลำดับ และกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานที่อายุตั้งแต่ 35 -59 ปีสูงถึงร้อยละ 51 สะท้อนให้เห็นว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยโดยไม่รู้ตัว เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มีการเจ็บป่วยให้เห็นชัดเจน จนกว่าจะมีการทำลายอวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จึงมักไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกของการเกิดโรค และกลุ่มวัยทำงานมีความเสี่ยงและป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ การมีสุขภาพที่ดีต้องมาจากการมีวิถีชีวิตที่เหมาะสม รวมถึงปัจจัยที่เอื้อต่อสุขภาพและความปลอดภัยทั้งในบ้าน สถานที่ทำงาน ชุมชน และสถานที่สาธารณะต่างๆ และเมื่อเจ็บป่วยต้องได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสมรวดเร็วและมีคุณภาพ เพื่อลดการป่วยและการบาดเจ็บให้ได้มากที่สุด และจากผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่สามารถสร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากปัญหาดังกล่าว หากการ คัดกรอง ค้นหาความเสี่ยงแล้วไม่มีการนำกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มาจัดการต่อ เน้นการจ่ายยาในโรงพยาบาลมากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กระบวนการให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกันทุกคนและทุกครั้ง ไม่ได้ปรับตามสภาพปัญหาบุคคล สนับสนุนความรู้ให้มีการจัดการตนเองน้อย รูปแบบการจัดบริการที่ผ่านมา ผู้ให้บริการยึดบทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญ วางแผน และคิดวิธีการให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามคิดว่าเป็นสิ่งดีที่สุดในสำหรับผู้รับบริการตามมุมมองของเราฝ่ายเดียว มักชินกับการสอน, การสั่ง, การชี้แนะ และการให้คำแนะนำ เพื่อช่วยในการเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้รับบริการต่อต้าน ขาดความร่วมมือและไม่เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไม่ทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยง 3 อ. 2 ส.อะไรบ้าง

ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลอย่างไรบ้างในอนาคต และหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ตลาดเดิม โรงอาหารเดิม และรับประทานอาหารจากแม่ครัวที่บ้านที่ทำอาหารแบบเดิม ขาดการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัวทำให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ต่อเนื่องเพราะสิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่เอื้อ และไม่มีทางเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ได้ นั่นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สำเร็จ ทำให้เป็นภาระหนักในการรักษา ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานมีปัญหามากมายตามมาในเรื่องของการปรับตัวอย่างไรให้อยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ และโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program) ยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการลดกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีศักยภาพในการดูแลตนเองใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย ผู้วิจัยในฐานะศูนย์วิชาการมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนองค์ความรู้ ถ่ายทอดนโยบาย และเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานสากล ตามความต้องการและความเหมาะสมกับพื้นที่ จึงสนใจศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงานให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงลดโรคให้ได้ ทำอย่างไรจึงจะช่วยให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ มีความสามารถในการจัดการตนเอง (self- management) มีแรงจูงใจ ตัดมั่นที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง มีการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้ควบคุมภาวะของโรคให้ได้นั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management) โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลlick บายส์ (Kanfer& Gaelick Buys,1991)⁽⁸⁾ เป็นแนวทางในการศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนทำให้กลุ่มวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุนการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ซึ่งน่าจะเหมาะกับบริบทของผู้ป่วยในสังคมไทยเพราะสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และดูแลใส่ใจกันจึงน่าจะมีส่วนช่วยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องทำให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program) ยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางแนวทางป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเกิดมาตรการในการจัดการโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง บุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่จะต้องดูแล รักษาตลอดชีวิต

ให้มีความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญแห่งความสำเร็จในการเกิดความร่วมมือ (Collaborative Care) ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สนับสนุนความรู้ในทุกช่องทางโดยเฉพาะทางดิจิทัล ผ่านโทรศัพท์มือถือโดยใช้ไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และเปิดโอกาสให้ได้รับการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดปัญหาและผลกระทบต่อนตนเอง ต่อครอบครัว เกิดเป็นทักษะในการจัดการตนเอง ปกป้องตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อได้อย่างยั่งยืน และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาของประเทศ ได้อย่างมหาศาลอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานระหว่างกลุ่มทดลองที่ร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ หรือไม่

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ หรือไม่

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิก บายส์(Kanfer& Gaelick Buys,1991) เป็นแนวทางในการศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนทำให้กลุ่มวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมประกอบด้วย (1) การติดตามตนเอง (Self- monitoring) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันสำรวจพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผ่านมากับมาตรฐานและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการรับรู้ มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองตามแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (2)การประเมินตนเอง (Self –evaluation) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินผล เพื่อการบรรลุเป้าหมายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคในการจัดการตนเองนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self reinforcement) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเอง ตามความเหมาะสม และครอบครัวคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุน

ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนความรู้ ที่ถูกต้อง ที่ง่ายต่อความเข้าใจ นำไปใช้ได้จริง ในทุกช่องทาง โดยเฉพาะทางดิจิทัล ผ่านโทรศัพท์มือถือโดยใช้ไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และได้รับการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนทำให้กลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก สามารถตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เกิดทักษะในการจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศได้อย่างมหาศาลและสามารถดูแล ปกป้องตนเองครอบครัวและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพอย่างยั่งยืน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปีที่ทำงานในโรงงานในเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัด นครราชสีมา ระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทำงานที่จะได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ ให้กำลังใจ สนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยเหลือ กำกับ ติดตาม ประเมินผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ที่เหมาะสมกับโรคได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองได้ และมีทักษะในการดูแลปกป้องตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

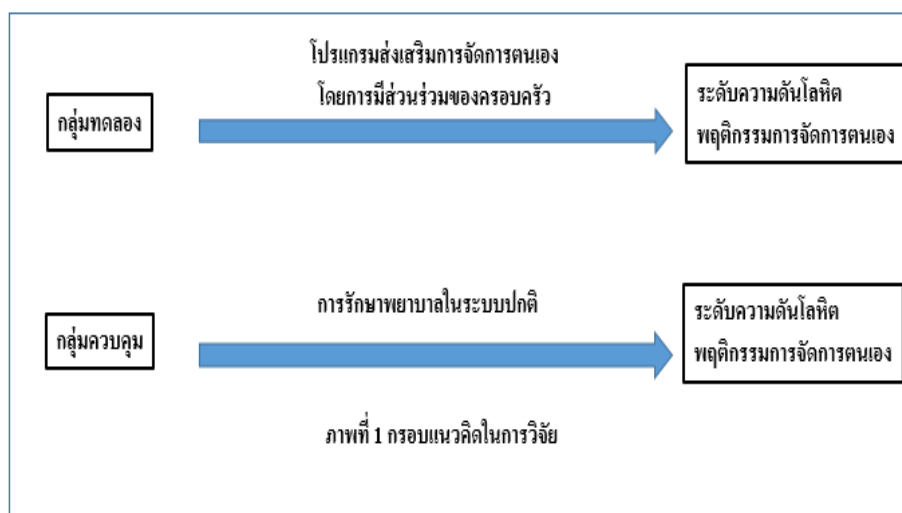
2. ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ สนับสนุนการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ที่เหมาะสมกับโรคต่อเนื่องที่บ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทักษะในการจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ และมีทักษะในการดูแล ปกป้องตนเองครอบครัวและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

3. ผลการวิจัยที่ได้ใช้เป็นแนวทางให้กับพยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อและผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยใช้ไลน์กลุ่ม ผ่านทางโทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ตอบข้อซักถามจนเกิดความรู้ ความเข้าใจตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จนเกิดเป็นทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว

4.ผลการวิจัยที่ได้นำไปศึกษาวิจัยต่อยอดในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น กลุ่มอายุอื่นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) เป็นการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

- 2.1 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วม
- 2.4 แนวคิดการแรงสนับสนุนทางสังคม
- 2.5 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2.5 แนวคิดการป้องกันโรค
- 2.6 แนวคิดการได้รับข้อมูลข่าวสาร
- 2.7 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.8 แนวคิดการจัดการตนเองและการประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2.9 แนวคิดการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
- 2.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.1.1 ความหมายพฤติกรรม

ชัยพร วิชชาวุธ (2533 :1) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำของมนุษย์ไม่ว่าการกระทำนั้นผู้กระทำจะทำโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และไม่ว่าคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นหรือไม่ก็ตาม การพูด การเดิน การได้ยิน การเข้าใจ การรู้สึก การคิด ต่างเป็นพฤติกรรมทั้งนั้น ประเทือง ภูมิภักทราคม (2540 อ้างถึงใน ประชัน จันระวังยศ, 2546: 6) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำ การแสดงออกของบุคคลในสภาวะการณ์ใดสภาวะการณ์หนึ่งที่สามารถสังเกตได้ ได้ยิน และวัดด้วยเครื่องมือที่เป็นปรนัยได้พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะสังเกตได้ หรือไม่ได้ก็ตาม ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นเป็นคน พฤติกรรมของคนก็หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมาอันมีทั้งพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งในการศึกษาส่วนใหญ่จะสนใจศึกษาพฤติกรรมภายนอก เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540 : 141)

จากคำจำกัดความดังกล่าว ผู้วิจัย ขอสรุปความหมายพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการตอบสนองของมนุษย์ต่อสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด หรือสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ โดยการกระทำนั้นเป็นไป

โดยมีจุดมุ่งหมายและเป็นไปอย่างใคร่ครวญมาแล้ว หรืออย่างไม่รู้สึกรู้สีกตัว และไม่ว่าสิ่งมีชีวิต หรือบุคคลอื่น สามารถสังเกตการณ์กระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม

2.1.2 ประเภทของพฤติกรรม

สมาน มานะกิจ (2539 : 11) ได้นิยามความหมายของพฤติกรรม คือ กิจกรรมที่สามารถสังเกตได้จากบุคคลอื่น หรือเครื่องมืออื่น ๆ เช่น การวิ่ง การเดิน การกระทบรีบตา การคิด เป็นต้น นักจิตวิทยาได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมภายนอก หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เช่น การอ่านหนังสือ การนอน การปฏิบัติต่าง ๆ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่เราสามารถทราบว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น ความรู้ ความคิด ความฝัน เป็นต้น

อารีรัตน์ บากาสะแต (2542 : 2-3) กล่าวถึงการจัดประเภทพฤติกรรมว่า อาจจัดแบ่งประเภทโดยใช้หลักการต่าง ๆ เป็นเกณฑ์ ดังนี้

1. ใช้หลักการสังเกต เป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ
 - 1.1 พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตได้หรือพฤติกรรมภายนอก
 - 1.2 พฤติกรรมที่ผู้อื่นสังเกตไม่ได้หรือพฤติกรรมภายใน
2. ใช้หลักการรู้ตัวเป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ
 - 2.1 พฤติกรรมที่ผู้กระทำรู้ตัวและจงใจกระทำพฤติกรรมนั้น เช่น การยิ้ม การพูดคุย
 - 2.2 พฤติกรรมที่ผู้กระทำไม่รู้ตัว เช่น ความฝัน หรือการพูดซ้ำๆ
3. ใช้หลักการยอมรับทางสังคม เป็นเกณฑ์ แบ่งได้ 2 ประเภท คือ
 - 3.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การทำหน้าที่ การทำตามจารีตประเพณี
 - 3.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การทำผิดกฎเกณฑ์ของสังคม

จากคำจำกัดความดังกล่าว ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า พฤติกรรม (Behavior) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมภายนอก คือ พฤติกรรมที่บุคคลอื่นสังเกตได้ และพฤติกรรมภายใน คือพฤติกรรมที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้ แต่ผู้กระทำทราบว่ามีการกระทำ

2.1.3 การเกิดพฤติกรรม

วิลลิสท์ ทรียงกุล (2526 : 7-9) กล่าวว่า พฤติกรรมมีขั้นตอนการเกิด 3 กระบวนการ คือ

1. การรับรู้ (Perception) คือกระบวนการรับข่าวสารโดยผ่านทางระบบประสาทสัมผัส
2. การเรียนรู้ (Cognition) คือกระบวนการทางจิตที่รวมการเรียนรู้ การจำ การคิด เป็นกระบวนการทางปัญญา เกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ซึ่งเป็นกระบวนการภายใน
3. กระบวนการพฤติกรรมในสภาพแวดล้อม (Spatial Behavior) คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมผ่านการกระทำ สังเกตได้จากภายนอกเป็นพฤติกรรมภายนอก

ประชัน จันระวังยศ (2546: 6) กล่าวว่า พฤติกรรมทุกชนิดที่แสดงออก มีจุดหมายปลายทางที่ผู้แสดงคงต้องไปให้ถึง และมีหลักในการศึกษาพฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมทุกชนิดจะต้องมีสาเหตุ
2. พฤติกรรมที่เหมือนกันอาจจะมาจากสาเหตุที่แตกต่างกัน
3. พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวแต่อาจจะมาจากหลายสาเหตุได้

จากคำจำกัดความดังกล่าว ผู้ศึกษาสรุปได้ว่าพฤติกรรมมีขั้นตอนการเกิด 3 กระบวนการคือ

- 1) กระบวนการรับรู้
- 2) กระบวนการเรียนรู้
- 3) กระบวนการเกิดพฤติกรรม

2.1.4 ความหมายของสุขภาพ

วิเชียร ชูเสมอ (2543 : 86) ให้ความหมายว่า สุขภาพคือ ความสุขของชีวิต ทั้งร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณ อันเป็นผลมาจากสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถจัดกลุ่มความหมายที่เชื่อมโยงได้ 3 ปัจจัยหลักคือ

- 1.บุคคล ประกอบด้วย 3 ระบบย่อย คือ ร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ
- 2.สังคม ครอบครัวอบอุ่น มีค่านิยมที่ถูกต้อง มีการศึกษา มีความปลอดภัย ปลอดภัยเสพติด การเมืองสร้างสรรค์ ประเทศอยู่เย็นเป็นสุข
3. สิ่งแวดล้อม สมดุล ปราศจากมลพิษ อาหารสะอาด ธรรมชาติไม่ถูกทำลาย

ประเวศ วะสี (2543 : 14-16) ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีปัจจัยที่จำเป็นที่เพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ไม่ติดขัด มีสติ สมာธิ ปัญญารวมทั้งลดความเห็นแก่ตัวไปด้วย 8 สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม เสมอภาค สันติภาพ มีระบบบริการที่ดี สุขภาวะ ที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงศาสนา มีความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อนุญ้ยหลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ ผ่อนคลาย มีความสุขที่ล้ำลึก สบายอย่างยิ่ง สุขภาพคืออย่างยิ่ง มีผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

โดยสรุป สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคร้ายต่าง ๆ และมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.1.5 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

พันธุทิพย์ รามสูตร (2540 : 154-155) ได้ให้ความหมายว่า ของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงพฤติกรรมใด ๆ ที่ผู้ซึ่งมีสุขภาพภาวะสุขภาพปกติ หรือป้องกันการเกิดโรคอันตรายที่อาจเกิดได้ โดยการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจร่างกายประจำปี ฯลฯ รวมถึงหญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์ การพาบุตรไปตรวจสุขภาพเด็ก ซึ่งผู้แสดงพฤติกรรมดังกล่าว รวมถึงผู้ที่อยู่ในภาวะไม่เสี่ยงด้วย อาจเรียกได้ว่า พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมป้องกัน (Prevention Behavior)

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2541 : 3) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรืองดเว้นไม่กระทำ และการแสดงออกของบุคคลที่จะกระทำ หรืองดเว้นไม่กระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพตนเองของครอบครัว หรือของบุคคลอื่น ๆ ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ ก็เรียกว่า พฤติกรรมที่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ต้องการ ในทางตรงกันข้าม ถ้าพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีผลเสียต่อสุขภาพ ก็เรียกว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่ต้องการ หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

สุชาติ โสมประยูร (2542 : 46) ได้ให้ความหมายว่าว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

Harris and Guten (1979 : อ้างถึงใน สุนันทา พานทอง, 2547 : 8) ใช้คำว่า พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Health Protective Behavior) แทนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความหมายว่า เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ส่งเสริมหรือคงไว้ภาวะสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันมี 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรค

2. การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นที่เริ่มมีอาการของโรค ในระยะขั้นนี้ทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวลง

3. การป้องกันระดับสาม (Tertiary Prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สภาพการทำงานที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

Gochman (1988 : อ้างถึงในทัศนีย์ บุญทวีสง 2549, 7) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติหรือลักษณะต่างๆของบุคคลซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวังแรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่นๆ : ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะ อุปนิสัยและพฤติกรรม การแสดงออก การปฏิบัติและนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพจากที่กล่าวมาข้างต้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือไม่กระทำที่เป็นผลต่อสุขภาพตนเองครอบครัวและบุคคลอื่น โดยเป็นผลมาจากทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคมนิสัย และผลที่คาดว่าจะได้รับหลังจากการกระทำหรือไม่กระทำนั้น ๆ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นยังเป็นผลมาจากการเรียนรู้ 3 ส่วน คือ ความรู้ความเข้าใจ ความคิดเห็นและทัศนคติ และการกระทำหรือการปฏิบัติ โดยลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 ลักษณะด้วยกัน

คือ พฤติกรรมการเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

2.1.6 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จินดา บุญช่วยเกื้อกุล (2541 : 67) จำแนกประเภทพฤติกรรมสุขภาพได้เป็น 4 ลักษณะคือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในภาวะปกติเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในภาวะปกติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติภัยต่าง ๆ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การสวมหมวกนิรภัยรวมทั้งการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ปวดท้อง อาจมีพฤติกรรมต่อการปวดท้องได้หลายลักษณะบางคนรอดูอาการ ปรีกษาคณโกสิชิต หรือรักษาพยาบาล 10

4. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษาพยาบาล เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย

ธนวรรณ อิมสมบุรณ์ (2541 : 4-5) พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จำแนกตามสภาวะสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ ได้ 4 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย คือการกระทำหรือการแสดงออกเมื่อรับรู้ได้ว่า ตนเองเกิดเจ็บป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย

2. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล คือ การกระทำหรือการปฏิบัติเมื่อบุคคลตัดสินใจแล้วว่าการเจ็บป่วยนั้น ๆ ต้องการรักษาพยาบาล

3. พฤติกรรมการป้องกันโรค คือ การกระทำหรือการปฏิบัติหรือการงดเว้นไม่กระทำหรือไม่ปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นไม่เจ็บป่วย

4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นมีสุขภาพดีตามกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพจำแนกได้

4 ประเภท คือ

- 1) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี
- 2) พฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อป้องกัน โรคและอุบัติภัย ต่างๆ
- 3) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยที่เหมาะสม
- 4) พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษาพยาบาลเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย

2.1.7 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538 : 39) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์แลปราศจากโรคจากลักษณะทางชีวภาพกับการมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ส่วนการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับ ลักษณะทางจิตและสภาพแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งลักษณะชีวภาพของบุคคล เช่น พันธุกรรม ความชรา และความเจ็บป่วยในปัจจุบัน สาเหตุด้านสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลที่สำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นเด็กและวัยรุ่น ส่วนสาเหตุทางจิตใจสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่

พันธุทิพย์ รามสูตร (2540 : 161) กล่าวไว้ว่า ความเชื่อ พฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการกระทำตามความเชื่อและข่าวสารที่ได้รับ ความเชื่อจึงขึ้นอยู่กับข้อมูล ซึ่งอาจเป็นข้อมูลผิดหรือถูกก็ได้ และความเชื่อจะเป็นตัวทำให้เกิดการตัดสินใจหรือกระทำที่ออกมาในรูปของพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตและสภาพแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งลักษณะชีวภาพของบุคคล โดยตัวกำหนดหรือบ่งชี้ของพฤติกรรมของสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อในข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจและการปฏิบัติซึ่งต้องมีการฝึกนิสัยและทักษะการดูแลสุขภาพ

2.1.8 แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.1.8.1 แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

Kelman (1979 อ้างถึงใน ทศนีย์ บุญทวีสง ,2549 : 16)การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือการเปลี่ยนทัศนคติของคน มี 3 กรณี คือ

1. การยินยอม(Compliance)
2. การเลียนแบบ (Identification)เป็นการแสดงเพื่อแสดงถึงการยอมรับในสิ่งนั้น
3. การเปลี่ยนจากภายใน (Internalization) เป็นการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีเงื่อนไขหรือการนำมาเป็นแบบอย่างในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงแบบนี้อยู่ได้นาน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็นความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามหรือประพฤติพฤติกรรมแบบนั้น โดยไม่มีเงื่อนไข

2.1.8.2 แนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

Foster (1979 อ้างถึงใน ทศนีย์ บุญทวีสง ,2549 : 15)การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่

1. การได้รับประโยชน์หรือผลดีที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เช่น การป้องกันโรคผลจะเกิดขึ้นในระยะใกล้-ไกล เป็นอย่างไร การรับประทานอาหารดีทำให้ร่างกายแข็งแรงอย่างไร
2. การประหยัดค่าใช้จ่าย กรณีการเปลี่ยนแปลงนั้น ต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น การส่งเสริมให้คนมีส่วนร่วมจะต้องใช้งบประมาณ มีหรือไม่
3. ต้องไม่ทำให้บุคคลนั้นเสียสถานภาพเดิมที่เป็นอยู่ เช่น การเสียบทบาทการเป็นผู้นำหรือเพศ/หรือสิ่งที่สังคมยอมรับ ยกย่อง

การวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาแล้ว พบว่า แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีพื้นฐานมาจากหลายสาขา โดยคำว่า “สุขภาพ” ไม่สามารถวัดได้ แต่ต้องอาศัยกระบวนการ ขั้นตอนหลายอย่างเพื่อจะวัดสุขภาพในด้านการวัด แต่พบว่ายังไม่มีมาตราส่วนหรือเครื่องวัดมาตรฐานที่ได้สร้างขึ้นสำหรับวัดสุขภาพ 12 โดยตรง นอกจากจะใช้เครื่องชี้วัดทางสุขภาพ (Health Indicators) ที่กำหนดแทนตัวแปร สุขภาพดังกล่าวงานวิจัย ต่าง ๆ ดังนี้

Walsh (1985 : 354) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแยกเป็นพฤติกรรมเฉพาะด้าน 6 ด้าน ได้แก่ การกิน ออกกำลังกาย รักษาสุขภาพฟัน การสวมเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การควบคุมน้ำหนักการตรวจสุขภาพประจำปี และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจช่องปากและฟัน

กรมพลศึกษา (2529 : 9) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแยกเป็นพฤติกรรมเฉพาะด้าน 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติตนเรื่องความสะอาดของร่างกาย การออกกำลังกายการพักผ่อน การขับถ่าย การรักษาโรคและป้องกันโรค

วนิดา วรสุวรรณ (2542 : 2-4) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแยกเป็นพฤติกรรมเฉพาะด้าน 6 ด้าน ได้แก่ อนามัยส่วนบุคคล อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย สุขภาพจิต การป้องกันอุบัติเหตุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมวิธีวัดพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปจะเป็นการรายงานความถี่ของการกระทำนั้นๆ โดยประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า และมีคำตอบในรูปแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 หน่วย จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบได้คะแนนสูง แสดงว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระดับสูง ผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำในงานวิจัยนี้จะใช้พฤติกรรมสุขภาพเฉพาะที่สำคัญ เช่น พฤติกรรมการรักษาโรค การป้องกัน และการบริโภคอาหาร การวัดพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ส่วนใหญ่จะใช้แบบทดสอบ โดยจะต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย การวัดพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การนอนพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น

เป้าหมายการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีเป้าหมาย 2 ส่วน คือ

1. พฤติกรรมป้องกันโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกัน การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การออกกำลังกายทุกวัน การพักผ่อนให้เพียงพอ การตรวจร่างกาย
3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เช่น การไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ การดูแลร่างกาย
4. พฤติกรรมการปฏิบัติตามแพทย์สั่ง เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายตาม คำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น

โดยสรุป การวัดพฤติกรรมสุขภาพจะแยกเป็นพฤติกรรมเฉพาะด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี การใช้ยาและหลีกเลี่ยงสารเสพติด การกำจัดความเครียด การรักษา

ความปลอดภัย เป็นต้น ซึ่งวิธีการวัดพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปจะเป็นการรายงานความถี่ของการกระทำนั้น ๆ โดยการวัดพฤติกรรมสุขภาพจะวัดได้ในด้านความรู้และด้านการปฏิบัติ

2.1.10 ระดับของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ในการปลูกฝังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจำแนกได้ 3 ระดับ คือ

1. ระดับแรก เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกิดจากการเรียนรู้ กฎระเบียบ ข้อบังคับ ตลอดจนเงื่อนไขต่าง ๆ
2. ระดับที่สอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ที่เกิดจากผลการเรียนรู้จากคำแนะนำต่างๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาเจตคติของแต่ละบุคคล
3. ระดับที่สาม เป็นพฤติกรรม ที่เกิดจากการเรียนรู้ ค่านิยมทางสุขภาพของสังคมและของตนเองการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนางานสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการดำเนินงานสุศึกษา เพื่อให้เกิดการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยผลจากการดำเนินงานสุศึกษา จะทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขได้บรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืนในที่สุด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้โรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้ สำหรับการปฏิบัติที่บุคคลจะมีความรู้ความเข้าใจอันดีก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ได้มีผู้ให้ความหมาย ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแค่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้

ไพศาล หวังพานิช (2526 :96) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าหมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคลซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อกันไป

Bloom (1988 : 201) กล่าวถึง ความรู้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ของความรู้ที่นั่นข้ในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่จากความหมายความรู้ดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ความรู้ (Knowledge) คือข้อเท็จจริงต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้จากประสบการณ์ การค้นคว้า ศึกษา สังเกต และมีการสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยาความรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียด เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง โดยจะศึกษาในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรค ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้ บุคคลจะได้รับจากการ เรียนรู้ ประสบการณ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่บุคคลจะสะสมไว้ และสามารถนำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล ขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

2.2.2. โรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก กำหนดว่า ผู้ที่จะจัดว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ใหญ่ต้องมีความดันโลหิตตัวบน(Systolic blood pressure) เท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่า หรือมีความดันตัวล่าง(Diastolic blood pressure) เท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่าและถือระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำกว่า เป็นค่าความดันปกติ

ชนิดของความดันโลหิตสูง

คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO Expert Committee, 1998) แบ่งความดันโลหิตสูงเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. แบ่งตามลักษณะความดันโลหิต ได้แก่

- 1.1 ความดันโลหิตสูง (High blood pressure)
- 1.2 ความดันโลหิตต่ำ (Normal blood pressure)
- 1.3 ความดันโลหิตระดับก้ำกึ่ง (Borderline blood pressure)

2. แบ่งตามการทำลายอวัยวะของร่างกาย ได้แก่

- 2.1 ระยะที่ 1 ไม่มีอาการที่แสดงว่ามีการทำลายอวัยวะใดๆ
- 2.2 ระยะที่ 2 มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าอวัยวะบางแห่งถูกกระทบ

กระเทือน ได้แก่ หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดที่จอร์รับภาพตีบ มีโปรตีนในปัสสาวะและระดับครีอะตินินในเลือดสูง

3. แบ่งตามสาเหตุ

3.1 ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension of essential Hypertension) มีจำนวนสูงถึงร้อยละ 95 ของผู้มีความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สารรัตน์ ยงใจยุทธ, 2541) เชื่อกันว่ามีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องซึ่งอาจทำให้เกิดโรคนี เช่น กรรมพันธุ์ การรับประทานเกลือมาก ความอ้วน ตลอดจนการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ความดันโลหิตสูงชนิดนี้พบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

3.2 ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) อาจเกิดการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคของอวัยวะต่าง ๆ ที่พบได้มากคือโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อและความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ถ้าสาเหตุได้รับการแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงก็จะหายไป พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงใช้กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดที่บ้าน ในคลินิก ในโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก จากแนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555, ปรับปรุง พ.ศ.2558. ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป

ระดับ ความดันโลหิต	เกณฑ์ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)			เกณฑ์การวิเคราะห์
	ความดันโลหิต ซิสโตลิก (ความดันตัวบน)		ความดัน ไดแอสโตลิก (ความดันตัวล่าง)	
เหมาะสม	< 120	และ	< 80	ความดันโลหิตปกติ
ปกติ	120 - 129	และ/หรือ	80 - 84	
เสี่ยง	130 - 139	และ/หรือ	85 - 89	เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง
ระดับ 1 Hypertension (mild)	140 - 159	และ/หรือ	90 - 99	ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน
ระดับ 2 Hypertension (moderate)	160 - 179	และ/หรือ	100 - 109	ความดันโลหิตสูงปานกลาง
ระดับ 3 Hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110	ความดันโลหิตสูงรุนแรง

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension) แบ่งระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.ระดับ 1 ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 140 -159 และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 90 – 99 มิลลิเมตรปรอท

2.ระดับ 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง คือมีความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 160 - 179และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 100 – 109 มิลลิเมตรปรอท

3.ระดับ 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง คือ มีความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 180 และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตคืออะไร

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันภายในหลอดเลือดแดง ที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย แรงดันโลหิตที่วัดได้มี 2 ค่าคือ แรงดันโลหิตค่าสูงสุด (Systolic pressure) จะตรงกับขณะที่หัวใจบีบตัว ฉีดเลือดเข้าไปในหลอดเลือดแดง แรงดันโลหิตค่าต่ำสุด (Diastolic pressure) จะตรงกับระยะที่หัวใจคลายตัว(Krakoff , 1995 ; Donteelle et al, 1999) การรายงานค่าความดันโลหิตนิยมเขียนค่าความดัน Systolic / Diastolic มีหน่วยเป็น mmHg (มิลลิเมตรปรอท) เช่น 120/80 ม.ม.ปรอท

โดยในปกติความดันโลหิต จะเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงเวลาของ วัน อายุ เพศ รูปร่าง และสภาวะของร่างกาย เช่น แรงดันเลือดจะมีค่าต่ำสุด ในตอนเช้ามืด และสูงสุดในตอนบ่าย แรงดันเลือดจะสูงขึ้น เมื่อมีอารมณ์โกรธ ดีใจ เสียใจหรือตื่นเต้น เป็นต้น (วัฒนา วัฒนาภา,2540)

ลองนึกภาพสายยางรดน้ำต้นไม้ มีน้ำไหลเป็นจังหวะการปิดเปิดของก๊อกน้ำ เกมเมื่อเปิดน้ำ เต็มที่ น้ำไหลผ่านสายยาง ข้อมทำให้เกิดแรงดันน้ำ ขึ้นในสายยางนั้นและเมื่อปิดหรือก๊อก น้ำ ไหลน้อยลงแรงดันในสายยางลดลงด้วย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ก็เป็น ระบบไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย โดยมีหัวใจ ทำหน้าที่คล้ายก๊อกหรือ ปั้มน้ำ คอยสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย เลือดไหลแรง ดีความดันก็ดี หากหัวใจบีบตัวไม่ดี เลือดไหลอ่อน ความดันก็ลดลง นอกจากนั้นแล้ว ความดันในหลอดเลือดยังขึ้นกับสภาพของ หลอดเลือดด้วย หากหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดี จะปรับความดันได้ดี ไม่ให้สูงเกินไป แต่หากหลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น หรือ แข็งตัว ก็จะทำให้ความดันเปลี่ยนแปลงไปด้วยค่าความดันโลหิตจะมีสองค่าเสมอ เรียกว่า “ตัวบน” และ “ตัวล่าง” ค่าแรกเป็นความดันโลหิต ในหลอดเลือด ที่เกิดขึ้นขณะที่หัวใจ บีบตัวไล่เลือดออก จากหัวใจ ส่วนตัวล่างคือความดันของเลือดที่ยังค้างอยู่ในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงควรจำค่าทั้งสอง ไว้เพราะมีความสำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน(ระพีพล ญชช ญชช, 2549)

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่ระดับความดันเลือดที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดที่มีค่าเกิน 140/ 90 มม.ปรอท โดยการประเมินจากการวัดความดันโลหิตต่างครั้ง ต่างวาระกัน กลไกการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงบางประการ เช่น การมีหลอดเลือดตีบแคบลง การมีของเหลวและตะกอนจากไขมันและคลอเลสเตอรอลสะสมอยู่ที่ผนังหลอดเลือดจากการบริโภคอาหาร หรือเกิดจากการที่มีหลอดเลือดที่หนาขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โรคความดันโลหิตสูงที่พบมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์มักจะเป็นชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน (WHO-ISH, 2003) สำหรับแนวทางการรักษาของแพทย์ในประเทศไทย โดยแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ซึ่งปรับแนวการรักษาจากสากล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในการดูแลประชากรไทยแบบองค์รวม (ศุภชัย วัฒนทรัพย์,2548) คือให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในค่าเป้าหมาย คือ เท่ากับ 140/ 90 มม.ปรอทในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้ว และเท่ากับ 120/80–139/89 มม.ปรอท สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความรุนแรงของโรคนี คือ การทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆเช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดแดงฝอยของที่ไปเลี้ยงลูกตามีการตีบทั่วๆไปหรือเฉพาะบางส่วน จนถึงขั้นเกิดความผิดปกติของจอภาพนัยน์ตา การพบโปรตีนอัลบูมินในปัสสาวะหรือครีเอตินินในเลือดสูงผิดปกติ นอกจากนี้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดอุดตันหรือแตก เกิดอัมพาตตามมา และพบภาวะหัวใจวาย ซึ่งผู้ที่มีระดับคลอเลสเตอรอล ในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ที่เป็นเบาหวาน โรคหัวใจหรือโรคไต หรือเคยมีภาวะสมองขาดเลือด จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของภาวะโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรจึงจะเรียกว่า ความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันถือว่า ปกติ คือ ประมาณ 100/60 ม.ม.ปรอท แต่ปัจจุบันถือว่าต่ำกว่า 120/80 ม.ม.ปรอท จะดีที่สุดความดันโลหิตต่ำ คือ น้อยกว่า 90/60 ม.ม.ปรอท และมีอาการร่วมด้วยความดันโลหิตสูงเล็กน้อย คือ มากกว่า 140/90 ม.ม.ปรอทความดันโลหิตสูงปานกลาง คือ มากกว่า 160/100 ม.ม. ปรอทความดันโลหิตสูงมาก คือ มากกว่า 180/110 ม.ม. ปรอท แต่ในการวัดต้องพักอย่างน้อย 5-10 นาที เพราะเมื่อออกกำลังกายเหนื่อย ความดันที่วัดได้จะสูงกว่า อาจทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น เมื่อวัดได้สูงต้องนั่งพักประมาณ 10 นาที แล้ววัดซ้ำ ถ้าสูงอีกจึงจะถือว่า สูงจริง แรงดันโลหิต เป็นการวัดแรงที่เลือดดันผนังหลอดเลือดแดง แรงที่เกิดขึ้นหัวใจบีบตัว และสูบฉีดเลือดออกไปเลี้ยงทั่วร่างกาย การวัดแรงดันโลหิต แพทย์จะวัดแรงดันโลหิตได้ 2 ระยะ คือ

1. ตัวเลขบน คือแรงดันขณะที่หัวใจบีบตัว
2. ตัวเลขล่าง คือแรงดันขณะที่หัวใจคลายตัว

ความดันโลหิตของคนปกติทั่วไป ประมาณ ตัวเลขบน 120 ตัวเลขล่าง 80 ม.ม.ปรอท และอาจสูงกว่านี้ได้บ้างตามอายุ และในบางขณะคนเรา อาจจะมีความดันโลหิตสูงได้ เช่น เมื่อมีอารมณ์ตื่นเต้น โกรธ กลัว ซึ่งถือว่าเป็นอาการปกติความดันโลหิต คือ แรงดันโลหิตที่วัดได้สูงกว่าปกติ ทั้งตัวเลขบนและล่างคือสูงกว่า 140/90 ม.ม.ปรอทขึ้นไปและสูงอยู่ตลอดเวลา

สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและมีอาการ อาการแสดง

จนถึงปัจจุบันนี้ความดันโลหิตสูง ก็ยังเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุเป็นส่วนใหญ่ มีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น อาหารรสเค็ม เชื้อชาติส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 5) เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือด ไตวาย หรือเนื้องอกบางชนิด ความดันโลหิตสูงได้ชื่อว่าเป็นฆาตกรเงียบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่ทราบว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูง หรือแม้จะทราบแต่ละเลย ไม่สนใจรักษาเพราะรู้สึกปกติ สบายดี ทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่างๆ ตามมาภายหลัง ผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอาการปวดศีรษะมีนศีรษะ

สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะตรวจไม่พบสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก

1) กรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้จากหลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่าผู้ที่มีบิดา หรือมารดา เป็นความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่มีบิดามารดาไม่เป็น ยิ่งกว่านั้น ผู้ที่มีทั้งบิดา และมารดาเป็นความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมากที่สุด และผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น

2) สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน การรับประทานอาหาร รสเค็มจัด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น ฯลฯ ส่วนความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุพบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แม้จะพบเป็นจำนวนน้อย แต่ก็มีความสำคัญ เพราะบางโรคอาจรักษาให้หายขาดได้ สาเหตุที่พบบ่อย คือ โรคไตหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบ ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจตีบ และเนื้องอกของต่อมหมวกไต เป็นต้น ฯลฯ (นาดยา สุวรรณชูศรี, 2546)

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบอื่นที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น

1. ความเครียด จากความสับสนวุ่นวายในชีวิตประจำวัน ปัญหาเศรษฐกิจการทำงาน
2. โรคไตบางชนิด
3. ความผิดปกติเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต ตับ หรือผนังหลอดเลือดแข็ง ขาดความยืดหยุ่น
4. ความผิดปกติกับระบบฮอร์โมน เช่น โรคเบาหวาน โรคคอพอกเป็นพิษ
5. เกิดขึ้นเอง ไม่สามารถหาสาเหตุได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

พบว่าคนในสหรัฐอเมริกา เป็นทั้ง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงถึงประมาณ 3 ล้านคนและพบว่าประมาณ 35-75 % ของภาวะแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานนั้น เกิดมาจากการมีความดันโลหิตสูง

อายุ อายุมากขึ้นเท่าไร มีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูงได้มากยิ่งขึ้นเท่านั้น พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกัน ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีความดันโลหิตสูง (คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ, 2544) ศึกษาพบว่าความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยในเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตตามอายุเร็วกว่าเพศหญิง แต่ความสัมพันธ์นี้จะค่อยๆ ลดลง เมื่ออายุเข้าสู่ 50 ปี ซึ่งผู้ที่มิ อายุ 40 ปีขึ้นไป จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น 2 เท่า (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย,2539 ;สมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธุ์ภักดิ์,2542)

เชื้อชาติ จากการศึกษาหลายครั้ง พบว่า คนผิวดำ มีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว จากการศึกษาในชาวอเมริกันพบว่า ชาวอเมริกันผิวดำจะมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคไต มากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว (พิระ บูรณกิจเจริญ,2543)

เพศ พบว่าในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางนั้น เพศชายจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศหญิง แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนแล้วเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย เมื่อเทียบที่ช่วงอายุเท่ากัน

น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ การมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะทำให้มีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติถึง 2-6 เท่า และพบว่า 90% ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (type2diabetes) จะมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ

พันธุกรรม ความดันโลหิตสูงนั้น เป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรมได้ด้วย ดังนั้น ถ้าพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย หรือญาติใกล้ชิดของท่าน มีความดันโลหิตสูง ท่านอาจมีความเสี่ยงสูง มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง

การใช้ยา ยาบางชนิดสามารถทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น Ibuprofen ยาแก้ไขหวัด ยาลดความอ้วนและยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น (คุณหญิงพึงใจ งามอุโฆษ, 2544)

บุคคลประเภทใดที่มักจะเป็นความดันโลหิตสูง

1. ส่วนมากมักพบได้ในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอายุตั้งแต่ 40-50 ปีขึ้นไป
2. พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังวัยหมดประจำเดือนจะพบได้
3. พบมากในคนอ้วน แต่คนผอมก็พบบ้างเหมือนกัน

4. อาจเนื่องจากกรรมพันธุ์ ประมาณ ร้อยละ 30-40

5. ในบุคคลที่มีอารมณ์รุนแรง เคร่งเครียด ตื่นเต้น ตกใจง่าย ตีใจง่าย อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว อาจกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราวในตอนแรก แล้วจะค่อยลดลงเอง แต่ถ้าเกิดบ่อยๆและนานๆ ทำให้ความดันโลหิตสูงอย่างถาวร ถ้าสูงมาก ก็เป็นอันตรายได้

สมมติฐานวิทยาการและการเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Etiology and Pathogenesis of Essential Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หรือ Idiopathic essential hypertension) มักตรวจไม่พบความผิดปกติของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง พบได้มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ทั้งเพศชายและเพศหญิง มักพบในวัยกลางคนจนถึงสูงอายุ ชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีมากกว่าหญิง ประมาณ 2 เท่า (Belane & Passor, 1999) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) เชื่อว่าความดันโลหิตสูงชนิดนี้สัมพันธ์กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่า

- 1) บุคคลในครอบครัวเดียวกันมักมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
- 2) ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ
- 3) ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเกิดมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดแดง (Atrial pressure) คล้ายคลึงกัน
- 4) ความดันโลหิตระหว่างพ่อแม่และบุตรบุญธรรม จากการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross section) ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับการออกกำลังกาย และความเครียด ดังนี้

- 1) น้ำหนักตัว จากการศึกษาของกิลล์ม (Gillum, et al, 2002) พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างเพิ่มขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนปกติขึ้นอยู่กับอายุและสัดส่วนของร่างกายโดยเฉพาะน้ำหนักคนที่รูปร่างใหญ่หรืออ้วนจึงพบว่ามีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่รูปร่างเล็กและผอม (สันต์ หัตถิรัตน์, 2546) นักวิชาการให้ข้อคิดเห็นว่าการสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และพันธุกรรม การลดน้ำหนักเป็นการลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม 5-10 เท่า เมื่อลดน้ำหนักตัวลงปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีดแต่ละครั้งจะลดน้อยลง การลดน้ำหนักประมาณ 2-4 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตต่ำลงทั้งในคนอ้วนและคนผอม ปริมาณไขมันในเลือดจะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะเกาะเส้นโลหิตจนตีบตันลดน้อยลง (อรวินทร์ โททกี, 2545)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2553: 23-25) กล่าวว่า น้ำหนักเกินคือปัจจัยเสี่ยง ภาวะอ้วนคือปัจจัยเสี่ยง การลดน้ำหนัก คือ การลดปัจจัยเสี่ยง การปล่อยให้น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หมายถึง การเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดมากขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินเป็นสาเหตุของการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือด ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้หลอดเลือดแดงแข็ง และถ้าภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินเกิดขึ้นตั้งแต่ อยู่ในวัยเด็กโอกาสที่เด็กอ้วน จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัย (อายุ 65 ปี) เพิ่มขึ้น 3-5 เท่า

ภาวะน้ำหนักเกิน คือการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 2-6 เท่า

ภาวะอ้วนลงพุงและค่าดัชนีมวลกาย สามารถประเมินด้วยตนเองอย่างง่ายๆ ได้ดังนี้

1. ภาวะอ้วนลงพุง ประเมินจากการวัดเส้นรอบเอว(Waist circumference) เป็นค่าที่ได้ จากการวัดรอบเอวด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอวระหว่าง ขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนที่อยู่ใกล้กับกระดูกเชิงกรานขึ้นบนสุด (iliac crest)ให้สายรอบ เอวแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง หมายถึงผู้ที่มีเส้นรอบเอว ดังนี้ 1 ผู้หญิงมากกว่าหรือเท่า 80 เซนติเมตร 1 ผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร

2. ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สามารถคิดคำนวณได้โดยเอาค่าน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยค่าส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ดังนี้ น้ำหนัก (กิโลกรัม)/ส่วนสูง (เมตร)² จากนั้นนำค่าที่ได้ มาเปรียบเทียบกับตารางแสดงความสัมพันธ์ของน้ำหนักและรูปร่างในเกณฑ์มาตรฐาน ค่าดัชนี มวลกาย (Body Mass Index BMI) สำหรับกลุ่มประเทศในเอเชียจะมีจุดตัดแตกต่างกับค่าใน ระดับสากล ค่าจุดตัดของค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์มาตรฐานของกลุ่มประเทศในเอเชียเท่ากับ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และในระดับสากล เท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เป็นเพราะลักษณะ รูปร่างและโครงสร้างทางร่างกายที่แตกต่างกัน

2) จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับจากการที่เกลือโซเดียมคือน้ำมากทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด การจำกัดเกลือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Houston, 1996) บุคคลที่มีความดันโลหิตตัวล่างสูงระหว่าง 90 – 105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกลือโซเดียมก่อนจะเข้าในการรักษา ปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการ คือ 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกลือ 1 ช้อนชาให้โซเดียมถึง 2,300 มิลลิกรัม ในอาหารหลายอย่างมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วตามธรรมชาติ ไม่มีรสเค็มจัด เช่น นมหรือเนื้อสัตว์มีโซเดียมมาก ข้าวและผักมีโซเดียมปานกลางส่วนผลไม้มีโซเดียมเล็กน้อย ดังนั้นแม้จะไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็ได้รับโซเดียมจากอาหารเองอยู่แล้ว

3) การออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงานทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้นและสารคลอเลสเตอรอลในเลือดต่ำลง เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด คนที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35

การออกกำลังกายที่ได้ผลดีจะต้องให้ได้เหงื่อ หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายตัวเพราะได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม (2544) กล่าวว่า ภาวะอ้วน ก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างไม่เป็นระบบเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และกรดยูริกสูง

ตำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2553: 9) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายตั้งแต่ระดับ ปานกลางขึ้นไป คือการออกแรงหรือออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายหายใจแรงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ปานกลาง ออกแรงกายต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไปในแต่ละครั้ง อาจเป็นกิจกรรมที่ เดินไปเดินมาในที่ทำงานหรือร้านค้า การทำงานบ้าน ทำครัว หรือถือของเบาๆ ไม่หนักเกินไป เป็นกิจกรรมจากการเดินทาง กิจกรรมจากการเดินทางในชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมยามว่างก็ได้ และยังพบว่า กลุ่มอาชีพที่ไม่ต้องใช้แรงกายมาก เช่น งานเสมียน นักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ไม่มีอาชีพซึ่งรวมทั้งกลุ่มแม่บ้าน มีความชุกของการมี กิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไปเพียงร้อยละ 20-30 ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ ควรเป็นกลุ่ม เป้าหมายของการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายให้เพียงพอต่อการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นต่อไป

4) ความเครียด เป็นปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อย ได้แก่ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อย ความวิตกกังวล ในภาวะเครียดร่างกาย จะหลั่งสารแอดรีนาลิน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงดึงกล้ามเนื้อ การลดความเครียดด้วยการทำสมาธิ ผ่อนคลายหัวใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้เล็กน้อย

5) จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ สโตรค (Stroke, 1997) กล่าวว่า การดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไปทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว หลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงขึ้นกว่าปกติอยู่อีกหลายวัน ซึ่ง ยูชิม่าและคณะ (Usheima, et al. 1994 : 586) ที่พบว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งหรือแตก และ ถ้ำดื่มสุราวันละ 25 – 55 กรัม จะทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบน และตัวล่างสูงขึ้นอย่างแน่นอน

6) อิทธิพลอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มกาแฟ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ การดื่มกาแฟมากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายและเส้นโลหิตในสมองแตกได้ มากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการให้ยาลดความดันโลหิตด้วย

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน หรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการอะไร แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเกิดแผลแทรกซ้อนในที่สุด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือดไตเสื่อมสมรรถภาพ หรือ อัมพาต อัมพฤกษ์ ภาวะความดันโลหิตสูง จึงมักได้รับการขนานนามว่า ฆาตกรเงียบ ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นได้ เช่น เลือดกำเดาออกตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว เหนื่อยง่าย

เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะตื้อๆ เป็นต้น แต่อาการเหล่านี้ไม่เป็นประจำเพราะอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ก็ได้ เช่น ไข้ เครียด ไมเกรน เป็นต้น ดังนั้น เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ดึงควรปรึกษาแพทย์เพราะถ้าพบความดันโลหิตสูงมาก จะได้รับการได้ถูกต้องและทันที่ซึ่งเมื่อความดันโลหิตลดลงมาเป็นปกติอาการดังกล่าวก็จะหายไปผู้ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ จะไม่มีอาการ อาจตรวจพบ โดยการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นแล้ว แพทย์วัดความดันของเลือด พบว่าผิดปกติสำหรับรายที่มีอาการ จะมีอาการมีนงตาพร่ามัว ปวดศีรษะตรงท้ายทอย มักจะปวดตอนตื่นนอนเหน้อย่างง่าย แน่นหน้าอก นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย บางรายเลือดกำเดาออกบ่อยๆ อาการดังกล่าวอาจเกิดจากโรคอื่น ได้อีกหลายโรคและที่สำคัญที่สุดความดันโลหิตสูงบางราย อาจไม่มีอาการใดเลยก็ได้ นอกจากตรวจวัดด้วย เครื่องมือแพทย์จึงจะทราบ ฉะนั้นถ้าท่านสงสัยว่าเป็นโรคนี้ อายุเกิน 35 ปี การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง (อภิสิทธิ์ วิริยานนท์, 2542)

โดยสรุปแล้ว อาการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีดังนี้

- เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตึงที่ต้นคอ มีนหัว
- เหนื่อยง่าย ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก
- ถ้าความดันโลหิตสูงมาก อาจมีตมัว เหนื่อยหอบ บวมทั่วตัว เพราะหัวใจทำงานไม่ดี เส้นโลหิต

ในสมองแตก มีอาการหมดสติ อาจเป็นอัมพาตหรือตายได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาจะเหมือนกับข้อปฏิบัติที่แนะนำไปแล้วในเรื่องการป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่กล่าวมาข้างต้น คือ การให้ลดน้ำหนักลงถ้าจำเป็น ออกกำลังกาย รับประทานอาหาร อย่างเหมาะสม ที่มีปริมาณโซเดียมและไขมันต่ำ และเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ โดยแพทย์อาจจ่ายยา เพื่อใช้ในการควบคุมความดันโลหิตร่วมด้วย ชนิดและขนาดของยาจะแตกต่างกันไปแต่ละคน (บรรลุ ศิริพานิช, 2537) การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน หรือรักษาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ลดอาหารรสเค็มที่มีเกลือโซเดียม ถ้าอ้วนให้ลดน้ำหนัก ถ้าดื่มสุราให้งด และถ้าสูบบุหรี่ ควรงด ควรออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อสภาพร่างกาย และติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา มักเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33 โรคไตวายร้อยละ 10-15 (เกษม วัฒนชัย, 2533) และหัวใจวายร้อยละ 60-75 (ชุมพูนุช อ่องจิต, 2534) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหาเรื่องจริงในการรักษา และสูญเสียงบประมาณของรัฐเป็นอย่างมาก

ดังนั้นการรักษาและควบคุมความดันโลหิตสูง จึงมีความสำคัญมาก โดยผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน ควรควบคุมระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในระดับเท่ากับ 120/80 มม.ปรอท ถือว่าดีที่สุด หรือ 130/85 มม.ปรอท ถือว่า ยอมรับได้ กรณีมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรควบคุมให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท ส่วนผู้ใหญ่ ตอนปลายและผู้สูงอายุ ควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอทและผู้ป่วยที่มีแรงดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว ควรควบคุมค่าแรงดันซิสโตลิกให้เท่ากับ 140 มม.ปรอท (WHO, 1993 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธุ์ภักดี, 2542; WHO, 1996; WHO/ISH, 1999) ข้อปฏิบัติที่สำคัญ คือ ไม่เครียด ความเครียดและนอนไม่หลับ ทำให้ความดันสูงมากได้ ไม่รับประทานอาหารเค็ม เลิกบุหรี่ เพราะเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจ เลิกดื่มเครื่องดื่ม

ที่มีแอลกอฮอล์ ไม่รับประทานไขมัน เครื่องในสัตว์ ไข่แดง ปลาหมึก หอยนางรม เพราะอาจทำให้ไขมันคลอเลสเตอรอลในเลือดสูงมาก ทำให้ไปจับเป็นตะกรันในเส้นเลือด เสี่ยงต่อเส้นเลือดตีบ เพราะ แดงง่าย

อาการเตือนถ้าไม่รักษา

ที่พบบ่อยสุดคือ ปวดศีรษะ มักปวดตรงท้ายทอยจนลามไปมึนทั้งศีรษะ มักปวดในตอนเช้าหลังตื่นนอนบางคนก็ไม่ปวด ถ้าปล่อยไว้ หัวใจจะโต การตรวจสุขภาพประจำปี จึงเป็นสิ่งจำเป็น และถ้าความดันโลหิตสูงในเด็กหรือวัยรุ่น ถ้าพบต้องรักษา และหาสาเหตุเพื่อการรักษาที่ถูกต้อง ต่อไป

การป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง นั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และแม้ว่าความดันโลหิตสูงนี้ เป็นภาวะที่ควบคุมได้ก็ตาม จึงควรลดความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตก็จะสูงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น การมีน้ำหนักเกินกว่าปกติ จะทำให้ท่านมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนปกติ ถึง 2-6 เท่า

2.เป็นคนที่ไม่อยู่เฉย ผู้ที่ไม่ชอบอยู่นิ่งเฉย จะมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต่ำกว่าคนปกติถึง 20-50% และพบว่า การออกกำลังกายแบบ Aerobic Exercises เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยานและว่ายน้ำเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด

3.การเลือกรับประทานอาหาร ที่มีเกลือและโซเดียมต่ำ การลดอาหารที่มีส่วนประกอบเป็นโซเดียมลดลง จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยทั่วไปแนะนำให้รับประทานเกลือมากกว่า 6 กรัมต่อวัน (เท่ากับโซเดียม 2,400 มิลลิกรัมหรือเกลือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน) ปัจจุบันพบว่าชาวอเมริกันมีการรับประทานสูงถึง 4,000-6,000 มิลลิกรัมต่อวัน ดังนั้นจำเป็นต้องลดปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมลง

4. การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจะเป็นการดื่มมาก ถ้าไม่ดื่มหรือดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 2 แก้วต่อวัน (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2545)

ข้อแนะนำสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการควบคุมความดันโลหิต

1.ควบคุมอาหาร การลดน้ำหนัก สามารถช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดอาหารประเภทไขมันก็เป็นสิ่งที่ดี หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้เนย ไขมัน และน้ำมันในการปรุง หลีกเลี่ยงอาหารทอด รับประทานอาหารประเภทอบนึ่ง ต้ม แทน รับประทานอาหารประเภทผัก ถั่ว อาหารผลไม้ให้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ดื่มกาแฟ ควรดื่มเครื่องดื่มที่ไม่มีคาเฟอีน เช่นนมพร่องไขมันและน้ำผลไม้

2.รับประทานอาหารที่ไม่เค็ม การรับประทานเกลือมาก จะทำให้ความดันโลหิตสูง และไตทำงานหนัก การลดปริมาณเกลือในอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภท ของหมัก ดอง ซุปกระป๋อง อาหารที่โรยเกลือมาก อาหารที่ใช้เครื่องเทศแทนเกลือหรือผงชูรส ควรรับประทานแต่อาหารว่างที่มีเครื่องหมาย “ เกลือต่ำ ” (low salt) หรือ “ ปราศจากเกลือ ” (salt-free)

3. หลีกเลี้ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด หากเป็นไปได้พยายามเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่จะทำให้เครียดได้ ที่ทำงานและที่บ้าน พยายามตอบสนองอย่างมีสติ และนุ่มนวลต่อสภาพที่เครียดซึ่งท่านไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือ หลีกเลี้ยงได้

4. ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดมะเร็งในปอด อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด และความดันโลหิตสูงได้ บุหรี่ทำให้เกิดการทำลาย และส่งเสริมการหดตัวของหลายหลอดเลือด ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต

5. ลด ละ เลิกการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก เป็นสาเหตุโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงควรงดดื่มหรือดื่มในปริมาณน้อย เช่นใน 1 วันไม่ควรดื่มสุราเกิน 60 ลบ.ซม. ไวน์ 240 ลบ.ซม.

6. ออกกำลังกายแต่พอประมาณการเดินวันละ 20-30 นาที จะช่วยลดน้ำหนักได้ ช่วยทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและป้องกันโรคของหลอดเลือดได้ ก่อนเริ่มออกกำลังกายควรปรึกษาแพทย์ก่อน

7. รับประทานยาให้สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และแจ้งให้แพทย์ทราบถึงยาต่างๆ ที่ท่านรับประทานอยู่ หากมียาชนิดใดที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที เพราะท่านอาจต้องการยาในขนาดที่ลดลง หรือ เปลี่ยนยารับประทานยาให้สม่ำเสมอจนกว่าแพทย์จะบอกให้หยุด

8. ตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ ในกรณีท่านมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ควรปรึกษาแพทย์เพื่อ เรียนรู้วิธีวัดความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง อาจทำการวัดความดันโลหิต สัปดาห์ละครั้ง หรือเมื่อมีอาการเครียด ปวดศีรษะ ไม่จำเป็นต้องวัดความดันโลหิตถี่เกินความจำเป็น และควรจดบันทึกวัน เวลาที่วัดทุกครั้ง ซึ่งจะเป็น ประโยชน์ต่อแพทย์ในการควบคุมความดันโลหิต (ชมรมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2542)

การบ่งชี้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้น ไม่มีอาการหรือสัญญาณเตือนล่วงหน้า ดังนั้น ทางที่ดีที่สุดคือการวัดความดัน ซึ่งเป็นวิธีที่รวดเร็ว ง่าย และไม่เจ็บ โดยทั่วไปถือว่าค่าความดันโลหิตที่ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทนั้นเป็นค่าปกติ แต่ก็จะเป็นการดีกว่า ถ้าค่านั้นต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท ถ้าพบว่าความดันโลหิตสูง ควรพบแพทย์เพื่อ ทำการตรวจความดันโลหิตอย่างละเอียดเพิ่มเติม เพื่อให้แน่ใจว่าความดันโลหิตนั้นสูงจริงหรือไม่

การส่งเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังกายและโภชนาการ

ขณะนี้ประเทศไทยใช้งบประมาณ ในการดูแลสุขภาพถึงปีละประมาณ 3 แสนล้านบาทและยอดเงินนี้จะเพิ่มขึ้นทุกปีๆ ละประมาณ 10-15% ส่วนใหญ่ของงบประมาณนี้จะถูกนำไปใช้ในการรักษาพยาบาล ซึ่งไม่ได้ผลดีเท่ากับการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพ และยังแพงมากกว่าด้วยยกตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน อาจเสียชีวิตได้ในทันทีหรือไม่เสียชีวิตในทันที จะต้องได้รับความทุกข์ทรมาน ต้องไปโรงพยาบาลนอนรักษาตัว ต้องได้รับการตรวจรักษาด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฉีดสตีเข้าหลอดเลือดหัวใจ อาจต้องใส่บอลลูนเข้าไปในหลอดเลือด หรือ อาจต้องผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจ(บายพาส) ฯลฯ

การรักษาความดันโลหิตสูงต้องใช้ยา แต่ผู้ป่วยก็ต้องปฏิบัติตัวเพื่อช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ง่ายขึ้น

1. การพักผ่อนต้องพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจพยายามควบคุมอารมณ์ และจิตใจไม่ให้ถึงเครียด ขุ่นมัวและวู่วาม

2. คนอ้วน ควรลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ระวังรักษาตัวเอง อย่าให้กล้ามเนื้อ หรือ สี่ริษะ กระแทบ กระแทก เพราะ อาจจะทำให้หลอดเลือดตีตันในสมองแตก เป็นอัมพาตได้

4. ไม่ควรวิตกกังวล หรือให้ความสำคัญ กับระดับความดันโลหิตที่วัดไว้แต่ละครั้ง เนื่องจากความดันโลหิตในบุคคลเดียวกัน เปลี่ยนแปลงได้เสมอตามภาวะแวดล้อมต่างๆ ในแต่ละวัน ควรให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินว่าระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงมีความสำคัญอย่างไรหรือไม่

5. ควบคุมอาหาร

ผู้ป่วยควรปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ จะไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยส่วนน้อยมากที่สามารถหยุดยาได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าหายขาดจากโรคนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยส่วนมาก ยังคงต้องใช้ยาลดความดันตลอดไป ร่วมกับการรักษาตนเอง โดยการหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ เบียร์ไม่หุดหิงหรือเคี้ยวฝาง พยายามทำจิตใจให้แจ่มใสอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็ม และสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พบแพทย์เป็นประจำและต่อเนื่อง ไม่ควรเปลี่ยนหรือหยุดยาเอง ขอเน้นว่าการปล่อยให้อัตราความดันโลหิตให้สูง โดยไม่ได้รักษาหรือขาดยาบ่อยๆ จะก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนอันตรายร้ายแรง ผู้ป่วยบางรายที่ไม่ควบคุมรักษาระดับความดันโลหิตให้ปกติได้ อาจส่งผลให้เกิดโรคหัวใจหรืออัมพาตภายหลังได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ได้รับการรักษา จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ การมีความดันโลหิตสูงอยู่ยาวนานมีผลทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายแข็ง อวัยวะมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมสภาพและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ การที่อวัยวะส่วนปลาย ที่รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพออาจเกิดการอุดตันเป็นผลให้เกิดความพิการและทำลายอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

1. หัวใจพองโตและกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น เพราะต้องสูบน้ำเลือดต้านกับความดันโลหิตสูงที่สูงอยู่เป็นเวลานานเมื่อหัวใจหนาขึ้นขณะเดียวกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจแคบลงกล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดมาเลี้ยงเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นสาเหตุการตายที่พบได้มากที่สุด (โสภณ พานิชพันธุ์, 2546)

2. หลอดเลือด ความดันโลหิตที่สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก เกิดลิ่มเลือดอุดตัน เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง และไต โรคที่พบบ่อย คือ หัวใจขาดเลือด สมองขาดเลือดและไตวาย

3. สมอง เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอบางส่วนของเนื้อสมองตายเกิดเป็นอัมพาต บางรายมีหลอดเลือดสมองโป่งพองเกิดแรงต้านทานในหลอดเลือดติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้หลอดเลือดพอง แตก และเลือดไหลออกมาทำลายเนื้อเยื่อสมอง เส้นเลือดแตกในสมอง

เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้มากที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่อาจหมดสติ (Coma) เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้

4. ไต ถ้าความดันโลหิตสูงมากเป็นเวลานานผนังหลอดเลือดที่ไตจะหนาและแข็งทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อย ไตทำงานได้ไม่เต็มที่ สมรรถภาพของไตในการกำจัดของเสียบกพร่อง เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกายที่สำคัญ คือ การคั่งของสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย ถ้าคั่งในระดับสูงจะเกิดอาการหมดสติและเสียชีวิตในที่สุดระยะที่เป็นรุนแรงทำให้ไตวายและโลหิตเป็นพิษเพราะไตพิการไม่สามารถขับปัสสาวะได้

5. ตา ความดันโลหิตที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของจอรับภาพ (Retina) ซึ่งเป็นส่วนของประสาทและหลอดเลือดที่มาเลี้ยงตา ทำให้มองเห็นว่าหลอดเลือดที่ตาหนาขึ้นและมีการบิดงอมากขึ้น ในรายที่เป็นรุนแรงหลอดเลือดนี้อาจแตกมีเลือดซึมออกมาเป็นผลทำให้ประสาทตาถูกทำลายหรือเสื่อมสมรรถภาพและตาบอดได้

การควบคุมความดันโลหิต

เมซัน (Mason, 1992) กล่าวว่าโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาคือการควบคุมความดันโลหิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง อาจเป็นการควบคุมโดยใช้ยาหรือไม่ใช้ยาแต่ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โคอาร์และเดนิล (Kochar & Daniels, 2001) กล่าวว่า การควบคุมหรือการรักษาต้องสะดวก ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและบุคคลส่วนใหญ่ต้องสามารถควบคุมปฏิบัติตามได้ปัจจุบันการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

ลักษณะที่ 1 การควบคุมความดันโลหิตโดยการให้ยา (Drug treatment)

จุดประสงค์หลักในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ต้องให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดโดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิต เกิดอาการข้างเคียงจากการให้ยาและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด (สมชาติ โลจายะ และคณะ, 2544) ปัจจุบันการเลือกยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจะเลือกตามลักษณะของผู้ป่วย คำนึงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตอาการข้างเคียงและฐานะของผู้ป่วยด้วย

หลักการรักษา (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2542)

1. ถ้าความดันโลหิตช่วงล่างสูงแต่ไม่เกิน 110 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันโลหิตช่วงบนสูงอย่างเดียวให้การรักษา โดยการให้คำแนะนำในข้อปฏิบัติต่างๆ ให้ยาขับปัสสาวะ เช่น ไฮโดรคลอไรด์ไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเพียงวันละครั้ง และอาจให้ยากล่อมประสาท เช่น ไดอะซีแพม (Diazepam) ถ้าผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด ใจสั่น หรือนอนไม่หลับ แล้วนัดมาตรวจวัดความดันโลหิตสัปดาห์ละครั้ง ถ้าความดันโลหิตลดลงเป็นปกติให้กินยาดังกล่าวต่อไปเรื่อยๆ แต่ถ้าไม่ลดให้กินยาเดิมต่อไปจนครบ 4 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลเพิ่มยาลดความดันชื่อ รีเซอ์พิน (Reserpine)

2. ถ้าความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่า 110- 130 มิลลิเมตรปรอท แนะนำการปฏิบัติตัวพิจารณาการให้ยาขับปัสสาวะและยาก่อมประสาท การให้ยาริเซอรัฟีนควรให้ในขนาดต่ำๆ ไปก่อนรอดู 2 สัปดาห์ ถ้าไม่ได้ผลค่อยปรับเพิ่มขนาดโดยเพิ่มได้ทุก 2 สัปดาห์

ผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจะใช้ยาดังกล่าว ควรให้ยาขับปัสสาวะเป็นตัวหลักและอาจให้ยาก่อมประสาทถ้ามีภาวะเครียด ส่วนยาลดความดันโดยตรงถ้าใช้ริเซอรัฟีนไม่ได้ผลอาจเพิ่มหรือเปลี่ยนยาชนิดอื่นได้ เช่น ไฮดรอลาซีน (Hydrolazine) เมธิลโดปา (Methyodopa) และยากั้นเบต้า (Beta blocker)

ลักษณะที่ 2 การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา

การควบคุมโลหิตไม่ใช้ยาเป็นวิธีการที่นิยมกันมากในปัจจุบัน เฮาสตัน (Houston, 1996) เสนอว่า ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อนควรใช้วิธีนี้ก่อนที่จะใช้การควบคุมด้วยยา โดยผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเองดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมการบริโภคหรือการควบคุม อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูงควรเริ่มต้นที่การใช้อาหารบำบัดก่อนใช้ยา อาหารดังกล่าวคืออาหารที่มีปริมาณของกากใยสูงแต่มีปริมาณไขมันและเกลือโซเดียมต่ำ (Dodson, et al, 1994) อาหารที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมได้แก่

1.1 อาหารที่มีโซเดียมมาก การจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารมีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยมีการกั่งของเกลือโซเดียม มีการดูดกลับที่หลอดเลือดฝอยส่วนตัวและส่วนปลายของไต เป็นการช่วยลดการกั่งของเกลือที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อลดความดัน มีรายงานทางระบาดวิทยาว่าผู้ที่กินเกลือมากถึงวันละ 7 - 8 กรัมจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผู้ที่กินเกลือเพียงวันละ 3 กรัม ในผู้ที่ความดันโลหิตเมื่อลดเกลือในอาหารลงความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาลดความดันโลหิตประเภทยาขับปัสสาวะถ้ายังกินอาหารที่เกลือมากความดันโลหิตจะไม่ลดลงเท่าที่ควร (วลัย อินทรมพรรษ์, 2540) ดังนั้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแพทย์จึงควรจำกัดเกลือร่วมด้วย สำหรับการจำกัดปริมาณเกลือในอาหารควรลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวันหรือประมาณ 2 กรัมต่อวัน จะมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลง 5.4 / 6.5 มิลลิเมตรปรอท (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2546) ซึ่งการจำกัดโซเดียม หมายถึง การกำหนดปริมาณโซเดียมที่กินเข้าไป อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถ้ามีได้อยู่ในขั้นที่รุนแรง กำหนดให้ใช้เกลือในการรับประทานอาหารเพียงเล็กน้อย คือประมาณ 5 กรัมต่อวันหรือ 1 ช้อนชา (วลัย อินทรมพรรษ์, 2540)

ดังนั้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มี เกลือโซเดียมสูง จะทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงบวม ปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดแดงจึง เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายต้องใช้แรงดันในการส่งเลือดผ่านหลอดเลือดจากหัวใจสูงขึ้นด้วย ร่างกายจะมีปฏิกิริยาไม่ ยอมให้ปริมาณเลือดที่เพิ่มขึ้นถูกดันให้ผ่านเข้าสู่กระแสเลือดได้ร่างกายจึงเพิ่มความต้านทานพื้นผิวของหลอดเลือด เลือดคั่งมากขึ้นเพื่อกดการขยายตัวของหลอดเลือด

มีผล ทำให้หลอดเลือดหดลงอย่างมาก เพื่อกักกันเลือดเอาไว้ ให้ผ่านออกมาในปริมาณเท่าเดิม ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2547)

1.2 อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนเพราะคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน และความอ้วนยังทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น บ่อยครั้งที่พบว่าเมื่อลดน้ำหนักลงความดันโลหิตมักจะลดลงด้วย ฟรามิงแฮม (Framingham) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วนมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและตายก่อนเวลามากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่อ้วนสองเท่า โคชาร์และเดนิล (Kochar and Daniels, 2001) กล่าวว่า การกินอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากโดยเฉพาะไขมันจากสัตว์จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแข็ง ขรุขระและตีบได้ง่าย แพทย์จึงให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากๆ ลดลงเพื่อควบคุมไขมันในเลือดและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่

1.2.1 เนื้อสัตว์หรือหนังสัตว์ที่มีมัน เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ดหรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง หนังหมู หนังไก่ทอด และอาหารทอดหรือผัดที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว

1.2.2 อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่เจียว (โดยเฉพาะไข่แดง) นม เนย หอยนางรม เครื่องในสัตว์ (ตับ สมอ) กุ้ง ปลาซาดีน เนื้อวัว เนื้อหมู ออกไก่ มันหมู ฯลฯ

1.2.3 อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมาก เช่น ขนมหวานต่างๆ ลูกอมรสหวาน ช็อกโกแลต น้ำหวาน น้ำอัดลม

1.2.4 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า ไวน์

การควบคุมน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัวจึงต้องพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมโดยจำกัดแคลอรีและต้องมีการออกกำลังกาย ถ้าทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ 1 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1.6 / 1.3 มิลลิเมตรปรอท แต่จะเห็นผลเมื่อน้ำหนักลดไปแล้ว 4 กิโลกรัม (Smooler, 1990 อ้างใน ลัดดาวัลย์ ชานวิฑิตกุล, 2538) ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีไขมันและแคลอรีต่ำ

การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม หมายถึง การมีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับโครงสร้างของร่างกาย ความสูงและอายุซึ่งพอเหมาะที่จะทำให้อวัยวะมีสุขภาพดี (นิติยา ตั้งชูรัตน์, 2542) หลักการควบคุมน้ำหนักใช้หลักโดยทั่วไป คือ ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีที่เหมาะสมกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน ควรทราบถึงน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นเพื่อที่จะลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ใหญ่โดยทั่วไปใช้น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง โดยคำนวณจากค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกายหรือดัชนีมวลกายของร่างกาย (Body mass index) โดยใช้สูตร

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

ค่ามาตรฐานในคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้ามีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจัดว่าเป็นโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักเกินดัชนีมวลกาย 20 และถ้าเกินดัชนีมวลกาย 27 ในเพศชายและเกินร้อยละ 24 ในเพศหญิงต้องมีการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง โดยเฉพาะอาหารไขมัน ซึ่ง 1 กรัมให้พลังงานถึง 9 แคลอรี

ข้อควรปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนนิสัยการกินอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

1. กินอาหารเฉพาะเวลาที่ควรกินอย่างเหมาะสม กำหนดตนเองว่าจะกินอาหารวันละกี่มื้อ
2. กินอาหารช้าๆ เคี้ยวให้ช้าลงกว่าที่เคยจะทำให้กินอาหารได้น้อยลง เพราะอาหารส่วนที่เริ่มกินจะถูกย่อยและดูดซึมไปบ้างแล้ว ช่วยให้ความรู้สึกหิวลดลง
3. ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องกินอาหารว่างไปด้วย เช่น กินอาหารว่างแล้วดูทีวีหรืออ่านหนังสือไปด้วย
4. ตักอาหารกินครั้งเดียวโดยกะปริมาณให้พอแล้วไม่ตักเพิ่มอีกแม้จะรู้สึกว่าร่อย

หลักปฏิบัติในการลดน้ำหนัก

นิตยา ตั้งชูรัตน์ (2542) ได้สรุปหลักปฏิบัติในการลดน้ำหนักไว้ดังนี้

1. การลดน้ำหนักที่ถูกหลัก ต้องให้น้ำหนักค่อยๆ ลดลง อาทิตย์หนึ่งไม่ควรลดมากเกิน 1 กิโลกรัม เพราะถ้าน้ำหนักลดเร็วเกินร่างกายจะอ่อนเพลียและเจ็บป่วยได้
2. รับประทานอาหารทุกมื้อตามปกติแต่ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อให้เหลือน้อยลง
3. รับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ ได้แก่ ผักประเภทต่างๆ และเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน
4. งดเว้นของหวานทุกชนิดรวมทั้งน้ำหวานประเภทขวดต่างๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ
5. ไม่ควรใช้น้ำตาลในการปรุงอาหาร
6. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์และเบียร์
7. ควรออกกำลังกายให้เพียงพอเพื่อช่วยให้การลดน้ำหนักได้ผลดี
8. อาหารแต่ละมื้อต้องมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอและได้โปรตีนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 -24 ของจำนวนพลังงานทั้งหมด
9. เมื่อน้ำหนักลดลงในระดับที่ต้องการแล้วจะต้องปรับพลังงานในอาหารให้เหมาะสมที่จะรักษาระดับน้ำหนักที่ต้องการไว้ได้
10. ไม่หลงเชื่อคำโฆษณาเกี่ยวกับการลดความอ้วนต่างๆ ถ้าสามารถปรับปรุงนิสัยการกินอาหารได้ จะช่วยให้การลดน้ำหนักง่ายขึ้นและช่วยในการควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสมหลังการลดน้ำหนักได้อีกด้วย

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นการมีกิจกรรมเพิ่มจากกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่แล้ว (วรรณิ นิตยานันท์, 2543) ในคนที่มีความดันโลหิตสูงนั้น การออกกำลังกายมีทั้งผลดีและผลเสีย จำเป็นที่จะต้องเลือกการออกกำลังกายที่ให้ผลร้ายน้อยที่สุดมาปฏิบัติ การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพการทำงานดีขึ้น

อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลงและช่วยลดกรดไขมันอิสระมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และช่วยให้พลังงานถูกนำไปใช้มีผลต่อการลดน้ำหนักตัว ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายและจิตใจ แบ่งการออกกำลังกายเป็น 2 ชนิด คือ

1. การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อที่คงที่แต่ความตึงตัวคงที่ ได้แก่ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ การถีบจักรยาน การเดินเร็ว และการวิ่งเหยาะ มีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลงเพราะการออกกำลังกายชนิดนี้เป็นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา และหลังอย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลางเป็นเวลานานพอสมควร เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เช่น การรำมวยจีน การกระโดดเชือก การแกว่งแขน การรำไม้พลอง ป่าบุญมี และการเดินแอโรบิก เพื่อเป็นการบริหารปอด หัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต

2. การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นชนิดของการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่น การยกของหนัก การเข็น การดึง การจุก การแบกหาม หรือการใช้แรงงานมากๆ ลดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง การออกกำลังกายชนิดนี้มีผลทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็วทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ง่าย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการออกกำลังกายชนิดเคลื่อนที่ (Isotonic exercise) และพิจารณาลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของผู้ป่วย ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกพื้นฐานหรือการออกกำลังกายสายกลาง ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที โดยอุ่นเครื่อง 5 นาทีแล้วออกกำลังกายไปเรื่อยๆ ก่อนหยุดออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีก 5 นาที วิธีออกกำลังกายที่แนะนำให้ปฏิบัติเช่น การแกว่งแขน การรำไม้พลอง ป่าบุญมี การเดินแอโรบิก อธิบายชี้แจงถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ข้อดีและข้อจำกัดของการออกกำลังกายแต่ละชนิด รวมถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกนำไปปฏิบัติได้ตามความถนัด ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การเดินก้าวเท้ายาวในจังหวะเร็ว การเดินขึ้นบันได การแกว่งแขน การรำมวยจีน การถีบจักรยาน และการว่ายน้ำหรือการเดินในน้ำร่วมกับการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยให้เห็นความสำคัญของการขยับเท่ากับการออกกำลังกาย แนะนำอิริยาบถการเคลื่อนไหว ออกแรง ออกกำลังกาย ตามภูมิปัญญาคนโบราณ เช่น แพทย์แผนจีน ได้แก่ ไท่เก๊ก ซี่กง แพทย์แผนอินเดีย ได้แก่ โยคะ แพทย์แผนไทย ได้แก่ ฤาษีตัดตน นวดไทย แนะนำไม่ให้นั่งนิ่งติดต่อกันนานกว่า 2 ชั่วโมง และควรเดินให้มากกว่า 1 หมื่นก้าวต่อวัน จึงจะถือว่ากระฉับกระเฉง (Physical active) โดยใช้เครื่องนับก้าวในโทรศัพท์มือถือบน App “ My Act ” ผู้ที่เดินน้อยกว่า 5 พันก้าวต่อวัน หรือ นั่งนิ่งนอนเฉย (ขณะตื่น) มากกว่า 10 ชั่วโมง ต่อวัน ถือว่า นั่งๆ นอนๆ (sedentary) นอกจากนี้เวลาดูทีวีหรือนั่งทำงาน การลุกขึ้น เดิน ออกกำลังกาย หน้าที่วีจะช่วยป้องกันโรคได้ การลุกเดินตอนพักโฆษณาเวลาดูทีวี ช่วยลดรอบเอว ไขมันในร่างกายได้ การเดินเล่น เดินย่อยอาหารหลังอาหารทุกมื้อ 15 นาที ช่วยลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีกว่า เดินก่อนอาหาร 45 นาที

การผ่อนคลายความเครียด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ฝึกออกกำลังใจโดยการ “มีสติประกอบการทำงาน ใจระลึกรู้ออกกาย นิ่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลลนในอารมณ์” ตามหลักธรรมคำสอนของพระศาสดา “พุทธทวจน” (คำสอนของ พระพุทธเจ้า) มีสติประกอบการทำงาน หมายถึง เวลาทำงานอะไรอยู่ ให้วางจิตไว้ที่การทำงานที่ทำ ระลึกรู้อยู่กับงานที่ทำอยู่ ใจระลึกรู้ออกกาย หมายถึง พอทำงานเสร็จ จะเปลี่ยนอิริยาบถ ลุก ยืน เดินไป ห้องน้ำ ไปรับประทานอาหาร ก็เอาใจระลึกรู้ไว้ที่ร่างกาย ยืน ก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน เพื่อลดความคิดฟุ้งซ่าน หรือไปรู้สึกยินดีในร้ายตาม แต่สิ่งทีพบเห็นหรือนึกคิด เรียกว่า กายคตาสติ นิ่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลลนในอารมณ์ หมายถึง เวลาพักจากการทำงาน หรือพักระหว่างงานก็ให้มีสติอยู่กับลมหายใจ นิ่งรู้เข้ามามาโดยรอบ ในที่เงียบสงบ ไม่มีอะไรมารบกวน ตั้งกายตรง ดำรงสติเฉพาะหน้า หายใจเข้ายาว ก็รู้ซัดว่าเราหายใจเข้ายาว หายใจออกยาวก็รู้ซัดว่า หายใจออกยาว หายใจเข้าสั้น ก็รู้ซัดว่าเราหายใจเข้าสั้น หายใจออกสั้นก็รู้ซัดว่าหายใจออกสั้น ฝึกหัดเป็นผู้รู้พร้อมเฉพาะซึ่งลมหายใจที่ไหลเข้า ไหลออก ไม่ปรุงแต่ง ไม่บังคับลมหายใจให้สั้น หรือยาว ละเอียด หรือหยาบ ให้หายใจตามธรรมดาเคยอย่างไร ก็หายใจอย่างนั้น เรียกว่า “อานาปานสติ ” ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงให้เราเจริญให้ คือ ทำให้มาก จะเกิดประโยชน์มาก คือกายไม่ลำบาก ตาไม่ลำบาก ทำให้จิตหลุดพ้นจากกิเลส ความทะยานอยาก อร่อย เกิน อยู่สบายเกิน เอาแต่ใจ เกินไป ดังนั้น หลังการทำงาน จะพักกาย พักตา พักใจ ก็แนะนำให้เจริญอานาปานสติและทุกครั้งที่มีอารมณ์อยากกินของอร่อยมากเกิน อยากอยู่เฉยๆสบายเกินไป ไม่ออกกำลังกาย หรือหงุดหงิด โมโห เสียใจ ทุกข์ใจ ก็ให้กลับมาระลึกรู้ลมหายใจเข้า-ออก ตามที่ศาสดาสอนไว้ เพื่อไม่เพลลนในอารมณ์ดังกล่าว จนเคยชินกับ อารมณ์ดังกล่าว เพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเลิกสูบบุหรี่

บุหรืมีสารนิโคตินทีไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้เกิดการหลั่งสารเคทีโคลามีนทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

การเลิกดื่มสุรา

ผู้ที่ดื่มสุรามากในขนาด 2 – 3 ออนซ์ต่อวันพบว่า มีอุบัติการณ์ต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราจะทำให้เกิดอันตรายอาการข้างเคียงของยาได้มากกว่าบุคคลอื่นทั่วไป

การมาตรวจตามนัด

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรมาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงจะไม่มีอาการผิดปกติ ควรได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษาและค้นหาความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ เพื่อหาทางช่วยป้องกันควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า และสิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัดก็คือการมารับยาเพราะแพทย์จะสามารถปรับเปลี่ยนยาตามสภาวะของโรคและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม เป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และต้องอาศัยระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการควบคุมพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการมาตรวจตามนัด ซึ่งการกระทำดังกล่าว ต้องอาศัยระยะเวลาในการปฏิบัติที่ยาวนานจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ซึ่งการกระทำดังกล่าวแบ่งเป็นด้านๆ ดังนี้

4.1 ด้านการรับประทานยา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเป็นส่วนใหญ่ผู้ป่วยควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยา ดังนี้

4.1.1 รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ควรหยุดยา เพิ่มลา ลดยา หรือลืมรับประทานยา

4.1.2 หากพบอาการผิดปกติหลังการรับประทานยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษา ไม่ควรหยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง

4.1.3 หากต้องพบแพทย์เพื่อรักษาโรคอื่น ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้

4.1.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำอย่างฉับพลัน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำในท่าขึ้น เมื่อเกิดอาการหน้ามืดเป็นลม ควรยกขาสูงกว่าศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นท่านั่งหรือท่าขึ้น ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา

4.1.5 ควรระมัดระวังในการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรในเวลา 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยา อาจมีอาการง่วงซึมได้

4.1.6 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดปฏิกิริยาต่อยา และเมื่อเจ็บป่วยควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเองเพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อความดันโลหิตได้

4.2 ด้านการควบคุม

หลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ Joint National Committee (JNC, 2003) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิตประกอบด้วย อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ ในอาหาร จากการศึกษาของ Chobanian, et al., 2003 (อ้างถึงใน ศุภชัย ฤนามทรัพย์, 2548) พบว่า หากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลง 100 มิลลิกรัมต่อวัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีการศึกษานับสนับสนุนชัดเจนว่าหากลดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทานได้ก็จะสามารถลดหรือ

ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ แม้ในคนปกติและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจะมีการตอบสนองต่อการลดปริมาณเกลือและไขมันในอาหารอย่างเด่นชัดโดยปฏิบัติดังนี้

4.2.1 จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวันหรือน้อยกว่า 6 กรัมของเกลือแดงต่อวัน

4.2.2 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และซอสชนิดต่าง ๆ อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร เช่น อาหารตากแห้ง ผลไม้แช่อิ่ม อาหารกระป๋อง สารปรุงรสต่าง ๆ เช่น ผงชูรส ผงฟู เนยแข็ง อาหารที่มีโซเดียมในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเล และอื่น ๆ เช่น น้ำที่มีโซเดียมมาก ยาบางชนิด เช่น ยาลดกรด ยาระบาย เป็นต้น

4.2.3 ลดไขมันในอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ติดมัน สมองสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น

4.2.4 หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน ทอด หรือเจียว ควรใช้น้ำมันพืชแทน น้ำมันสัตว์ เปลี่ยนแปลงการปรุงอาหารเป็นนึ่ง ต้ม ย่าง อบ แทนการทอดหรือผัด หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนยแทนนมที่มีไขมันเต็มส่วน

4.3 ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นส่วนหนึ่งของการปรับพฤติกรรมในการดำรงชีวิต (Lifestyle Modification) ที่มีประโยชน์ในด้านป้องกันและรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งการออกกำลังกายจะมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนั้น ควรได้รับคำแนะนำหรือการสั่งการรักษาด้วยการออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง (บรรลุ ศิริพานิช, 2549)

1. มีการอุ่นเครื่อง (warm up) และผ่อนคลาย (cool down) อย่างถูกต้องอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ทั้งนี้การ warm up และ cool down จะประกอบด้วยการยืดคลายกล้ามเนื้อและการเริ่มออกกำลังกายแบบเบาๆ พบว่าการไม่ warm up และ cool down อย่างถูกต้องจะมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้

2. ควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เนื่องจากมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายแบบไหนหรือความหนัก ความถี่ของการออกกำลังกายอย่างไรจะมีส่วนช่วยในการลดความดันโลหิตได้ โดยระดับความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 3.8 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 2.6 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาของ Fagard ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ meta-analysis พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคจะช่วยลดความดันโลหิตที่มีความดันปกติซิสโตลิกได้โดยเฉลี่ย 3 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิก 3 มิลลิเมตรปรอท และสำหรับในผู้ที่เริ่มมีความดันโลหิตสูง (borderline hypertension) การออกกำลังกายแบบแอโรบิคจะช่วยลดได้ 6/7 มิลลิเมตรปรอทและสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตจะลดลง 10/8 มิลลิเมตรปรอท โดยการศึกษานี้การออกกำลังกายใช้เวลา

30-60 นาทีต่อครั้ง ความถี่ 1-7 ครั้งต่อสัปดาห์และระยะเวลาในการออกกำลังกาย ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึง 52 สัปดาห์ แม้ว่าการออกกำลังกายจะไม่มีผลต่อการลดความดันโลหิตมากนักแต่ระดับความดันที่ลดลง อาจจะมีผลต่อการลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองได้ (Fagard, 1993 อ้างถึงใน สุขชัย วัฒนอมทรัพย์, 2548)

3. พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการศึกษาถึงผลจากการออกกำลังกายในผู้เสียชีวิต ในขณะที่ออกกำลังกายพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 74 เท่า ในขณะที่ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ความเสี่ยงลดลงเหลือ 18 เท่า และถ้าจำเป็นต้องหยุดออกกำลังกายไปเป็นเวลานาน เมื่อเริ่มออกกำลังกายใหม่ต้องค่อยๆ ปรับเพิ่มการออกกำลังกาย ไม่หักโหม ออกกำลังกายหนักทันที

หลักในการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

1. ออกกำลังกายเมื่อรู้สึกว่าร่างกายปกติ ถ้ารู้สึกไม่สบาย เช่น มีไข้หรือเป็นหวัดควรรอให้หายก่อนอย่างน้อย 2 วัน ก่อนเริ่มกลับไปออกกำลังกาย

2. ไม่ออกกำลังกายทันทีหลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ ควรอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3. ดื่มน้ำให้เพียงพอ

4. ระวังเรื่องอากาศร้อนไม่ใส่เสื้อผ้าที่คับหรืออึดอัดจนเกินไป

5. เตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายให้พร้อม เช่น รองเท้า ถุงเท้า

6. หากมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ไม่ควรออกกำลังกายและต้องปรึกษาแพทย์

6.1 รู้สึกอึดอัดไม่ปกติบริเวณส่วนบนของร่างกาย เช่น ทรวงอก คอ คาง แขน ลิ้นปี่ อาการอาจจะเป็นอาการ แน่น ปวด เจ็บ ตึง หรือร้าวก็ได้

6.2 มึนศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน

6.3 เหนื่อยมาก หอบ ขณะออกกำลังกาย

6.4 รู้สึกผิดปกติเช่น เจ็บ ปวด ตึงตามกล้ามเนื้อ กระตุก ข้อ ขณะออกกำลังกายหรือหลังออกกำลังกาย

4.4 ด้านการจัดการกับความเครียด

ในชีวิตประจำวันทุกคนต้องประสบภาวะเครียด ความเครียดมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงชันได้ การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นทางออกในการเผชิญกับความเครียดซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้เพิ่มมากขึ้น การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การผ่อนคลาย (Relaxation) จะช่วยลดการตอบสนองต่อมอร์อิฟินในเลือด (Plasma norepinephrine) จึงลดความต้องการในการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสบายมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง

ผู้ป่วยควรฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การทำโยคะ เป็นต้น ให้ผู้ป่วยเลือกใช้เทคนิค ที่เหมาะสมตรงกับความพอใจของตนเอง ฝึก แล้วทำวันละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

4.5 ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการควบคุมน้ำหนัก มีหลักในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

4.5.1 การควบคุมน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่มีน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐาน มีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อย ลดน้ำหนักได้ 4.5 กิโลกรัม ทำให้ความดันโลหิตลดลงมาอยู่ในระดับปกติได้ การลดน้ำหนัก เป้าหมายระยะสั้นคือลดน้ำหนักลง 1-1.5 ปอนด์ ต่อสัปดาห์ และในระยะยาวให้ลดน้ำหนักลงอยู่ในระดับไม่เกิน ร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐานการลดน้ำหนักต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนและนิสัยในการรับประทานอาหาร

4.5.2 การลดอาหารเค็ม เป็นการจำกัดปริมาณ โซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก การจำกัดปริมาณ โซเดียมที่รับประทาน ในวันหนึ่งๆ ให้ประมาณ 2,000 มิลลิกรัมหรือต่ำกว่า

4.5.3 การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การมีโคเลสเตอรอล ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ผู้ป่วยความดันโลหิตต้องลดโคเลสเตอรอล ในเลือดให้น้อยกว่า 200 มก./เดซิลิตร Low-density lipoprotine (LDL) น้อยกว่า 140 มก./เดซิลิตร และลดอัตราส่วนโคเลสเตอรอล HDL ให้น้อยกว่า 3.5 ในผู้หญิงและน้อยกว่า 4.5 ในผู้ชาย

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมาย

ไพร์ตัน เชนะรินทร์ (2527 : 6) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนความจริงแล้วมิได้เริ่มจากตัวประชาชนเองแต่เป็นการได้รับการกระตุ้นจากภาครัฐบาล

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 66) ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการ ต่อไปนี้

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาและดำเนินการตามการตัดสินใจนั้น

2. ประชาชนได้พัฒนาตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองได้

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นการให้สิทธิสภาพในการพัฒนาแก่ประชาชน โดยที่ประชาชนสามารถกำหนดทิศทางหรือวางนโยบายในการพัฒนาตนเองได้

2.3.2 รูปแบบการมีส่วนร่วม

1. รูปแบบโดยเนื้อหา หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยเข้าร่วมการตัดสินใจ และกำหนดแผนเข้าร่วมการกระทำ เข้าร่วมรับผลประโยชน์ และเข้าร่วมประเมินผล
2. รูปแบบโดยการจัดรูปแบบขององค์กร หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมในเนื้อหาข้างต้นด้วยรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในชุมชนและนอกชุมชน ซึ่งอาจจะสมัครใจ หรือถูกชักจูงถูกบังคับ
3. รูปแบบโดยกิจกรรม หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมโดยมีเนื้อหาและความสัมพันธ์ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ในรูปแบบแข่งขัน ไม่แข่งขันหรือแบบเฉื่อยชาก็ได้

2.3.3 ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการหรือกระบวนการค้นหาปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผน เมื่อประชาชนได้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้นชุมชนของตนเอง ต่อไปทุกคนต้องร่วมกันแสดงความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ไข
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ด้วยความยุติธรรม

2.4 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

2.4.1 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ต่อมาก็ได้มีผู้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการที่จะให้คนไข้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการรักษาโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง การให้คนไข้ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น การนำกลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ได้ขยายออกไปอีกในแง่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้วิจัยและให้ความหมายคำจำกัดความไว้ดังนี้

แคพแลน (Caplan, 1997 อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงานหรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976 อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีความรับและสนใจ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งๆ ที่ “ผู้ได้รับแรงสนับสนุน” ได้รับจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม

อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

2.4.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

อาจกล่าวได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

2.4.3 หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับการสนับสนุน
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นี้จะต้องประกอบด้วย
 - 2.1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง
 - 2.2) ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและที่ยอมรับในสังคม
 - 2.3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม
- 3) ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ
- 4) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

2.4.4 ประเภทของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้เป็นหลายรูปแบบ ซึ่ง เฮาส์ (House, 1981 อ้างใน จุฬากรณี โสตะ, 2546) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน

2) การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตัดสินใจ การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

2.4.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กาทท์ลีบ (Gottlieb, 1985 อ้างในจุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ได้แบ่งระดับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2) ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Nezzo level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3) ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

2.4.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ

สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

1) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มหรือการเข้าร่วมกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า (Minklee, 1981 อ้างใน กชกร สมมั่ง, 2542)

2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.1) ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้อื่นน้อย (Langlie, 1997 อ้างใน กชกร สมมั่ง, 2542)

2.2) ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ กว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (บุญเยี่ยม ตรีภูววงศ์, 2530)

3) ผลต่อความเครียด แคพเพลน (Caplan, 1974 อ้างใน กชกร สมมั่ง, 2542) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย จิตใจ ช่วยให้ผู้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ได้เสนอขั้นตอนการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนแรก ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี

ขั้นตอนที่สอง กระตุ้นให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ โดยหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการหรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จมาเป็นแบบฉบับเพื่อให้เห็นและปฏิบัติตาม

ขั้นตอนที่สาม นำวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้โดยให้กลุ่มเพื่อนบ้าน หรือผู้ที่ได้ผลดีจากการปฏิบัติ มาให้ความรู้เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุนและแน่ใจว่าสิ่งที่ตนจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคมของชุมชน

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ได้อย่างดี ซึ่งในการศึกษานี้ จะเน้นการให้การส่งเสริม สนับสนุน สื่อสาร ให้กำลังใจ ในทางการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพและจัดการด้านอารมณ์ ในทางที่ดีขึ้น โดยให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ง่ายต่อความเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับวิถีชีวิต บริบทของผู้ป่วย ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการกระตุ้นเตือน การกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ประเมินผลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดเป็นระยะ ค้นหาปัญหา และออกแบบวิธีการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยเกิดการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่จะเป็นแนวทางในการจัดการตนเอง มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือบ้านและครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น และต่อเนื่อง ส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงสมาชิกในครอบครัว คนอื่นๆ ก็จะถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นทั้งครอบครัว เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.4 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง

สมชาย สุพันธ์วิช (2519 : 177) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยว่า จุดประสงค์ของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้น ก็เพื่อ จะสร้างและผดุงไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์ที่สุด

มัลลิกา มัติโก (2525 : 11) ได้ให้ความหมายอย่างชัดเจนว่า การส่งเสริมสุขภาพอนามัยหมายถึง พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ อีกนัยหนึ่ง หมายถึง การบำรุงรักษาร่างกายให้มีการกินดีอยู่ดี ซึ่งหมายรวมถึงการมีที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวกไม่มีมลพิษในสภาพแวดล้อม รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีการออกกำลังกายอยู่เสมอรู้จักรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง รักษาความสะอาดร่างกาย

2.4.1 ความหมายการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง จะหมายรวมถึงการดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพดี ตลอดจนวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้หลาย คน คือ

องค์การอนามัยโลก (1988 อ้างถึงใน สุวัจน์ เทียนทอง, 2536 : 3) ได้นิยามไว้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกชน ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมการตัดสินใจในเรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค

สมทรง รัชนีเฝ้า (2533 อ้างถึงใน วนิตา วิระกุล, 2534 : 5) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกชน ครอบครัวและชุมชนรวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

2.4.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533 : 100-104) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในบริบทโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งนักสาธารณสุขควรช่วยส่งเสริม โดยสนับสนุนการปฏิบัติดูแลตนเองที่ได้อยู่แล้วและแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้าย

2. การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Secondary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพโดยสถานบริการสาธารณสุขซึ่งเน้นกิจกรรมมุ่งให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง ให้กับผู้ป่วยและญาติพี่น้อง

สุมน สุตะชะ (2530 : 35) แบ่งองค์ประกอบในการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. การดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ ในเรื่องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น การรักษาสุขภาพจิตและการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเครียด

2. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลตนเองเรื่อง การออกกำลังกาย นอนหลับโภชนาการ การมีกิจกรรมทางเพศ การจัดสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ผดุงรักษาภาวะสุขภาพ ป้องกันโรคการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังการเจ็บป่วย

2.5 แนวคิดการป้องกันโรค

การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคต่างๆ ได้มีผู้แบ่งระดับการป้องกันโรคไว้หลายท่าน โดยแบ่งคล้าย ๆ กัน เช่น ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร (2524 : 29-24) ได้แบ่งระดับการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคขั้นที่หนึ่ง ระยะที่ยังไม่เกิดโรค ขั้นที่สองเป็นการป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้นแล้ว ขั้นที่สาม เป็นการป้องกันในระยะที่มีความพิการ สมชาย สุพันธุ์วัฒน์ (2525 : 341-343)

ได้แบ่งการป้องกันโรคเป็น 2 ระยะ คือ 1. ระยะก่อนเกิดโรค เรียกว่า การป้องกันปฐมภูมิ 2. ในระยะเกิดโรค เรียกว่า การป้องกันทุติยภูมิดังนั้นระดับการป้องกันโรคจึงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. การป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค คือ เป็นการป้องกันมิให้เกิดโรครึ้น เป็นการป้องกันโรคล่วงหน้าดีกว่าปล่อยให้เกิดโรคแล้วทำการรักษาภายหลัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยแล้วยังเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้วย

2. การป้องกันในระยะเกิดโรค แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การป้องกันทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะเมื่อเกิดโรคแล้ว จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาทันที

การป้องกันตติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่มีความพิการหรือโรคเป็นมาก การป้องกันจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดความพิการของโรค การป้องกันในระยะนี้ ถือว่า เสียอันตรายและได้ผลน้อยกว่าการป้องกันในระยะแรก

เนื่องจากการป้องกันโรคในระยะที่สอง คือ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นเป็นการป้องกันโรคเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษาเฉพาะการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ หรือการป้องกันโรคในขั้นที่หนึ่งเท่านั้น

2.6 แนวคิดการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ประกอบการตัดสินใจในกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ความต้องการข่าวสารจะเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลต้องการข้อมูลในการตัดสินใจหรือไม่แน่ใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนี้ข่าวสารยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เปิดรับมีความทันสมัย สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ในโลกปัจจุบันได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคคลจะไม่รับข่าวสารทุกอย่างที่ผ่านมาสู่ตน แต่จะเลือกรับเพียงบางส่วนของที่คิดว่ามีประโยชน์ต่อตน ดังนั้นข่าวสารมักถูกเลือกอยู่ตลอดเวลา

อนัญญา สวอนศักดิ์ (2547 : 10) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลยังเปิดรับข่าวสารและมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากเท่าใด ก็ยิ่งมีความรู้และเท่าทันสภาวะแวดล้อมมากขึ้นเป็นเงาตามตัวและข่าวสารที่ลดความไม่รู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอกนั้นเป็นเครื่องช่วยในการตัดสินใจ ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความคิดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ในกระบวนการถ่ายทอดข่าวสารในสังคมนั้น จำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการสื่อสารครบทั้ง 3 ประการ คือ มีแหล่งกำเนิดข่าวสาร ข่าวสาร และจุดหมายปลายทาง แหล่งกำเนิดข่าวสารมีลักษณะเป็นนามธรรม คือที่มาของข่าวสารที่มีสื่อมวลชนทำหน้าที่บันทึกหรือเป็นผู้นำวัสดุดิบมาเปลี่ยนเป็นรูปของข่าวสารไปสู่จุดหมาย คือผู้รับข่าวสาร เนื่องจากการสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการจึงสามารถพิจารณาได้เสมือนระบบหนึ่ง ซึ่งสรุปไว้ ดังนี้ (อ้างถึงใน ชวนพิศ วิระวงษ์นุสร 2547 : 29)

1. แหล่งข่าวสารหรือผู้ส่งสาร เป็นจุดเริ่มต้นของการสื่อสาร หมายถึงแหล่งกำเนิดของสารหรือผู้เลือกข่าวสารเกี่ยวกับความคิดเห็น เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้วส่งต่อไปยังผู้รับสาร

2. สาร หมายถึง สิ่งที่ทำหน้าที่ กระตุ้นความหมายให้กับผู้รับ เป็นเรื่องราวสาระที่ส่งออกไปจากผู้ส่งสารถึงตัวผู้รับสาร ต้องมีการวิเคราะห์ เนื้อหาของสาร ซึ่งหมายถึงข้อความที่ผู้ส่งสารใช้สื่อความหมายที่ต้องการ

3. ช่องทางสำหรับสื่อสารหรือสื่อเป็นสิ่งที่พาสารจากผู้ส่งไปยังผู้รับ

4. รับรู้สาร หมายถึง ผู้รับข่าวสารจากแหล่งสาร บทบาทของผู้รับ มี 3 ประการ คือ รับสารถอดรหัส และตอบโต้ความหมาย

พรทิพย์ พิมลสินธุ์ (2529 : 292) ได้สรุปการเปิดรับสื่อของผู้รับสารว่าผู้รับสารเลือกเปิดรับสื่อตามลักษณะดังนี้

1. เลือกรับสื่อที่จัดหามาได้ มนุษย์จะใช้เวลาพยายามเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น อะไรที่หาได้ยาก จะไม่ได้รับการเลือก ผู้รับสารจะเลือกสื่อที่ไม่ต้องใช้ความพยายามมาก เช่น ชาวชนบทมักนิยมรับวิทยุกระจายเสียง
2. เลือกสื่อที่สอดคล้อง กับความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติของตน เช่น นักศึกษามักอ่านหนังสือพิมพ์ที่ให้ข่าวสารวิชาการมากกว่าข่าวชาวบ้าน
3. เลือกสื่อที่ตนสะดวก แต่ละคนจะมีพฤติกรรมการรับสื่อที่แตกต่างกันตามที่ตนสะดวก เช่น บางคนชอบอ่านหนังสือในห้องสมุด บางคนชอบฟังวิทยุขณะขับรถ เป็นต้น
4. เลือกสื่อตามความเคยชิน ปกติคนกลุ่มหนึ่งในทุกสังคมจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงการรับสื่อที่ตนเคยรับอยู่ซึ่งมักจะพบกับคนอายุมาก เช่น เคยฟังวิทยุประจำจะไม่สนโทรทัศน์
5. ลักษณะเฉพาะของสื่อ จากข้างต้นทั้ง 4 ข้อ เป็นความต้องการของผู้รับสารเป็นหลัก แต่ในข้อนี้กลับเป็นคุณลักษณะของสื่อที่มีผลต่อการเลือกรับ เช่น หนังสือพิมพ์ ให้รายละเอียด ดีกว่าราคาถูกกว่า

โดยสรุป กระบวนการในการเลือกรับข่าวสาร ประกอบด้วย การเลือกเปิดรับ การเลือกให้ความสนใจ โดยมักเลือกตามความคิดเห็น ความสนใจของตน เพื่อสนับสนุน ทัศนคติเดิมที่มีอยู่และหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจ เพื่อไม่ให้เกิดความไม่สมดุลทางจิตใจ การเลือกรับรู้และตีความหมาย การเลือกจดจำ โดยเลือกจดจำข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ฯลฯ ของตน ซึ่งปัจจัยของผู้รับสารที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเลือก ได้แก่ ความต้องการ ทัศนคติ ค่านิยมเป้าหมายความสามารถ เช่น ภาษา การใช้ประโยชน์ วิธีในการสื่อสาร ซึ่งหมายถึงสถานที่ บุคคลและเวลาที่อยู่ในสถานการณ์สื่อสารและนิสัย ประสบการณ์ โดยบุคคล จะทำการเปิดรับข่าวสารอยู่ 3 ลักษณะ คือ จากสื่อมวลชน สื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

2.7 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2553:12-27) กล่าวว่า จากบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยม และเทคโนโลยีการสื่อสารไร้พรมแดน ทำให้คนไทยเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นแบบบริโภคนิยมมากขึ้น เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และทำลายสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อ หรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อมากถึงร้อยละ 60 และสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและทำลายสุขภาพ ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า กินอาหาร

ไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อหรือโรควิถีชีวิตที่สามารถป้องกันได้ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น

การลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สูบบุหรี่) โดยการดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อในปัจจุบันพบว่า มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเกือบครบคลุม แต่คัดกรองแล้วไม่มีการจัดการต่อในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ยังเน้นการจ่ายยาในโรงพยาบาลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยให้ความรู้เป็นชุดๆ ที่เหมือนกันทุกคน และทุกครั้ง กระบวนการให้ความรู้ความเข้าใจไม่ได้ปรับตามลักษณะบุคคล รวมทั้งการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเอง ยังมีน้อย เห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้รับบริการที่ผ่านมา เรามักยึดบทบาทของการเป็นผู้เชี่ยวชาญ จะวางแผนและ เป้าหมายคิดวิธีการให้ผู้รับบริการปฏิบัติ คิดว่าเป็นสิ่งดีที่สุด สำหรับผู้รับบริการตามมุมมองของเราฝ่ายเดียว เรามักชินกับการสอน, การสั่ง, การชี้แนะ และให้คำแนะนำ เพื่อช่วยในการเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้รับบริการต่อต้าน ขาดความร่วมมือ และไม่เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นเป็นสาเหตุที่ทำให้เราไม่สามารถ ช่วยในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งเราในฐานะที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขมีหน้าที่ช่วยให้ประชาชน เปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อได้อย่างไรจึงจะช่วยให้คนเกิดความร่วมมือร่วมใจ มีความสามารถในการจัดการตนเอง (self- management) มีแรงจูงใจ ตัดมั่นที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อเนื่องซึ่งการสร้างการเปลี่ยนแปลงต้องการให้เกิด 4 อย่าง ดังนี้

1. รู้ว่าพฤติกรรมนั้นต้องเปลี่ยน
2. มองว่าถ้าเปลี่ยนแล้วอนาคตจะดีขึ้น
3. มีความรู้และทักษะที่ใช้สำหรับเปลี่ยน
4. คิดใคร่ครวญและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.7.1 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2553:16-21) กล่าวว่า การโค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) เป็นการประยุกต์หลักการทางจิตวิทยาสุขภาพ (ข้อมูลสุขภาพธรรมชาติของคน) และจิตวิทยาการโค้ช (การสื่อสาร การจูงใจ) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการเพื่อช่วยให้เขามีสุขภาพดี Health Coaching = Health Professional Advice + Behavior change Assistance พูดง่ายๆ ว่า Health Coaching ไม่ใช่แค่ให้ความรู้ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพเท่านั้น ต้องเข้าใจรู้จักธรรมชาติของคนด้วย รู้ว่าจะจูงใจให้คนเปลี่ยนความคิด ความเชื่อเดิมๆ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมแบบใหม่ที่ติดต่อสุขภาพได้อย่างไรซึ่งต้องอาศัยวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีรูปแบบการพูดคุยที่โดนใจ ได้ใจในการเปลี่ยนแปลงโดยให้การเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นมาจากตัวของเขาเอง เราเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือเท่านั้น Health Coaching จะเป็นการดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (patient-centered) สัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน จะทำให้ลดการต่อต้านและเพิ่มโอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการ ได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ซึ่งผู้โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coach) ควรมีทักษะที่จำเป็น ดังนี้

- ทักษะความรู้เชิงวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional qualification & skills)
- ทักษะการปรึกษา (Basic counseling skills)
- ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing skills)
- ทักษะการจัดการปัญหาโดยเน้นทางออก (Solution-focused coaching skills)
- ทักษะการจัดการอารมณ์ (Emotional management skills)
- ทักษะการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive change skills)

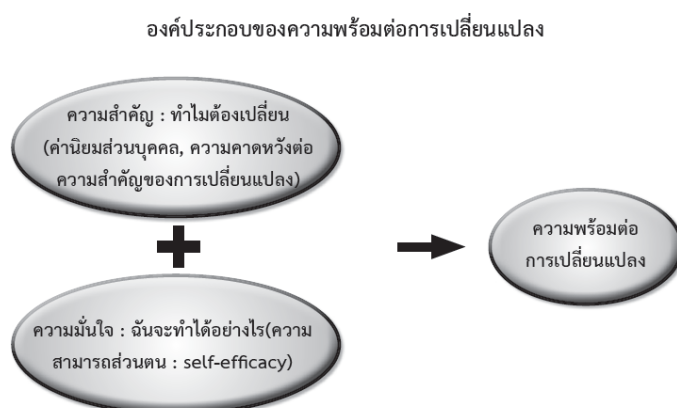
เป้าหมายการโค้ชด้านสุขภาพ

1. เพิ่มแรงจูงใจภายใน
2. ลดแรงต้านของผู้รับบริการ
3. เพิ่มโอกาสของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

หลักการพื้นฐานของการโค้ชด้านสุขภาพ

1. ความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นวิธีการเฉพาะบุคคล
2. แต่ละคนต้องการการดูแลแตกต่างกัน
3. คนต้องการการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อและความคิดเพื่อจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง
4. ไม่ใช่วิธีการแบบเดียวเท่านั้นที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคน

กล่าวได้ว่า Health Coaching เป็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพทางบวก ลดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพทางลบ หรือหลายคนต้องการสร้างพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยา ก่อนที่จะสร้างหรือคงการเปลี่ยนแปลงไว้ การเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ต่อเนื่องเป็นสิ่งยาก หรือทำได้ในครั้งเดียว จึงต้องทำความเข้าใจถึงความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้ออกแบบวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับผู้รับบริการที่มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน โดยพิจารณาความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบ ดังนี้



ภาพที่ 2 องค์ประกอบความพร้อมของการเปลี่ยนแปลง

ข้อคิดเกี่ยวกับความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

- ผู้รับบริการแต่ละคนจะมีสภาวะความพร้อมที่แตกต่างกัน
- ผู้ให้บริการ ไม่ทราบว่าผู้รับบริการมีแนวคิดอะไรบ้างสำหรับการเปลี่ยนแปลง
- ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง
- การกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมซ้ำๆ เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้

ประโยชน์ของ Health Coaching ต่อระบบสุขภาพ

- เพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด
- ประยุกต์ใช้ได้กว้าง
- เพิ่มความรับผิดชอบของผู้รับบริการ
- เพิ่มความร่วมมือกันของแต่ละวิชาชีพ
- ใช้ต้นทุนต่ำและเพิ่มทักษะ
- ใช้ได้ดีกับรูปแบบของความสามารถในการจัดการตนเองในภาวะเรื้อรังอื่นๆ
- เป็นรูปแบบบริการที่ยืดหยุ่นและคุ้มค่า

2.8 แนวคิดการจัดการตนเองและการประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.8.1 โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.8.1.1 ความหมายโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังหมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นการประคับประคองไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น โรคเรื้อรังมีหลายประเภท เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ลักษณะของการเกิดโรคมียุทธศาสตร์การดำเนินของโรคยาว (Long duration) ระยะการแฝงตัวของโรคนาน (Long latent period) การสะสมของโรคและการก่อตัวของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย จากการที่สุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ อายุเฉลี่ยทั้งชายและหญิงก็เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ระบบบริการสาธารณสุขดีขึ้น การพัฒนาด้านเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศตามรูปแบบการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัยและมีความซับซ้อน (Complex and multifactorial) และปัจจัยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งอยู่ในวิถีการดำเนินชีวิต (Behavioral and life style consideration)

2.8.1.2 ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)

มีนักวิจัยต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ไว้แตกต่างกันไป ดังนั้นการจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เหมือนกันและแตกต่างกันระหว่างความรู้

ของผู้ป่วยและความรู้การจัดการตนเอง ความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง และประสิทธิผลของการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง

Creer (1976) ให้หลักการของการจัดการตนเองไว้ว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา

Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง

Redman (2004) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัว กับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

สรุปความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ประกอบด้วย

1. เป็นเรื่องของ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษา หรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น
2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน
3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้มีทักษะและมีความสามารถ เพื่อลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวลและประเมินเพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ และการติดตาม เฝ้าระวังและประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดมีการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับโดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง

2.8.1.3 แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management)

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ที่เสนอโดยเคนเฟอร์และแกลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) โดยมีความเชื่อพื้นฐานมาจากการมีส่วนร่วมของบุคคลมีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง แก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดสิ่งแวดล้อมของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากบุคลากรสุขภาพ เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ได้แก่

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยบริการมีการพัฒนาการด้านความคิด การจัดการอารมณ์ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและ เปลี่ยนแปลง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

แนวความคิดการจัดการตนเอง (Self - management) พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ได้มีนักวิชาการหลายท่านเสนอกลวิธีแนวคิดในการจัดการตนเอง ได้แก่

เคนเฟอร์และแกลิก บายส์ (1991) ได้เสนอแนวความคิดการจัดการตนเอง (Self - management) ประกอบด้วย

- (1) การติดตามตนเอง (Self - monitoring)
- (2) การประเมินตนเอง (Self - evaluation)
- (3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement)

โดย มีรายละเอียดดังนี้

1. การติดตามตนเอง (Self - monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึก พฤติกรรมของตนเองที่พฤติกรรมอาจเป็นเหตุหรืออาจเป็นผลทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังรวมถึงการสังเกต ติดตาม บันทึกปัจจัยที่เสี่ยง ที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังพยายามจัดการ ติดตามตนเอง ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แทน การแสดงพฤติกรรมจึงแสดงด้วยความรู้ตัว มีสติ การติดตามตนเองเป็นการให้ข้อมูลตนเองในการสังเกต พฤติกรรมของตนเอง ทำให้ทราบว่ามิพฤติกรรมเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมทำให้ทราบว่า พฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงหรือไม่ นอกจากนี้ ผลการติดตามพฤติกรรมด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองต่างออกไปจากเป้าหมาย ที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.1 ประสิทธิภาพในการติดตามตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการดังนี้

1.1.1 ความแม่นยำในการบันทึกกิจกรรม ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึก ถ้าข้อมูลที่ได้อาจมีผลต่อการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกน้อยลงเพราะ ข้อมูลที่ได้มักสูงกว่าความเป็นจริง โดยการหาทาง ให้บันทึกกิจกรรมให้แม่นยำ กระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่น สังเกต ถ้าตรงกันก็ได้รับการเสริมแรง

1.1.2 ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การติดตามตนเอง อาจเป็นกระบวนการ ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนา พฤติกรรมของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

1.1.3 ความยากของพฤติกรรมที่กระทำ การติดตามจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นทำได้ง่าย

1.2 ขั้นตอนในการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1.2.1 เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน

- 1.2.2 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน
- 1.2.3 กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้บันทึก
- 1.2.4 ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
- 1.2.5 แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน
- 1.2.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

2.การประเมินตนเอง (Self –evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือ เป้าหมายที่กำหนดไว้ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่นำไปสู่การตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น โยประเมินจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการติดตามตนเอง

3. การให้แรงเสริมตนเอง (Self - reinforcement) เป็นขั้นตอนการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ เป็นการเสริมแรงทางบวกหรือการเสริมแรงทางลบ โดยประเภทการเสริมแรงประกอบด้วย

3.1 การเสริมแรง เป็นสิ่งของ เช่นอาหารและสิ่งของต่างๆ

3.2 การเสริมแรงทางสังคม เป็นลักษณะคำพูดและการแสดงออก ทำทางได้แก่การยกย่อง ชมเชย การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือให้สัมผัส

3.3 การเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม

3.4 การเสริมแรงที่เป็นเบียร์รถกร มักอยู่ในรูปเงินเบียร์ แด้ม ดาว แสตมป์หรือคูปอง

3.5 การเสริมแรงภายในที่ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆเช่นความพึงพอใจ

ความสุข ความภูมิใจ

ในการเสริมแรง ควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการตนเอง นำวิธีการเสริมแรงมาใช้หลายวิธีแต่วิธีที่ดีคือเป็นวิธีที่ง่ายและตนเองรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งที่สำคัญคือแต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลตนเองเพราะคนอื่นไม่สามารถทราบว่าคุณคนนั้นมีความต้องการอะไร วิธีที่ดีที่สุดในการเสริมแรงคือต้องเสริมแรงทันที ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายให้ตามความต้องการและเหมาะสมกับบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การจัดการตนเอง (Self - management) เป็นแนวความคิดมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการเป็นความสามารถของผู้ป่วยที่จะกระทำหรือมีส่วนร่วมกับผู้อื่น แนวคิดนี้มีพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และการตัดสินใจ ประเมินผลดี ผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรม ติดตามอาการและอาการแสดงของสภาวะสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงพฤติกรรมที่มีคุณค่าหรือสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคมตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิต (Holman:2000) องค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาการดูแลที่มีขึ้นมาจากการได้รับความรู้ การเรียนรู้และประสบการณ์นำมาตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และครอบครัวมีส่วนร่วมให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจจัดการตนเองได้ (Loring ,2003;Mary and Karen,2005)

2.8.2 การประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วย ความเครียด ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและคนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมาย ทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยาก กลับเข้าสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ทำด้วยความลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและสังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้นแย่ลงหรือดีขึ้นก็ตาม โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น การทำความเข้าใจ สังเกตและพิจารณาแบ่งแยกแยกแยะปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำสิ่งเหล่านี้ได้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งย่อมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2557)

จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีความเชื่อว่า เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบต่อทำให้บุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องประเมินความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามสภาพตามความเจ็บป่วย เข้ามาช่วยเหลือบุคคล ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัว เข้ามาร่วมให้ความช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม โดยทำการสอน ฝึก ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ พยาบาลจะต้องวางแผนในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้เองอย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือพยาบาล (สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ปัจจุบันผู้ป่วยรับรู้และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมมากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัดอยู่เนื่องจากว่า ผู้ป่วยยังต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัวทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ยกตัวอย่างเช่นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวเกินก็มีปัญหาเรื่องปวดข้อ เหนื่อยง่าย ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยบางคนก็ต้องฉีดยาเองที่บ้านหรือเจาะน้ำตาลเอง ก็ยังไม่มั่นใจว่าจะทำได้ถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นการสอนให้ผู้ดูแลตนเอง ให้มีความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำคัญที่สุด

เมื่อ 30 กว่าปีมาแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลักการเรื่องการจัดการตนเองได้เน้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในข้อมูลของสมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้อธิบายไว้ว่าเป็นองค์กรที่ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง เพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ขณะนั้นการจัดการตนเองได้ผลดีเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น ต่อมา Norris และคณะ ได้ทำการทดลองโดยนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงไม่กี่สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่า Glycosylate hemoglobin ลดลงจาก 0.76 เปอร์เซ็นต์ เหลือ 0.26 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง การสูบบุหรี่ลดลง Norris และคณะ สรุปความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง คือ การสอนเกี่ยวกับทักษะ

การลดน้ำหนัก การจัดการในเรื่องกิจกรรมแต่ละวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับค่าน้ำตาลในเลือด

2.8.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง (self-management support)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการดูแลและส่งเสริมให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากผู้เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์หรือทีมสุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเมื่อแพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำแม้จะเป็นเรื่องที่ขัดกับการปฏิบัติของตน เนื่องจากเกรงใจและเห็นว่าแพทย์หรือทีมสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ ในขณะที่ตนเองเป็นผู้ที่รู้น้อย ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแม้จะมีข้อสงสัยแต่ไม่กล้าซักถาม ทำให้ไม่สามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ จึงเกิดปัญหาในการควบคุมโรค

ดังนั้น การเตรียมผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบอยู่ รวมทั้งวิธีการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย และมีการจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูลการประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติและการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค โดยเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการบำบัดโรคที่ตนเองเป็น การทำงานร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพ (Creer & Holroyd, 1997) การตั้งเป้าหมาย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมด้วยความรอบคอบ โดยต้องเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับโรคอย่างพอเพียงและการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วยจึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตได้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐานสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (self-recording) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมหรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำ มาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง โดย Creer (2000) กล่าวว่า การเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง

3. การประมวลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเองและนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลข้อมูลและการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบ

อาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวันที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูล ไว้ สามารถประเมินผลผลและตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้ เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วย และหาสาเหตุรวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และวิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้และประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว (Creer & Holroyd, 1997)

4. การตัดสินใจเป็นบทบาทสำคัญในการจัดการตนเองโดยตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รวบรวมได้ การตัดสินใจเป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองทั้งที่ซับซ้อน (Creer & Holroyd, 1997)

5. การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย (Creer & Holroyd, 1997) ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้จ่ายอย่างถูกต้องต้องเผื่อระวัง อาการผิดปกติและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

6. การสะท้อนตนเอง เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติมและทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Creer & Holroyd, 1997)

2.8.4 การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ

การทำให้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกิดความเข้าใจว่าบุคคลที่มีความสำคัญที่สุด ในการควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือ “ตัวผู้ป่วยเอง” จึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงเป็นลำดับแรก เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเองและคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นบทบาทโดยตรงของผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพราะการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับ การปรับการดำเนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคต้องการความรู้ที่ถูกต้อง ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต นำไปใช้ได้จริง เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มความเชื่อมั่น

ในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์และชีวิตจริงของผู้ป่วย แต่ละรายการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีผู้ปฏิบัติ ทำได้ดังนี้

1. หากวิธีในการช่วยให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัว เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจนในด้านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ามีอาการกำเริบหรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้ หลักสำคัญในการควบคุมโรค วิธีการจัดการเพื่อควบคุมโรคให้สงบ เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่แสดงว่ามีการควบคุมโรคได้ดีหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควรทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคที่ถูกต้อง ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับวิถีชีวิต นำไปใช้ได้จริง ทั้งนี้วิธีการทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล (individual education session) การสอนเป็นกลุ่มย่อย (small group education session) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การให้คำปรึกษา (counseling) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มการเล่าเรื่อง (story telling) ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ สนับสนุนความรู้ ที่ถูกต้องในทุกช่องทาง โดยเฉพาะทางดิจิทัล ผ่านโทรศัพท์มือถือโดยใช้ไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผล และสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และเปิดโอกาสให้ได้รับการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเองในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง จนได้แนวทางในการจัดการตนเอง (self-management) ในการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศได้อย่างมหาศาลอีกด้วย

2. ชักจูง โน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเรียนรู้ และเริ่มต้นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อยเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

3. ฝึกการจัดการตนเอง ตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่เลือกใช้ ในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ได้แก่ 1) รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) เลือกกลวิธีการแก้ไข การรักษา 4) ประเมินผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่สำคัญในการร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง สนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวางแผนในการเฝ้าระวัง และการติดตามผลตัวอย่างเช่นการฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2554) ที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง

ของ Creer (2000) ทำโดยทำให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว บังคับชักนำ ให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยฝึกการจัดการตนเองที่สำคัญ เป็นรายบุคคล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติได้แก่ การประเมินอาการบวมที่แสดงถึงภาวะน้ำเกินในร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย
2. การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจำกัดอาหารเค็ม ลดอาหารไขมันสูง และเพิ่มอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง
3. การจำกัดน้ำดื่ม ฝึกการประเมินปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะในแต่ละวันว่ามีความสมดุลและฝึกการตัดสินใจในการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับปริมาณปัสสาวะ
4. การส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ โดยทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค ฝึกการปรับกิจกรรมที่ช่วยลดการใช้พลังงาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เช่น การเดินในทางราบ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักและฝืน ฝึกการบริหารปอด
5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบหรือภาวะโรครุนแรงมากขึ้น รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

6. ฝึกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ดังนี้

- 6.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา หาวิธีป้องกันการลืมรับประทานยา
- 6.2 การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ
- 6.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรค การประเมินความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เกิดอันตราย
- 6.4 การบันทึกภาวะสุขภาพของตนเอง ฝึกการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และแก้ปัญหาอย่างทันที่
- 6.5 การมาตรวจตามนัดตามนัดด้วย (2554) เสนอวิธีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยเป็นแนวทาง เช่น ไม่มีอาการบวมกดปุ่ม น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีอาการหายใจลำบาก ออกกำลังกายด้วยการเดินได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การรวบรวมข้อมูล ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งรวมถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังที่แสดงถึงการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการดังกล่าวด้วยตัวผู้ป่วยเอง และฝึกการลงบันทึกในคู่มือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และประเมินความผิดปกติ เช่น การสอนให้ใช้แบบวัดอาการบวมที่มีภาพประกอบชัดเจน

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลเป็นการฝึกการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์และข้อมูลในวันก่อนหน้า เช่น ผลการประเมินอาการบวมกดปุ่มที่หน้าแข้ง ว่ามีหรือไม่มี หากมีอยู่ในระดับใด ต่างจากวันก่อนหน้าหรือไม่ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย การนอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหรือหนุนหมอนสูงขึ้นหลายๆ ใบ แสดงว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

4. การตัดสินใจ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เช่น การให้คู่มือผู้ป่วยที่ระบุอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข การกำหนดสถานการณ์จำลองโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอยู่ในภาวะใด และให้ฝึกตัดสินใจว่าหากมีอาการดังกล่าวจะตัดสินใจอย่างไร รวมทั้งฝึกว่าอาการเช่นใดที่แสดงถึงภาวะที่รุนแรง ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

5. การปฏิบัติ เป็นการกระทำตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หากผลการวิเคราะห์พบว่าเริ่มมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ลดปริมาณน้ำน้อยดื่มลง หากยังมีอาการกำเริบอยู่ ต้องจำกัดอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด พักหรือหยุดกิจกรรม หากอาการไม่ดีขึ้น ต้องรีบไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

6. การประเมินตนเอง เป็นการฝึกการกำกับและประเมินตนเองเป็นระยะๆ ว่าควบคุมโรคได้หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะปรับพฤติกรรมใดที่จะทำให้บรรลุผลสำเร็จ

2.8.5 การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพพบว่ามีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบในการศึกษา รวมทั้งมีการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆดังนี้

2.8.5.1 กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเอง กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญ มีดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย(7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่างๆ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาแล้วประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้สึกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แบบกลุ่ม เน้นการปฏิสัมพันธ์ที่มีสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ(Milenkovi,Gavrilovic, Percan, & Petrovski, 2004)

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำ เป็นในการควบคุมโรคสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำ เป็นรายกลุ่มหรือโดยทักษะเฉพาะที่จำ เป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆการ ได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมโรค และปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จ กลวิธีต่างๆ ที่ใช้ ในกรณีที่เป็นรายบุคคลควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.2 การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ โดยให้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรคตามสถานการณ์ที่กำหนด ครอบคลุมประเด็นเรื่องการควบคุมอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน และในโอกาสพิเศษ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาล หรือเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดเวลาในการพักผ่อน การประเมินและเฝ้าระวังอาการอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งอาการที่ต้องไปพบแพทย์ จนเกิดความมั่นใจ

2.3 การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.3.1 การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง (realistic personal goal setting) บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนในการตั้งเป้าหมายการควบคุมโรคให้เหมาะสมกับอายุและสถานะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) จากการศึกษาของ Wattana, Srisuphan, Pothiban, and Upchurch (2007) พบว่าการให้ผู้ที่ เป็นเบาหวานได้เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมโรคให้ถึงเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ ตามสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง ด้วยการหาวิธีสื่อสารด้วยภาพหรือสัญลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และนำไปสู่การปฏิบัติ

2.3.2 การฝึกการติดตามเฝ้าระวังการประเมิน ตนเองในการควบคุมโรค มีความสำคัญความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับตนเองและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจำเป็น นื่องหาวิธีในการช่วยผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันที

3. การชักจูง โน้มน้าว ให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล

4. การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

6. มีการลงติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัว ทุกรายเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเพื่อนร่วมโปรแกรมและผู้วิจัยโดยวิธีการสุ่ม สัปดาห์ละ 3 หลังเพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ

ความเล็งที่พึงรำลึกในชุมชนในมิติครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อม ทางกายภาพเพื่อร่วมออกแบบกำหนดเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และลงเข็มซ้ำในรายที่ยังปรับ พฤติกรรมไม่ก้าวหน้า เพื่อค้นหาปัญหาแท้จริงเพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมายร่วมกันใหม่และให้ลงมือทำ และนำรายงานผลในการประชุม เดือนต่อไป

7.การสนับสนุนความรู้ ที่ถูกต้องในทุกช่องทาง โดยเฉพาะทางดิจิทัล ผ่านโทรศัพท์มือถือโดยใช้ไลน์ กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความ เข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และได้รับการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเองในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง จนได้แนวทางในการจัดการตนเอง (self-management) ในการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มป่วย วยทำงานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2.8.5.2 รูปแบบของกิจกรรม

ในการพิจารณาเลือกรูปแบบการจัดกิจกรรม ควรพิจารณาให้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยแบบแผน ชีวิต วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และ บริบท ที่ต้องออกแบบไม่ให้มีผลกระทบต่อการทำงานและวิถีชีวิต ของผู้ป่วย อาจทำเป็นกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล โดยออกแบบโปรแกรมใหม่มีกิจกรรมการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น และกิจกรรมในการฝึกทักษะที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งไม่ควร มีเนื้อหาแน่นเกินไป เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกทักษะต้องเป็นการฝึกที่ง่าย และมีการทบทวนจนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้จริงในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง ควรมีระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ (reinforcement) ตามระยะเวลาของการดำเนินงาน อย่างน้อย ทุก 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมักตื่นตัวและตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่ในช่วงแรกๆ หลังจากนั้น หากไม่ได้รับการติดตามและกระตุ้นเตือน อาจมีการกลับไปกระทำตามความเคยชินหากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ จึงควรมีรูปแบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเพื่อให้อ้ากำลังใจและช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำ ปรึกษาหากผู้ป่วยปฏิบัติ แล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งอาจทำในรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมสวนครัว หรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทางไลน์กลุ่ม โดยเฉพาะในการศึกษาระยะยาว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่

2.8.5.3 ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับ เนื้อหาและ จำนวนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งระยะเวลาในการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ต่อครั้ง สำหรับ รายบุคคลใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ต่อครั้ง การอภิปรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1½ -2 ชั่วโมง ต่อครั้ง รวม เวลา 3-8 ชั่วโมง การให้คำ ปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 30 นาที และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ใช้เวลา 15-30 นาที จะจัดในเสาร์ ซึ่งเป็นวันที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อลดผลกระทบต่องาน และไม่รบกวนวิถีชีวิตปกติ ของกลุ่มตัวอย่างมากเกินไป แต่อยากให้อยู่ในวิถีชีวิตประจำวัน จึงออกแบบกิจกรรมส่วนใหญ่จะใช้การ

ติดต่อสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนความรู้ ติดตาม ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลทางไลน์กลุ่มเป็นหลัก ที่สามารถทำได้ ทุกที่ ทุกเวลา อย่างต่อเนื่องและอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

2.8.5.4 ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ

ผลการวิจัยจากหลายการศึกษาในคนไทย พบว่ารูปแบบของกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดี ในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะอ้วนลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (อรพรรณ ประภาศิลป์, ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556)

จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึงกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุนให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหา อุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำ กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและนำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริม ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม ต่างๆ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน โดยใช้แนวความคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) เป็นแนวทางในการศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุนทำให้กลุ่มวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุนการตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง

ที่ประสบผลสำเร็จที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ซึ่งน่าจะเหมาะกับบริบทของผู้ป่วยในสังคมไทยเพราะสมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่สนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และดูแลใส่ใจกันจึงน่าจะมีส่วนช่วยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น การที่ผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องเผชิญอยู่กับโรคเป็นระยะเวลาอันยาวนาน และมีประสบการณ์ตรงทั้งจากตนเองและผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจปัญหาของผู้เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ว่าคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีความต้องการอะไร เพื่อหากวิธีที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้สำเร็จ จึงเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และแนวทางการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) มีความเชื่อว่าไม่มีใครสามารถจัดการพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวเอง บุคคลกรสาธารณสุขมีบทบาทในการกระตุ้นเตือนให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ มี 2 ขั้นตอนที่จะกระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาปัญหาในการจัดการพฤติกรรมตนเองในแต่ละราย โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าประสบการณ์กับมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการตนเอง ค้นหาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองและวิธีการประเมิน พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกแนวทางการปฏิบัติในการจัดการตนเอง เพื่อให้มีการวางแผนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการฝึกทักษะที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวคือ (1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ชีวิตดีวิถีไทย สาธิต “พลังผักพื้นบ้านอาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค” แจกเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อปลูกผักสวนครัวที่บ้าน (3) การออกกำลังกายที่เหมาะสม (4) การจัดการความเครียด (5) ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา

1.2 การให้ความรู้และฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป ฝึกปฏิบัติปรุง อาหารเมนู “อาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค” และสาธิตขั้นตอนการออกกำลังกาย วิธีผ่อนคลายความเครียด วิธีการนั่งสมาธิเจริญอานาปานสติ

1.3 อธิบายและฝึกบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และครอบครัวช่วยติดตาม และร่วมกันประเมินผลการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

1.4 ฝึกจัดการปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและร่วมหาทางออก หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

1.5 สนับสนุนให้ ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนดเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตและแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในแต่ละราย โดยกำหนดว่าจะลดลงระดับใดและกำหนดเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และหลังจากนั้นค่อยๆเพิ่มเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นเรื่อยๆ

2. ขั้นตอนการติดตามประเมินผลการจัดการตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกการจัดการตนเองเพื่อจัดการปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาปัญหา นำความรู้ที่ได้ในขั้นตอนที่ 1 ไปปฏิบัติเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต ในขั้นตอนนี้ ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุน อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยจัดการตนเองในการจัดหาอาหาร การเตรียมอาหารและการกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค จัดซื้ออุปกรณ์ ในการออกกำลังกาย จัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกาย พยายามให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ ให้กำลังใจ ให้การยกย่องชมเชย ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบข้อซักถามปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก สามารถตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งในขั้นตอนประกอบด้วย

2.1 การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (Self- monitoring) โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นผู้ช่วยเหลือในการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัญหา อุปสรรคในการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการแก้ไขอีกครั้งเมื่อผู้วิจัยติดตามการจัดการตนเอง

2.2การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวจะประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ โดยมีการประเมินทุกวัน ทุกสัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ร่วมกันทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

2.3 เป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้เช่นการชื่นชมตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ บุคคลในครอบครัวเสริมแรง โดยการช่วยเหลือสนับสนุน

ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้กำลังใจ ชื่นชมและยกย่อง ผู้วิจัยเสริมแรงโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัวและให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัตรในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังที่ต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับในความสามารถและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยในการผสมผสานการจัดการตนเองให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเหมาะสมในการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coates&Boore.1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา จะเห็นว่าการจัดการตนเอง(Self-management) ส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยการจัดการตนเองส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีของผู้ป่วย

2.9 แนวคิดการสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

การสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งตรงกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก

2.9.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

WHO (1998) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่า ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

American Medical Association's (1999) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่า กลุ่มทักษะซึ่งรวมถึงความสามารถในการอ่านตัวหนังสือ ตัวเลขที่จำเป็นในการปฏิบัติเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

Rootman& Gordon-Elbihbety (2008) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งเสริม ธำรงรักษา และพัฒนา สุขภาพ ในบริบทต่างๆตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิตได้

Yost et al. (2009) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่า ระดับความสามารถของบุคคลในการอ่าน ทำความเข้าใจข้อมูลจากเอกสารสิ่งพิมพ์ ระบุและตีความข้อมูลที่น่าสนใจในรูปแบบกราฟ ภาพตารางและ ตัวเลข เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาโรคได้อย่างเหมาะสม

Adams et al. (2009) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่า ความสามารถในการทำความเข้าใจตีความความหมายของข้อมูลด้านสุขภาพจากข้อมูลที่เป็นตัวหนังสือ คำพูด หรือ ระบบดิจิทัล จนเกิดแรงจูงใจในการรับ หรือ ปฏิเสธ การกระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

Freedman et al. (2009) ได้ให้ความหมายคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าระดับความสามารถของบุคคลหรือกลุ่มคนในการแสวงหากระบวนการ ทำความเข้าใจ ประเมิน และ ปฏิบัติ บนพื้นฐานของข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดีของสังคม

โดยสรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล ความรู้ การจัดการบริการสุขภาพ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ อย่างยั่งยืน โดยการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยใน พ.ศ. 2557 มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด 13,200 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 39.0 และระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.6

ดังนั้นการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพทั้งจากภาครัฐ ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาคประชาชน ทั้งผู้รับสารและส่งสารในเครือข่ายของตนเอง รวมถึงการสร้าง การพัฒนาและเผยแพร่เนื้อหาของข่าวสาร เช่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภูมิปัญญาและศักยภาพในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและเครือข่ายมีทักษะด้านสุขภาพที่ดีมีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น จนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัว และสังคม จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้เป็นระบบการสร้างสุขภาพที่ดี ลดการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง การพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาอย่างมีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ซึ่งประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่มีการพัฒนาข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกลุ่มธุรกิจเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่น กลุ่มธุรกิจการผลิตอาหาร กลุ่มธุรกิจการสื่อสารระดับชาติ และท้องถิ่น เช่น ทีวี เคเบิลทีวี กระทรวงแรงงาน เป็นต้น ปัจจุบันการสื่อสารจากกลุ่มต่าง ๆ ที่กล่าวมา เป็น ไปอย่างไรทิศทางจนเกิดเป็นข่าวลือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เกิดการสับสน เลี่ยงต่อการทำลายสุขภาพ ในสังคมวงกว้าง การบริหารจัดการข้อมูลวิธีการสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงานที่มีความเชื่อถือได้ เพื่อให้ประชาชนมีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นกลไกระดับชาติเพื่อสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ ที่จัดทำข้อมูล

ด้านสุขภาพ มีรูปแบบและระบบจัดบริการข้อมูลด้านสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของชุมชนวัฒนธรรมท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นรวมทั้งการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการสื่อสารให้เป็นไปตามสิทธิประชาชนตามรัฐธรรมนูญ เพิ่มช่องทางการเผยแพร่และการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชาติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนควรมีระบบ วิธีการ และช่องทางการสื่อสาร มีการคัดกรอง ตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำ และเชื่อถือได้ของข้อมูลเป็นสำคัญ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเน้น การสนับสนุนความรู้ ที่ถูกต้อง ที่ง่ายต่อความเข้าใจ นำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับวิถีชีวิต และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนัก นำข้อมูลความรู้ไปตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปักจี้เสี่ยงด้วยตนเอง จนเกิดเป็นทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว ชุมชน สังคมและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศได้อย่างมหาศาลและเกิดทักษะในการดูแลปกป้องตนเองครอบครัวและชุมชนให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ อย่างยั่งยืน

2.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชลการ ชายกุล (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 34 ราย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การจัดการปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ และการรักษาโดยวิธีใช้ยาลดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดีและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ศักดิ์นรินทร์ หลิมเจริญ.(2549). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีความ มั่นใจในการช่วยเหลือและสนับสนุนการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูง

ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2551). ได้ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มทดลอง เมื่อได้รับข้อมูลเพื่อการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 11 ของการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรนภา ไชยอาสา. (2550). ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถภาพแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการให้ความรู้และ ฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วยและสมาชิก ในครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการบริโภคอาหารจากสมาชิกในครอบครัวขณะที่อยู่บ้าน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน โรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สายฝน กันธมาลี. (2550). ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุน ทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.พบว่า กลุ่มเสี่ยง วัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมใจ วินิจกุล นิตยา สุขชัยสงค์ (2556)ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภายหลังจากใช้โปรแกรม กระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ดังนั้นโปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค เรื้อรังในชุมชนได้ โดยมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนเป็นหลัก สิ่งสำคัญคือ การประสานงานและ การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมตลอด โครงการ และสามารถนำไปโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ได้

จุฑามาศ จันทร์ฉายและคณะ (2555) ได้ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเอง ของผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 รายที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลได้ซึ่งโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นได้ประยุกต์มาจากทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาทดลอง 13 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้การรับรู้และ

พัฒนาทักษะ สร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนการให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ($p < 0.001$)

ประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปรานประวิตร (2558) ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 สำหรับด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง แต่การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมกำกับตนเองลดลง อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากระยะเวลาในการจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความล้าใจและยังไม่พร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทันทีหลังจากทำกิจกรรมไปแล้ว

ยุพา พูชื่น, วิไลพรรณ วัชรธาดาพงศ์ (2559) ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมองในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอี่ยม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด หลังการเข้าอบรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม 2.08, 3.14, 2.96, 2.96 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.001$ และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ น้ำหนัก คั่งนิมลกาย ความดันโลหิต Systolic ความดันโลหิต Diastolic และระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะ การหายใจลำบาก การกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 2 และ 3 จำนวน 34 รายโดยสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยโปรแกรมการจัดการตนเองได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองโดย เกรียร์ (Creer, 2000) กล่าวไว้ว่าการจัดการตนเองเป็นการควบคุมภาวะ การเจ็บป่วย

เรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลการประมวลและการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค พบว่าหลังจากส่งเสริมการจัดการตนเองโดยทำให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบ และการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ให้กับกลุ่ม ทดลอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหายใจลำบากลดลง ($p < 0.001$) คะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมและการกลับเข้าการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่ามีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก มีตัวแปรสุขภาพ คือ ค่าความดันโลหิตค่า BMI และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น มีความรู้เรื่องการจัดการตนเองดีขึ้น ใช้แนวทางการรักษาโดยวิธีไม่ไชยา แต่เปลี่ยนมาใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแทน อย่างเช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้นควบคุมอาการของโรคได้ และสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จะเห็นว่าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็คือ การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าถึงบริการด้านการป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ เช่น ผู้ยากไร้ชนกลุ่มน้อยและผู้อยู่ในสถานที่จำกัดต่าง ๆ การเพิ่มศักยภาพให้คนเหล่านั้นสามารถใช้ชีวิตได้ปกติทั้ง ๆ ที่ยังมีโรคอยู่

ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีที่สุดก็คือ การที่ผู้ป่วยได้หันกลับมาดูแลตนเอง โดยมีสมาชิกในครอบครัว แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพคอยสนับสนุนให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อลดโอกาสเสี่ยงหรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรค มีการจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถลดความเสี่ยงหรือยี่ระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วยตนเอง ช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือยี่ระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและลดผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว และลดการพึ่งยา ช่วยลดค่าใช้จ่ายให้กับประเทศชาติอีกมหาศาล

ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำหลักการ การจัดการตนเอง (Self-management) มาจัดบริการที่สนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management program) ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบท ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง บุคลากรด้านสุขภาพ กับ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องดูแลรักษาตลอดชีวิต ให้มีความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญแห่งความสำเร็จในการเกิดความร่วมมือ (Collaborative Care) ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยที่ดีขึ้น และนำประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคในระบบหัวใจและ

หลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่ส่งเสริมให้มีการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือยี่ระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สนับสนุนความรู้ ที่ถูกต้องในทุกช่องทาง โดยเฉพาะทางดิจิทัล ผ่านโทรศัพท์มือถือโดยใช้ไลน์กลุ่มในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนและติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และได้รับการตอบข้อซักถามปัญหา อุปสรรคต่างๆ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพด้วยตนเองในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง จนเกิดแนวทางในการลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยวัยทำงานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง ต่อครอบครัว เกิดทักษะในการจัดการตนเองสามารถปกป้องดูแลตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อได้อย่างยั่งยืนและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศได้อย่างมหาศาลอีกด้วย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยต้องมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นเวลา 6 เดือนจำนวนทั้งสิ้น 64 คน ถูกแบ่งโดยการสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม โดยอาสาสมัครต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เป็นเวลา 6 เดือน ได้จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 64 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก เพื่อเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน ใช้การจับสลากเข้ากลุ่มรายแรกจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองหลังจากนั้นจับรายที่สองขึ้นมาแล้วดูว่า สามารถจับคู่กับรายแรกได้หรือไม่ (matched pair) โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบนี้ (1) อายุต่างไม่เกิน 5 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาและ (3) ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน หากคุณสมบัติคล้ายคลึงกันรายที่สองที่จับขึ้นมาจะกลายเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองโดยอัตโนมัติ แต่หากจับขึ้นมาแล้วคุณสมบัติไม่ใกล้เคียงกันก็จับใหม่จนกว่าจะได้ตามคุณสมบัติ คู่ต่อไปก็ปฏิบัติเหมือนคู่ที่ 1 คือจับสลากเข้ากลุ่มก่อนแล้วจับรายต่อไปเพื่อทำการมาจับคู่ตามสมบัติจับไปจนครบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน โดยผู้วิจัยจะมีข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงจะสามารถนำรายละเอียดมาใช้ในการจับสลากได้ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและมีอิสระจากกันเพื่อควบคุมปัจจัย

ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วม โปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้เกิดความแตกต่างในทางสถิติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ซึ่งจะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ

2. กลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ซึ่งจะได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็น โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษา ด้วยยาและไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน

2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้

3. มีโทรศัพท์มือถือ สามารถติดต่อสื่อสารทางไลน์กลุ่ม มีสติสัมปชัญญะดี อ่านและเขียน ภาษาไทยได้

4. ต้องมีสมาชิกในบ้านผู้ป่วยที่ทำหน้าที่แม่ครัว ซึ่งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน

คุณสมบัติสมาชิกในครอบครัว

1. ต้องทำหน้าที่แม่ครัวในบ้านผู้ป่วย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เดือนละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 6 เดือน

2. มีโทรศัพท์มือถือสามารถติดต่อสื่อสารทางไลน์กลุ่ม มีสติสัมปชัญญะดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก

มีภาวะแทรกซ้อนเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เบาหวาน ไตวาย และสมาชิกในบ้านผู้ป่วยที่ทำหน้าที่แม่ครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ ตลอดระยะเวลา 6 เดือน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลองศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปีที่ทำงานในโรงงานในเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัด นครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลองและขั้นตอนประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง

1.1 โดยหลังจากได้รับการอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยฉบับนี้ที่รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดคุณสมบัติให้ได้ 64 ราย จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อเพื่อจับฉลากสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยหยิบฉลากว่ารายแรกจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง เมื่อทราบแล้วก็จะทำการหยิบรายชื่อต่อไปมาเพื่อเป็นอีกกลุ่มที่ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่จับได้โดยกลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด

จึงจับคู่ได้ (matched pair) รวมถึงต้องพิจารณาองค์ประกอบ(1) อายุต่างไม่เกิน 5 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาและ(3) ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน จับฉลากแบบเดิม ไปจนครบ 64 ราย

1.2 ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความความเป็นไปได้ของ โปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดให้โปรแกรมระยะสั้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ มีการติดต่อทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง แล้วจึงจะประเมินผลโปรแกรม ทั้งผู้วิจัยได้เน้นย้ำไม่ให้กลุ่มตัวอย่างบอกเล่าการได้รับโปรแกรมในครั้งนี้กับผู้ป่วยรายอื่น เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนในแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยด้วยกันและระหว่างที่ทำการศึกษาผู้วิจัยบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข โปรแกรมและแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ก่อนทำการศึกษาจริง

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและเครื่องมือในการวิจัยรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองเก็บข้อมูลจริงพร้อมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบ เก็บข้อมูลในแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.ขั้นดำเนินการ

3.ขั้นประเมินผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านโรคความดันโลหิตสูงและด้านพฤติกรรมสุขภาพและได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.78

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลและข้อมูลด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่

ใบจาก ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ในปัจจุบัน ความเครียด แหล่งข้อมูลความรู้ ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.2 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่แม่ครัวในบ้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง และมีบทบาทหน้าที่หลักในการทำอาหารให้ผู้ป่วย

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง เพื่อประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการจัดการตนเองในแต่ละด้านและใช้ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกหมด 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง

6-7 วัน/สัปดาห์ (3 คะแนน)

ปฏิบัติบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง

3-5 วัน/สัปดาห์ (2 คะแนน)

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง

1-2 วัน/สัปดาห์ (1 คะแนน)

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามนั้นเลย(0 คะแนน)

ซึ่งคะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง การมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับดีกว่าผู้มีคะแนนน้อยกว่า ซึ่งสามารถแปลผล ได้ดังนี้

คะแนน 0 – 20 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง ต่ำ

คะแนน 21 - 40 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง ปานกลาง

คะแนน 41 – 60 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง สูง

1.4 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค เพื่อใช้ประเมินระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการให้ความรู้ตามโปรแกรมซึ่งข้อมูลที่ได้ช่วยให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลโดยลักษณะคำถามเป็นการประเมิน ความรู้เรื่องโรค และการดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรค มีลักษณะคำถามเป็นคำถามประเมินความรู้ที่ให้เลือกตอบคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียง 2 ตัวเลือกเท่านั้น จำนวน 10 ข้อเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก

คะแนนมีค่าเป็น 2 ถ้าตอบผิด คะแนนมีค่าเป็น 0 โดยนำคะแนนทั้งหมดมาจัดระดับความรู้ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹¹⁾ โดยกำหนดคะแนนดังนี้

ระดับความรู้สูง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป	คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป
ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60-80	คะแนน 12 - 15 คะแนน
ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 ระบบการรักษาพยาบาลปกติ โดยกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง

2.2 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของเคนเฟอร์ และ แกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) ในระยะการทดลองผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง (2) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่แม่ครัวในบ้านผู้ป่วย (3) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง (4) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง หลังการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการกำกับติดตามตนเองได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีเนื้อหาในแผนการสอน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองเพื่อชะลอหรือลดภาวะแทรกซ้อนมีสื่อประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง (power point) โดยที่เนื้อหาการสอนขึ้นอยู่กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองที่มีปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งพบได้จากผลการประเมินกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้นร่วมกับการแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเองระหว่างผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย มีการควบคุมกำกับติดตามประเมินผลทางโทรศัพท์จากผู้วิจัยเป็นระยะๆ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัวตลอดระยะเวลาการวิจัยและในสัปดาห์ที่ 13 และสัปดาห์ที่ 24 มีการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อปรับพฤติกรรม ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ การประเมินความรู้โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง การวางแผนปฏิบัติและการเตรียมความพร้อมรายบุคคลพร้อมด้วยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลจากผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

หลังจากนั้นจึงประเมิน (asses) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ที่ปฏิบัติเป็นประจำและอุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการพฤติกรรมของตนเอง ทั้งนี้เพื่อจะนำปัญหาของผู้ป่วยมาหาแนวทางในการส่งเสริมความรู้และทักษะในสวนที่ผู้ป่วยขาด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นมาใช้ในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สะท้อนข้อมูลที่ได้มาจากผู้ป่วยเตรียมเพิ่มเติมความรู้และทักษะการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามความต้องการและพื้นฐานข้อมูลของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 เป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการตนเองเป็นรายบุคคลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลและเสริมแรงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเข้ากลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และกลวิธีในการจัดการตนเองเพื่อลดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งให้การให้ความรู้นี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและฝึกทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อช่วยลดความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ตามพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีปัญหา ซึ่งประกอบด้วยการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างเหมาะสม การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีการสาธิต เมนู“อาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค”เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่แม่ครัวปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรคและการลด หวาน มัน เค็ม และผู้เข้าโครงการทุกคนต้องลงนามข้อตกลงและดำเนินการตามข้อตกลงของการเข้าโปรแกรม ได้แก่การจำกัดการบริโภคเกลือเพียงวันละ 1 ช้อนชา และลดการปรุงอาหารที่ใช้เครื่องปรุงรสที่ไม่จำเป็น เช่น ผงชูรส สดสี น้ำปลา น้ำตาลทรายขาว เหลืองป่น ซอส ซีอิ๊ว น้ำมันหอย โดยให้เลือกใช้เครื่องปรุงในการปรุงอาหารได้เพียง 1 อย่างเท่านั้น และกำหนดให้ใช้เกลือทะเล น้ำตาลมะพร้าว น้ำตาลอ้อยและใช้น้ำมันหมูที่เจียวเองแทนน้ำมันพืช งดข้าวขัดขาว โดยให้รับประทานข้าวกล้อง งดขนมปัง ขนมเบเกอรี่ นม เนย คอฟฟี่เมต กาแฟสำเร็จรูปเด็ดขาด การลดการรับประทานอาหารประเภททอด ผัด ปิ้งย่าง โดยให้ใช้การต้ม นึ่ง ตุ่นแทนและแจกเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อปลูกผักสวนครัวที่บ้าน สนับสนุนการรับประทานอาหารที่ปรุงจากผักที่ปลูกเองและส่งเสริมให้รับประทานผักพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาล เน้นอาหารไทยพื้นบ้าน “พลังผักพื้นบ้านอาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค” และการความรู้ในการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป

การออกกำลังกาย โดยเน้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงเป็นการออกกำลังกายชนิดเคลื่อนที่ (Isotonic exercise) และพิจารณาลักษณะการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของผู้ป่วย ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกพื้นฐานหรือการออกกำลังกายสายกลาง ฝึกปฏิบัติออกกำลังกายแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30-45 นาที โดยอุ่นเครื่อง 5 นาทีแล้วออกกำลังกายไปเรื่อยๆ ก่อนหยุดออกกำลังกายมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออีก 5 นาที วิธีออกกำลังกายที่แนะนำให้ปฏิบัติเช่น การแกว่งแขน การรำไม้พลองป่าบุญมี การเดิน แอร์โรบิก หรือการออกกำลังกายตามความถนัด แต่ต้องต่อเนื่องอย่างน้อย 30-45 นาที และอธิบายชี้แจงถึง

การออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ข้อดีและข้อจำกัดของการออกกำลังกายแต่ละชนิด รวมถึงระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกนำไปปฏิบัติได้ตามความถนัด ตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การเดินก้าวเท้ายาวในจังหวะเร็ว การเดินขึ้นบันได การแกว่งแขน การรำมวยจีน การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำหรือการเดินในน้ำ

การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยให้เห็นความสำคัญของการขยับ เท้ากับการออกกำลังกาย แนะนำอิริยาบถ การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย ตามภูมิปัญญาคนโบราณ เช่น แพทย์แผนจีน ได้แก่ ไข่ไก่ ช้าง แพทย์แผนอินเดีย ได้แก่ โยคะ แพทย์แผนไทย ได้แก่ ถี่ดัดตน นวดไทย แนะนำไมให้นั่งนิ่งติดต่อกันนานกว่า 2 ชั่วโมง และควรเดินให้มากกว่า 1 หมื่นก้าวต่อวัน จึงจะถือว่ากระฉับกระเฉง (Physical active) โดยใช้เครื่องนับก้าวในโทรศัพท์มือถือ บน App “ My Act ” ผู้ที่เดินน้อยกว่า 5 พันก้าวต่อวัน หรือนั่งนิ่งนอนเฉย (ขณะตื่น) มากกว่า 10 ชั่วโมง ต่อวัน ถือว่า นั่งๆ นอนๆ (sedentary) นอกจากนี้เวลาดูทีวีหรือนั่งทำงาน การลุกขึ้น เดิน ออกกำลังกาย หน้าที่วีจะช่วยป้องกันโรคได้ การลุกเดินตอนพักโฆษณาเวลาดูทีวีช่วยสตรอบเอว ไขมันในร่างกายได้ การเดินเล่นย่อยอาหารหลังอาหารทุกมื้อ 15 นาที ช่วยลดน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีกว่า เดินก่อนอาหาร 45 นาที

การผ่อนคลายความเครียด โดยได้ฝึกออกกำลังกายโดยการ “ มีสติประกอบการทำงาน ใจระลึก ฐานกาย นั่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลินในอารมณ์ ” ตามหลักธรรมคำสอนของพระศาสนา “พุทธวจน” (คำสอนของ พระพุทธเจ้า) มีสติประกอบการทำงาน หมายถึง เวลาทำงานอะไรอยู่ ให้วางจิตไว้ที่การทำงานที่ทำ ระลึกรู้อยู่กับงานที่ทำอยู่ ใจระลึกฐานกาย หมายถึง พอทำงานเสร็จ จะเปลี่ยนอิริยาบถ ลุก ขึ้น เดิน ไป ห้องน้ำ ไปรับประทานอาหารก็เอาใจระลึกไว้ที่ร่างกาย ยืน ก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน เพื่อลดความคิดฟุ้งซ่าน หรือไปรู้สึกยินดียินร้ายตาม แต่สิ่งที่พบเห็นหรือนึกคิด เรียกว่า กายคตาสติ นั่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลินในอารมณ์ หมายถึง เวลาพักจากการทำงาน หรือพักระหว่างงาน ก็ให้มีสติอยู่กับลมหายใจ นั่งดูขาเข้ามาโดยรอบ ในที่เงียบสงบ ไม่มีอะไรมารบกวน ตั้งกายตรง ดำรงสติเฉพาะ หน้า หายใจเข้า ยาว ก็รู้ชัดว่า เราหายใจเข้ายาว หายใจออกยาวก็รู้ชัดว่า หายใจออกยาว หายใจเข้าสั้น ก็รู้ชัดว่า เราหายใจเข้าสั้น หายใจออกสั้นก็รู้ชัดว่า หายใจออกสั้น ฝึกหัดเป็นผู้รู้พร้อมเฉพาะซึ่งลมหายใจที่ไหลเข้า ไหลออก ไม่ปรุงแต่ง ไม่บังคับลมหายใจให้สั้น หรือยาว ละเอียด หรือหยาบ ให้หายใจตามธรรมชาติอย่างไรก็หายใจ อย่างนั้น เรียกว่า “ อานาปานสติ ” ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงให้เราเจริญให้ คือ ทำให้มาก จะเกิดประโยชน์มาก คือ กายไม่ ลำบาก ตาไม่ลำบาก ทำให้จิตหลุดพ้นจากกิเลส ความทะยานอยาก อร่อย เกิน อยู่สบายเกิน เอาแต่ใจ เกินไป ดังนั้น หลัง การทำงาน จะพักกาย พักตา พักใจ ก็แนะนำให้เจริญอานาปานสติและทุกครั้งที่มีอารมณ์อยากกิน ของอร่อยมากเกิน อยากรู้อยู่เฉยๆสบายเกินไป ไม่ออกกำลังกาย หรือหงุดหงิด โมโห เสียใจ ทุกข์ใจ ก็ให้กลับมาระลึก รู้ลมหายใจเข้า-ออก ตามที่ศาสนาสอนไว้ เพื่อไม่เพลินในอารมณ์ดังกล่าว จนเคยชินกับ อารมณ์ดังกล่าว จนเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา

การลด ละ เลิกสูบบุหรี่และสุรา โดยส่งเข้าสู่คลินิกบำบัดบุหรี่ สุรา

ซึ่งการให้ความรู้ที่ได้จากการเตรียมความพร้อมในครั้งนี้ สามารถทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้มีความรู้ ความเข้าใจโรคมมากขึ้นและมองเห็นวิธีการจัดการตนเองที่จะสามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อน ได้ โดยมีสื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพมากขึ้นและมีสมาชิกในครอบครัว ของผู้ป่วยเข้ามาเรียนรู้และมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย กำกับ ติดตาม ประเมินผลและเสริมแรงของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน

หลังจากที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน แล้ว ผู้วิจัยทราบถึงบริบทการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่เดิมก็จะอธิบายและยกตัวอย่างการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง รวมทั้งวิธีการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองลงในสมุดบันทึก พฤติกรรมจัดการตนเองและมอบคู่มือการจัดการตนเอง เพื่อช่วยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองกับเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้เกณฑ์มาตรฐานจากความรู้ที่ได้รับและพิจารณาเสริมแรงตนเอง โดยให้รางวัลตนเองในพฤติกรรมที่บรรลุเป้าหมาย และกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมจัดการตนเองที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้นในสัปดาห์ต่อไปและหลังจากพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการจัดการตนเองเสร็จแล้ว ผู้วิจัย จะสอบถามผู้ป่วยถึงเวลาที่สะดวกเวลาในการ โทรศัพท์ติดตามประเมินความสำเร็จเป้าหมายและสอบถามผลที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติการจัดการตนเองอยู่ที่บ้านในทุกสัปดาห์ ซึ่งในระหว่างการเตรียมความพร้อมการจัดการตนเอง รายบุคคลร่วมกับสมาชิกในครอบครัวนี้จะมีสื่อประกอบให้ความรู้ดังนี้

1.แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้านคือ การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลด ละ เลิกสูบบุหรี่และสุรา

2.สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองรวมทั้งใช้แบบประเมินผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ซึ่งจะต้องเป็นเป้าหมายที่ครอบคลุมทั้งการจัดการด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาอย่างเหมาะสม ปัญหาอุปสรรค และการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลให้การช่วยเหลือและสรุปผลความสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมจัดการตนเองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การจัดการตนเองได้ทั้งหมด หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ ได้ทั้ง 7 วันต่อสัปดาห์ การจัดการตนเองได้บางส่วน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ ได้ 5-6 วันต่อสัปดาห์ และไม่สามารถจัดการตนเองสำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ ได้น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งผลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยทราบผลการจัดการตนเอง มีประโยชน์ในการให้ข้อมูลย้อนกลับและใช้เป็นข้อมูลให้ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านและในวันประเมินผล

1.ผลจากการประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อสะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยเห็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

2.คู่มือการจัดการตนเอง เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้เป็นเอกสารประกอบความรู้และแจกให้ผู้ป่วยหลังให้ความรู้ เพื่อนำไปทบทวนและศึกษาด้วยตนเองขณะปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน เนื้อหาจะครอบคลุม เรื่องโรคและดำเนินการของโรค ปัจจัยเสี่ยงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและแนวทางการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้านคือ การจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การลด ละ เลิกสูบบุหรี่และสุรา

3.สื่อเสนอภาพนิ่ง (power point) ใช้ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นภาพต่างๆมากขึ้นเกิดความเข้าใจในเนื้อหาซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ความรู้และมีรูปภาพประกอบ เช่น ภาพการดำเนินของโรค เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 14-23 ประกอบด้วยกิจกรรมในระยที่ 3 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้
ระยะที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดทักษะการกำกับตนเอง โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองที่บ้าน โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลและเสริมแรงของผู้ป่วย ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 - 12 และสัปดาห์ที่ 14-23 โดยเน้นขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ขั้นที่ 1 การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พิจารณาติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว กำหนด โดยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนในควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา โดยใช้การสังเกตและการบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในแต่ละวันอยู่ที่บ้านลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้แจกให้กับผู้ป่วย สิ่งที่ต้องบันทึกในสมุด ได้แก่ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การลด ละ เลิกบุหรี่และสุรา พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้และวิธีแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และพยาบาลตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกัน(agree)

ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการติดตามกำกับตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้สำเร็จหรือไม่ (arrange) หากปฏิบัติได้สำเร็จก็จะนำไปสู่การเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไป แต่หากไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะทำให้มีแรงสูงเพื่อเป้าหมายอีกครั้ง เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจของผู้ป่วยเอง

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มีทั้งทางบวกและทางลบ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ผู้ป่วยที่วางไว้ผู้ป่วยก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง โดยอาจจะให้รางวัลกับตนเอง เช่น ชื้อของให้ตนเอง หรือรับประทานอาหารเช้าที่ผู้ป่วยอยากกิน 1 มื้อ เพื่อเป็นกำลังใจส่วนการเสริมแรงจากสมาชิกในครอบครัว หรือพยาบาล อาจจะเป็นการกล่าวชมในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จและส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติต่อไป แต่หากไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ก็อาจจะมีแรงเสริมทางลบของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอาจยอมมองไปที่ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุผล โดยสมาชิกในครอบครัว และพยาบาลช่วยในการหาทางออกให้กับผู้ป่วย

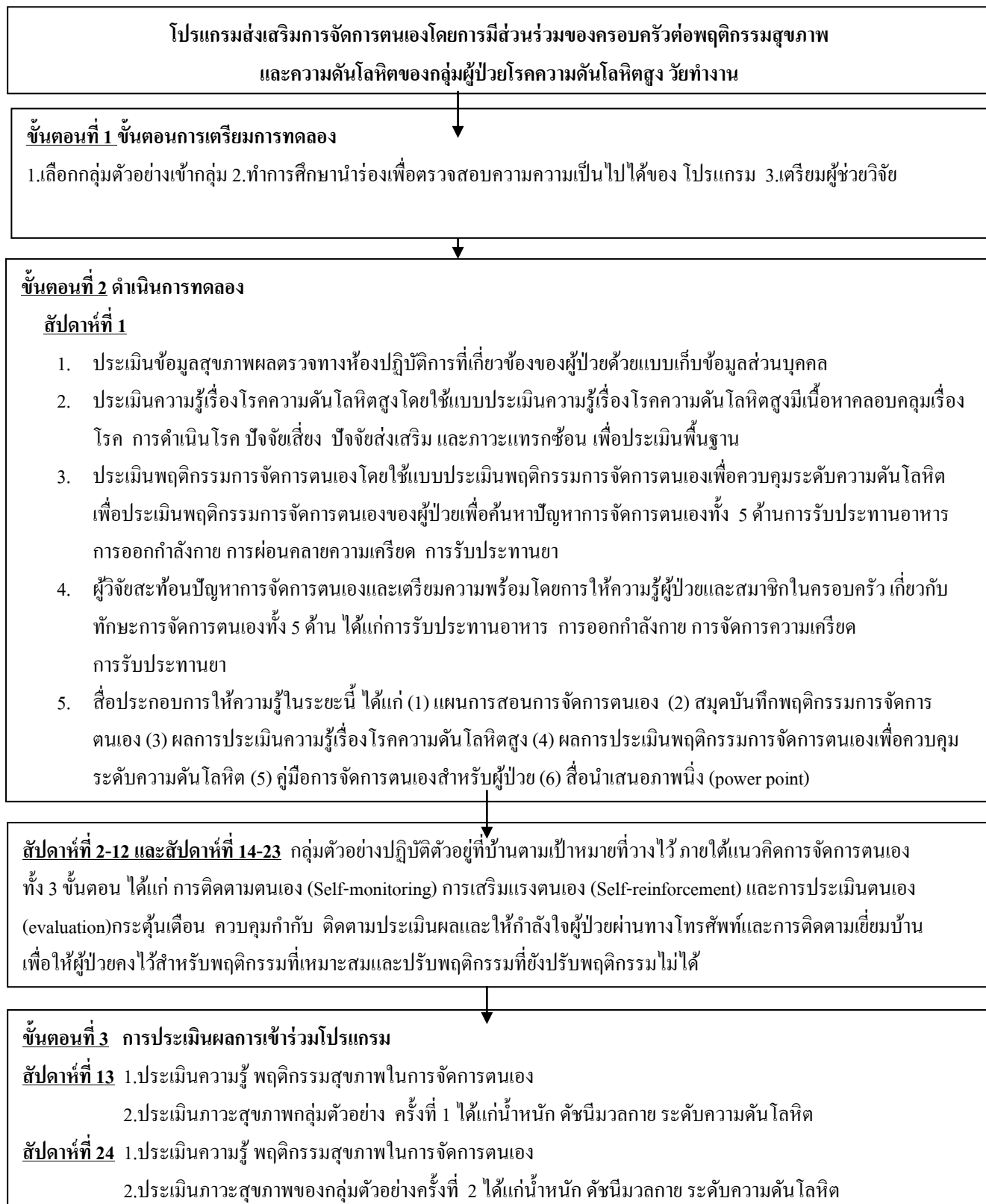
เกี่ยวกับการส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมาย โดยอาจจะลดเป้าหมายลงมาให้ต่ำกว่าเดิมให้ผู้ป่วยปรับตัว ผู้วิจัยจะติดตามและเสริมแรงด้วยการโทรศัพท์ติดตาม ควบคุมกำกับให้กำลังใจในทุกสัปดาห์ร่วมกับการลงติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัว ทุกรายเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยและเพื่อนร่วมโปรแกรมใช้วิธีการสุ่ม สัปดาห์ละ 3 หลังเพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ฝังรากลึกในชุมชนในมิติครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อร่วมออกแบบกำหนดเป้าหมายในการลดปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และลงเยี่ยมซ้ำในรายที่ยังปรับพฤติกรรมไม่ก้าวหน้า เพื่อค้นหาปัญหาแท้จริงเพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมายร่วมกันใหม่และให้ลงมือทำและนำมารายงานผลในการประชุม เดือนต่อไป และมีการจัดตั้ง ไลน์กลุ่ม ผู้วิจัยใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นเตือน ติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลติดต่อสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สนับสนุนความรู้ที่ถูกต้องและง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต นำไปใช้ได้จริงในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นช่องทางในการตอบข้อซักถาม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ ให้ข้อเสนอแนะ ได้ตลอดเวลา ทุกที่ ทุกเวลา อย่างต่อเนื่องและไม่รบกวนเวลาและวิถีชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 13 และสัปดาห์ที่ 24 เป็นกิจกรรมในระยะที่ 4 เน้นประเมินผลการเข้าร่วม โปรแกรมเพื่อปรับพฤติกรรม ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 4 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้าและผลลัพธ์ในกิจกรรมการจัดการตนเอง โดยการตรวจวัดผลลัพธ์ทางคลินิก

ในสัปดาห์ที่ 13 ซึ่งจะประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต

ในสัปดาห์ที่ 24 เป็นการประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อ ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเองและประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตเพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม ดังภาพที่ 3



ภาพ 3. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ
และความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงาน

2.2. เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท (sphygmomanometer) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพการใช้งานจากศูนย์วิศวกรรมการแพทย์ที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และวัดความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีการหาความเท่าเทียมของการวัด (interrater reliability) โดยให้ผู้วิจัยทำการวัดระดับความดันโลหิตเปรียบเทียบกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกจำนวน 3 ครั้ง เพื่อดูความเที่ยงของการวัดของผู้ช่วยวิจัยและพยาบาลประจำแผนก โดยคำนวณจากครั้งในการวัดถูกต้องหารด้วยจำนวนการวัดที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องและคำตอบที่ได้มากกว่า .80 ขึ้นไป และใช้เทคนิคการป้องกันอคติจากการวัดโดยใช้วิธีปกปิด (blind technique) โดยที่ผู้ตรวจวัดไม่ทราบว่าผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกราย โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาความลับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจอธิบายขั้นตอนดำเนินการวิจัยผลประโยชน์ที่ได้รับและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งนี้ในการดำเนินวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะสามารถจะยกเลิกหรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดออกจากการทำงานวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงาน ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 - มิถุนายน 2560 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยต้องมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เป็นเวลา 6 เดือนจำนวนทั้งสิ้น 64 คน ถูกแบ่งโดยการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ซึ่งจะเข้าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองฯ และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คนที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นแม่ครัวในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ

3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ผลการศึกษา ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 ราย การศึกษาพบว่า

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน กลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.12 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 46.93 และ ร้อยละ 50.00 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 68.75 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.62 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 81.25 มีการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.25 มีอาชีพเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 93.75 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68.75 มีรายได้เพียงพอและมีสิทธิประกันสังคมมากที่สุดร้อยละ 93.75

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.37 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 49.18 และ ร้อยละ 53.12 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี ร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.75 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.62 มีการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 56.25 มีอาชีพเป็นลูกจ้าง ร้อยละ 75.00 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,001-15,000 บาท และ ร้อยละ 59.37 มีรายได้เพียงพอ และ ร้อยละ 96.87 มีสิทธิประกันสังคมมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง(N = 64)	กลุ่มทดลอง(N = 32)		กลุ่มควบคุม(N = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ				
ชาย	17	53.12	19	59.37
หญิง	15	46.87	13	40.62
2.อายุ (ปี)	$\bar{x} = 46.93$ SD = 7.02		$\bar{x} = 49.18$ SD = 7.32	
35-40ปี	8	25.00	5	15.62
41-50ปี	16	50.00	10	31.25
51-59ปี	8	25.00	17	53.12
3.สถานภาพสมรส				
โสด	4	12.50	7	21.87
คู่	22	68.75	20	62.50
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	18.75	5	15.62
4.ศาสนา				
พุทธ	29	90.62	30	93.75
อิสลาม	3	9.37	2	6.25
5.ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	6	18.78	3	9.37
มัธยมศึกษา	26	81.25	29	90.62
6.อาชีพ				
รับจ้าง	12	37.50	13	40.62
ค้าขาย	2	6.25	1	3.12
ลูกจ้าง	18	56.25	18	56.25
7.รายได้ของครอบครัวต่อเดือน				
5,000-10,000บาท	-	-	8	25.00
10,001-15,000บาท	30	93.75	24	75.00
มากกว่า 15,000 บาท	2	6.25	-	-
8.ความพอเพียงของรายได้				
ไม่เพียงพอ	10	31.25	13	40.62
เพียงพอ	22	68.75	19	59.37
9.สิทธิการรักษา				
บัตรทอง	2	6.25	1	3.12
บัตรประกันสังคม	30	93.75	31	96.87

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน กลุ่มทดลอง พบว่า มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.18 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีระดับความดัน Systolic เฉลี่ย 159.31 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความดัน Diastolic เฉลี่ย 100.06 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่ 2 ความดันโลหิตปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาในระดับที่ 1 ความดันโลหิตอย่างอ่อน ร้อยละ 46.87 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.44 ปี และร้อยละ 53.12 มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ในช่วง 1-5 ปี และทุกคนไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 87.50 มีการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต 1 กลุ่มและทุกคนไม่มีการใช้ยาอื่นร่วม ร้อยละ 50.00 มีประวัติการเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 43.75 มีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ ทุกคนมีการออกกำลังกายและออกกำลังกายโดยการเดินมากที่สุดร้อยละ 78.12 มีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 40.62 ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.25 มีความเครียด และมีสาเหตุมาจากเรื่องราวได้และค่าใช้จ่ายในครอบครัวมากที่สุดร้อยละ 50.00 ได้รับแหล่งความรู้จากสื่อดิจิทัล เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ยูทูป กลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 43.75 รองลงมาได้รับแหล่งความรู้ในการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล และจหน.สาธารณสุขร้อยละ 40.62

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน กลุ่มควบคุม พบว่า มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.96 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีความดัน Systolic เฉลี่ย 167.84 มิลลิเมตรปรอท มีความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 101.06 มิลลิเมตรปรอท มีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่ 1 ความดันโลหิตอย่างอ่อน และระดับที่ 2 ความดันโลหิตปานกลางเท่ากันคือร้อยละ 40.62 และรองลงมาที่มีความรุนแรงระดับที่ 3 ความดันโลหิตรุนแรง ร้อยละ 18.75 มีระยะที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 3.09 ปีและทุกคนไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 96.87 มีการใช้ยาควบคุมความดันโลหิต 1 กลุ่ม มีประวัติเคยสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 43.75 และเคยดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 40.62 ทุกคนมีการออกกำลังกายและออกกำลังกายด้วยการเดินมากที่สุดร้อยละ 53.12 มีความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 46.87 มีความเครียดและไม่มีความเครียดเท่ากันคือ ร้อยละ 50.00 และส่วนใหญ่จะเครียดจากปัญหารายได้และค่าใช้จ่ายในครอบครัวร้อยละ 62.50 และมีแหล่งความรู้ในการดูแลตนเองจากแพทย์ พยาบาล จหน.สาธารณสุขมากที่สุด ร้อยละ 53.12 รองลงมาได้รับแหล่งความรู้จากสื่อดิจิทัล เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ยูทูป กลุ่มร้อยละ 31.25 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (N = 64)	กลุ่มทดลอง (N = 32)		กลุ่มควบคุม (N = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ดัชนีมวลกาย	\bar{x} =23.18 SD=2.23		\bar{x} = 26.96 SD = 3.50	
น้อยกว่า18.50ก.ก./ตร.ม	2	6.25	1	3.12
18.50-22.9 ก.ก./ตร.ม	21	65.62	1	3.12
23-24.9 ก.ก./ตร.ม	5	15.62	11	34.37
25.00-29.9ก.ก/ตร.ม	4	12.50	13	40.62
30กก / ตร.ม หรือมากกว่า	-	-	6	18.75
2.ระดับความดันSystolic	\bar{x} =159.31 S.D.=10.77		\bar{x} =167.84 S.D.=12.18	
140-159 มิลลิเมตรปรอท	15	46.87	13	40.62
160-179 มิลลิเมตรปรอท	16	50.00	13	40.62
≥ 180 มิลลิเมตรปรอท	1	3.12	6	18.75
3.ระดับความดันDiastolic	\bar{x} =100.06 S.D.=5.50		\bar{x} =101.06 S.D.=5.30	
90-99 มิลลิเมตรปรอท	16	50.00	14	43.75
100-109 มิลลิเมตรปรอท	16	50.00	18	56.25
≥ 110 มิลลิเมตรปรอท	-	-	-	-
4.ระดับความรุนแรง				
ระดับที่1ความดันโลหิตอย่างอ่อน	15	46.87	13	40.62
ระดับที่ 2ความดันโลหิตปานกลาง	16	50.00	13	40.62
ระดับที่ 3ความดันโลหิตรุนแรง	1	3.12	6	18.75
5.ระยะที่เป็นโรคความดันโลหิต	\bar{x} =3.44 SD=1.98		\bar{x} =3.09 S.D.=1.94	
0-1ปี	10	31.25	14	43.75
1-5ปี	17	53.12	15	46.87
5-10ปี	5	15.62	3	9.37
6.โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วม				
ไม่มี	32	100.00	32	100.00
7.กลุ่มยาที่ใช้ควบคุมความดัน				
ไซยา 1 กลุ่ม	28	87.50	31	96.87
ไซยา 2 กลุ่ม	4	12.50	1	3.12
8.การใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ				
ไม่มี	32	100.00	32	100.00
9.ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	12	37.50	6	18.75
เคยสูบ	16	50.00	14	43.75
ยังสูบบุหรี่	4	12.50	12	37.50

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (N = 64)	กลุ่มทดลอง (N = 32)		กลุ่มควบคุม (N = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10.ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	13	40.62	10	31.25
เคยดื่ม	14	43.75	13	40.62
ยังดื่มอยู่	5	15.62	9	28.12
11.การออกกำลังกายในปัจจุบัน				
ไม่ออกกำลังกาย	-	-	-	-
ออกกำลังกาย	32	100.00	32	100.00
เดิน	25	78.12	17	53.12
วิ่ง	4	12.50	6	18.75
การบริหาร	3	9.37	9	28.12
12.ความถี่ในการออกกำลังกาย				
ความถี่ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	17	53.12	14	43.75
ความถี่ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	13	40.62	15	46.87
ความถี่ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์	2	6.25	3	9.37
13.ความเครียด				
ไม่มี	14	43.75	16	50.00
มีและสาเหตุมาจาก	18	56.25	16	50.00
จากปัญหาในครอบครัว	8	44.44	6	37.50
รายได้,ค่าใช้จ่ายในครอบครัว	9	50.00	10	62.50
จากเรื่องงาน	1	5.55	-	-
14.แหล่งความรู้ในการดูแลตนเอง				
แพทย์ พยาบาล จนท.สาธารณสุข	13	40.62	17	53.12
อสม. ผู้นำ	2	6.25	2	6.25
บุคคลในครอบครัว	2	6.25	2	6.25
สื่อต่างๆเช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์	1	3.12	1	3.12
สื่อดิจิทัลเช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ยูทูป กลูเกิ้ล	14	43.75	10	31.25

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมแบบปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ที่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างยิ่ง เป็นสมาชิกในครอบครัวที่นอกจากทำหน้าที่ทำอาหารให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแล้ว ยังทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักอีกด้วย ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.12 มีอายุ 31-40 ปีมากที่สุดร้อยละ 46.87 มีสถานภาพคู่มากที่สุดร้อยละ 40.62 ส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.87 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 65.62 มีรายได้เฉลี่ย 5,000 -10,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 81.25 ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยามากที่สุดร้อยละ 50.00 ร้อยละ 55.25 มีบทบาทในการควบคุมอาหารมากที่สุด รองลงมาคือพาไปพบแพทย์ ร้อยละ 43.75

ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.37 มีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 37.50 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 65.62 มีการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 37.50 มีอาชีพรับจ้างและค้าขายมากที่สุดร้อยละ 37.50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000-10,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 71.87 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลานมากที่สุดร้อยละ 43.75 และมีบทบาทพาไปพบแพทย์มากที่สุดร้อยละ 50.00 รองลงมา คือมีบทบาทดูแลการรับประทานยาร้อยละ 46.87 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (N = 64)	กลุ่มทดลอง (N = 32)		กลุ่มควบคุม (N = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ				
ชาย	7	21.87	5	15.62
หญิง	25	78.12	27	84.37
2.อายุ				
18-30	4	12.5	3	9.37
31-40	15	46.87	10	31.25
41-50	9	28.12	12	37.50
มากกว่า 50 ขึ้นไป	4	12.5	7	21.87
3.สถานภาพสมรส				
โสด	10	31.25	8	25
คู่	13	40.62	21	65.62
หม้าย	9	28.12	3	9.37

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (N = 64)	กลุ่มควบคุม(N = 32)		กลุ่มทดลอง(N = 32)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	-	-	-	-
ประถมศึกษา	15	46.87	11	34.37
มัธยมศึกษา	14	43.75	12	37.50
อนุปริญญา/ปวช.	1	3.12	8	25.00
ปริญญาตรี/ปวส.	2	6.25	1	3.12
5.อาชีพ				
เกษตรกร	2	6.25	3	9.37
รับจ้าง	21	65.62	12	37.50
ค้าขาย	4	12.50	12	37.50
รับราชการ	2	6.25	2	6.25
ธุรกิจส่วนตัว	3	9.37	3	9.37
6.รายได้				
5000-10,000 บาท	26	81.25	23	71.87
10,001-15,000 บาท	6	18.75	9	28.12
7.ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา	16	50.00	9	28.12
บุตร/หลาน	13	40.62	14	43.75
ญาติพี่น้อง	3	9.37	9	28.12
8.บทบาทนอกเหนือจากแม่ครัว				
การควบคุมอาหาร	18	56.25	1	3.12
การออกกำลังกาย	-	-	-	-
การจัดการความเครียด	-	-	-	-
การรับประทานยา	-	-	15	46.87
การพาไปพบแพทย์	14	43.75	16	50.00

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ

3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อที่ 3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา รองลงมา คือพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด

กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีขึ้นเล็กน้อย ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลปกติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา

และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติทุกด้าน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	n	พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				t	p-value
		กลุ่มทดลอง(N = 32)		กลุ่มควบคุม(N = 32)			
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การรับประทานอาหาร							
ก่อนทดลอง	32	48.96	8.4	49.31	4.83	-0.204	0.83
หลังทดลอง	32	70.06	13.14	49.66	4.94	8.21	0.00
การออกกำลังกาย							
ก่อนทดลอง	32	49.03	7.94	48.94	4.87	.05	0.95
หลังทดลอง	32	68.94	8.81	49.88	4.88	10.70	0.00
การจัดการความเครียด							
ก่อนทดลอง	32	47.03	8.63	48.28	4.74	-0.718	0.47
หลังทดลอง	32	70.16	8.66	49.88	4.88	11.53	0.00
การรับประทานยา							
ก่อนทดลอง	32	49.03	7.94	48.94	4.87	0.57	0.95
หลังทดลอง	32	73.31	7.77	49.88	4.88	14.43	0.00

หมายเหตุ $p < 0.05$

ผลการศึกษเปรียบเทียบข้อที่ 3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ก่อนการทดลอง (\bar{x} = 159.31 ,SD = 10.77 และ \bar{x} = 100.06, SD = 5.50) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และความดัน Diastolic หลังการทดลอง (\bar{x} = 127.91,SD = 6.72 และ \bar{x} = 78.53,SD = 3.31) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ก่อนการทดลอง (\bar{x} = 167.84 ,SD = 12.18 และ \bar{x} = 101.06, SD = 5.30) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และความดัน Diastolic หลังการทดลอง (\bar{x} = 151.06 , SD = 12.53 และ \bar{x} = 91.81,SD = 1.55) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง (N= 64)	n	กลุ่มทดลอง(N = 32)		กลุ่มควบคุม(N = 32)		t	P-value
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันโลหิต Systolic							
ก่อนทดลอง	32	159.31	10.77	167.84	12.18	-2.96	0.04
หลังทดลอง	32	122.22	4.77	151.06	12.53	-12.16	0.00
ความดันโลหิตDiastolic							
ก่อนทดลอง	32	100.06	5.50	101.06	5.30	-0.74	0.46
หลังทดลอง	32	78.53	3.31	91.81	1.55	-20.53	0.00

หมายเหตุ p<0.05

บทที่ 5

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย R2R (Routine to Research) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงาน โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ทำงานในโรงงานในเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม โดยอาสาสมัครต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เป็นเวลา 6 เดือน ได้จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 64 คน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน ซึ่งจะได้เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียง มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับความรุนแรงเดียวกัน ซึ่งจะได้รับการรักษาพยาบาลปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายผลดังนี้การศึกษาพบว่า

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติทุกด้าน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ได้มาเรียนรู้ เข้าใจและการฝึกทักษะ เรื่อง ชีวิตดีวิถีไทย มีการ สาธิต “ พลังผักพื้นบ้านอาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค ” แจกเมล็ดพันธุ์ผักเพื่อปลูกผักสวนครัวที่บ้าน และส่งเมนู “อาหารอีสาน ลดเสี่ยง ลดโรค ” ให้ครอบครัวนำไปปรุงอาหารลด หวาน มัน เค็ม โดยผู้เข้าโครงการทุกคนรับข้อตกลง ของการเข้าโปรแกรม ได้แก่ การจำกัดการบริโภคเกลือเพียงวันละ 1 ช้อนชา ลดเครื่องปรุงที่ไม่จำเป็นเช่นผงชูรส รสดี น้ำปลา น้ำตาลทรายขาว เหลือปนขัดสี ลดอาหารทอด ผัด ปิ้งย่าง ให้ใช้การต้ม นึ่ง ตุ่นแทน และกำหนดให้ใช้เกลือทะเล และน้ำตาลมะพร้าว น้ำตาลอ้อยและใช้น้ำมันหมูที่เจียวเองแทนน้ำมันพืช งดข้าวขัดขาว ให้ทานข้าวกล้อง งดขนมปัง ขนมเบเกอรี่ นม เนย คอฟฟี่เมต กาแฟสำเร็จรูปเค็มขาดและรับประทานผักพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาล เน้นอาหารไทยพื้นบ้าน สอน การอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป การรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งเป้าหมายการปฏิบัติและแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอนให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เติมหลักวิชาที่สนใจและ ติดตามประเมินผล เดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 1 วัน เป็นเวลา 3 เดือน ในวันเสาร์ที่ 1 ของเดือน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัว รายงานผลการปรับพฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย เพื่อนำมาช่วยกัน ออกแบบแก้ไขปัญหาการปรับ

พฤติกรรมรายบุคคล นำไปดำเนินการตามแผน และนำมารายงานผลในการประชุมเข้ากลุ่มในเดือนถัดไป และมีการลงเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัวในรายที่ยังปรับพฤติกรรมไม่ก้าวหน้า เพื่อค้นหาปัญหาแท้จริงเพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมายร่วมกันใหม่และให้ลงมือทำและนำมารายงานผลในการประชุมเข้ากลุ่ม เดือนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา ไชยอาสา⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถภาพแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการบริโภคอาหารจากสมาชิกในครอบครัวขณะที่อยู่บ้าน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน โรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยเลือกชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและมีระบบควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผลและมีสมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุน จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจและกำกับติดตามประเมินผลโดยสมาชิกในครอบครัว กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายทั่วไป ไม่มีระบบควบคุมกำกับติดตาม ประเมินผล อธิบายได้ว่าขณะเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย ขั้นตอนและวิธีการออกกำลังกาย พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติขั้นตอนและวิธีการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายๆ คือ การออกกำลังกายแบบการบริหารให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พร้อมกับพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการติดตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัวโดยการพาไปออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์การออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย รวมทั้งให้กำลังใจ ดังตัวอย่างจากการทดลอง ผู้ป่วยรายหนึ่งได้ตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ในการออกกำลังกายให้ได้ 5 ครั้งต่อสัปดาห์แต่แต่ละครั้งออกกำลังกายนาน 30 นาที แต่จากการประเมินตนเอง พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักแก้ไขปัญหาโดยการช่วยเหลือและกำกับให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย โดยการเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยวิธีการบริหารและแอโรบิก ที่ใช้ทำที่ไม่ยากนักและเหมาะสมกับผู้ป่วย หลังจากนั้น พบว่า ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 และออกกำลังกายได้ 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 8

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความเครียด ซึ่งสาเหตุของความเครียดเกิดจากรายได้และค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการกับอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียดและฝึกวิธีการผ่อนคลายโดยการฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด โดยได้ฝึกออกกำลังใจโดยการ “มีสติประกอบการงาน ใจระลึก ฐานกาย นั่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลินในอารมณ์” ตามหลักธรรมคำสอนของ พระศาสดา “พุทธวจน” (คำสอนของ พระพุทธเจ้า) มีสติประกอบการงาน หมายถึง เวลาทำงานอะไรอยู่ ให้วางจิตไว้ที่การทำงานที่ทำ ระลึกรู้อยู่กับงานที่ทำอยู่ ใจระลึกฐานกาย หมายถึง พอทำงานเสร็จ จะเปลี่ยน อิริยาบถ ลุก ยืน เดิน ไป หอมน้ำ ไปรับประทานอาหารก็เอาใจระลึกไว้ที่ร่างกาย ยืน ก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน เพื่อลดความคิดฟุ้งซ่าน หรือไปรู้สึกยินดีในร้ายตาม แต่สิ่งที่พบเห็นหรือนึกคิด เรียกว่า กายคตาสติ นั่งรู้ลมหายใจ ไม่เพลินในอารมณ์ หมายถึง เวลาพักจากการงาน หรือพักระหว่างงาน ก็ให้มีสติอยู่กับลมหายใจ นั่งสูดอากาศเข้ามาโดยรอบ ในที่เงียบสงบ ไม่มีอะไรมารบกวน ตั้งกายตรง ดำรงสติเฉพาะหน้า หายใจเข้ายาว ก็รู้ชัดว่า เราหายใจเข้ายาว หายใจออกยาวก็รู้ชัดว่า หายใจออกยาว หายใจเข้าสั้น ก็รู้ชัดว่า เราหายใจเข้าสั้น หายใจออกสั้น ก็รู้ชัดว่า หายใจออกสั้น ฝึกหัดเป็นผู้รู้พร้อมเฉพาะซึ่งลมหายใจที่ไหลเข้า ไหลออก ไม่ปรุงแต่ง ไม่บังคับลมหายใจ ให้สั้น หรือยาว ละเอียด หรือหยาบ ให้หายใจตามธรรมชาติอย่างไรก็หายใจ อย่างนั้น เรียกว่า “อานาปานสติ” ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงให้เราเจริญให้มาก คือ ทำให้มาก จะเกิดประโยชน์มาก คือ กายไม่ลำบาก ตาไม่ลำบาก ทำให้จิตหลุดพ้นจากกิเลส ความทะยานอยาก อร่อย เกิน อยู่สบายเกิน เอาแต่ใจเกินไป ดังนั้น หลังการทำงาน จะพักกาย พักตา พักใจ ก็แนะนำให้เจริญอานาปานสติและทุกครั้งที่มีอารมณ์อยากกิน ของอร่อยมากเกิน อยากอยู่เฉยๆ สบายเกินไป ไม่ออกกำลังกาย หรือหงุดหงิด โมโห เสียใจ ทุกข์ใจ ก็ให้กลับมาระลึก รู้ลมหายใจเข้า-ออก ตามที่ ศาสดาสอนไว้ เพื่อไม่เพลินในอารมณ์ดังกล่าว จนเคยชินกับ อารมณ์ดังกล่าว เกิดโรคไม่ติดต่อตามมา และ สนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองในการจัดการกับความเครียดและสมาชิก ในครอบครัวให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งเสริม ให้โรงพยาบาลทุกแห่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำสมาธิวันละ 15 นาทีติดต่อกัน 2 เดือน จะช่วยลดความดันโลหิตได้ ซึ่งจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงคำแนะนำไม่ให้เครียด แต่ไม่ได้แนะนำวิธีการจัดการกับความเครียด ทำให้ความเครียดไม่ลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงดึงกล้ามเนื้อ มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ และการเจ็บป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิด ความเครียดได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มควบคุมมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มากกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจใช้พฤติกรรมการกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่เป็นทางออกในการ เผชิญกับความเครียด ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้เพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และยังพบว่า กลุ่มทดลองใช้ยา 2 กลุ่มในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งได้เปรียบมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า เป้าหมาย ของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยา คือ ต้องการให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ให้มากที่สุดโดยไม่ขัดต่อการดำรงชีวิต เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ผู้ป่วยบางราย ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียว ก็ลดความดันโลหิตได้ดี และสามารถควบคุมให้มีค่าอยู่ในระดับ

ที่น่าพอใจได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยา 2 ชนิด หรือมากกว่านั้น ความดันโลหิตจึงจะลดลงมาอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ผลเสียคือกลุ่มทดลองอาจจะรู้สึกเบื่อและหุดยาเอง เพราะเบื่อกับที่จะรับประทานยาทุกวัน หรือ เพราะคิดว่า ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ การหุดยาเองจะมีผลเสียเพราะทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นไปอีก และอาจสูงมากจนหลุดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบการวิจัยให้มีครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล ควบคุมกำกับกับการกินยาและให้เห็นความสำคัญของการรักษาโรค ความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี ต้องรับประทานยาต่อเนื่องกันทุกวันและรับประทานตรงเวลา หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาของมื้อนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า มิฉะนั้นความดันโลหิตจะลดต่ำลงอย่างมาก เกิดอาการหน้ามืด ล้มลง หมดสติ เป็นอันตรายได้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ต้องรับประทานยาเองโดยลำพัง ขาดคนช่วยเหลือดูแล ควบคุมกำกับกับการกินยารักษาโรค ความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดี การกินยานานๆ อาจส่งผลให้เบื่อหน่าย และหุดยาเองได้ ซึ่งมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตกลับสูงขึ้นมากได้

และจากผลการศึกษา ยังพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แต่หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ผ่านมามีไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อกกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ มีข้อจำกัดในเรื่องของการจัดระบบบริการให้คำปรึกษา การให้ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง การที่มีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการ รับรู้ เรียนรู้ ร่วมกับกลุ่มทดลองในทุกขั้นตอน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองและสมาชิกในครอบครัว เกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยได้ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ด้วยไลน์กลุ่ม ไลน์ส่วนตัว ผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารที่ดี สำหรับกลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน เนื่องจากไม่กระทบวิถีชีวิต ไม่กระทบงานและรายได้ ทำให้สามารถให้คำปรึกษา ควบคุมกำกับติดตามประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็วทันทั่วถึง ทุกที่ ทุกเวลา เป็นช่องทางที่เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้รับการตอบข้อซักถาม การตอบปัญหาอุปสรรคต่างๆ จนเกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำข้อมูลที่ได้อามาตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการ

สุขภาพด้วยตนเองในการลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง ร่วมกับการฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การจดบันทึก และติดตามประเมินผล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งร่วมวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้ทำตามเป้าหมาย และร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดปัญหาและผลกระทบต่อนตนเอง สามารถดูแลปกป้องตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น

และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับกลุ่มทดลอง โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์ และ แกลิก บายส์ (Kanfer & Gaelick Buys, 1991) ทำให้กลุ่มทดลอง ได้ติดตามตนเอง ประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและเสริมแรงตนเองเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่บรรลุไว้ และได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อครั้งอย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง ได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และมีการฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การจดบันทึก และติดตามประเมินผล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งร่วมวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้ทำตามเป้าหมาย และร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือที่เหมาะสมไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ทำให้ความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และอาจเป็นผล

มาจากลักษณะทางประชากรของกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง และมีอายุระหว่าง 51-53 ปี มากที่สุด ซึ่ง มีผลต่อระดับความดันโลหิต เนื่องจากความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และกลุ่มควบคุมมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.96 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดว่ามีภาวะอ้วน กลุ่มทดลองที่มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.18 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งกลุ่มทดลองอาจได้เปรียบกลุ่มควบคุม แต่ทั้งสองกลุ่ม มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิต สอดคล้องตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกได้มีการแบ่งเกณฑ์ค่าระดับดัชนีมวลกาย (BMI) สำหรับประชากรในเอเชีย เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยที่ค่าดัชนีมวลกายที่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หมายถึง ภาวะน้ำหนักเกิน และค่าดัชนีมวลกายที่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร แสดงว่า อ้วน และค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 ขึ้นถือว่าเป็นระดับความรุนแรงมาก ซึ่งจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เพราะประชากรทั่วโลก รวมทั้งคนไทย มีปัญหาน้ำหนักตัวเกินและเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นปัจจัยเสี่ยงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของทั้งสองกลุ่ม และสอดคล้องกับสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่กล่าวว่า น้ำหนักเกินคือปัจจัยเสี่ยง ภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินคือปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ จะทำให้มีโอกาสเป็นโรค ความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติถึง 2-6 เท่าและภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างไม่เป็นระบบเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และกรดไขมันสูง และระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มควบคุม มีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ระดับ ที่ 3 ความดันโลหิตรุนแรง มากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งมีผลต่อระดับความดันโลหิตทำให้ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง สอดคล้องกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ปี2555 ปรับปรุงในปี 2558 ที่ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรค 3 ระดับได้แก่ ระดับที่ 1ความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน ความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 140-159มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 90-99มิลลิเมตรปรอท ระดับที่ 2 ความดันโลหิตปานกลางความดันโลหิตสูงอย่างอ่อน ความดันซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 160-179 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 100 -109มิลลิเมตรปรอท ระดับที่ 3 ความดันโลหิตรุนแรงความดันโลหิตสูงรุนแรง ความดันซิสโตลิก มากกว่า 180มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ความดันไดแอสโตลิก มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ซึ่งค่าความดันโลหิตทั้งสองค่าอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเพศ อายุ เชื้อชาติ ภาวะเจ็บป่วย ความเครียด น้ำหนักตัว รวมถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น โกรธ ตกใจ ตื่นเต้น และอาจเนื่องมาจากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความเครียด และมีสาเหตุมาจากรายได้ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อย ได้แก่ ความขัดแย้ง ความกลัว ความเหนื่อย ความวิตกกังวล ในภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารแอดรีนาลิน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้น

ของหัวใจ ความดันโลหิต และแรงตึงกล้ามเนื้อ ซึ่งในชีวิตประจำวันทุกคนต้องประสบความเครียด ซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรมการกิน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มควบคุม ที่ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ มากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุมอาจใช้เส้นทางออกในการเผชิญกับความเครียดมีผลต่อระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้เพิ่มมากขึ้น และภาวะเครียดทำให้มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงได้ สอดคล้องกับตำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่กล่าวว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งลักษณะการดื่ม (ดื่มบ่อยๆ หรือ ดื่มนานๆ ครั้ง) และปริมาณการดื่ม (ดื่มครั้งละน้อยๆ หรือ ดื่มครั้งละมากๆ) ก่อให้เกิดการเมาสุราการติดสุราและผลของพิษจากแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลกระทบหลายประการได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น มะเร็งตับ, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, เส้นเลือดในสมองแตก การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วต่อวันขึ้นไปทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้ว หลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงขึ้นกว่าปกติอยู่อีกหลายวัน และการดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้นเพราะแอลกอฮอล์จะทำให้การออกซิเดชันของกรดไขมันน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งหรือแตก และทำให้ความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างสูงขึ้นอย่างแน่นอน ส่วนการสูบบุหรี่ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่ผลจากการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นผลของนิโคตินในบุหรี่ มากกว่า 10 มวนต่อวันอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจวายและเส้นโลหิตในสมองแตกได้ มากกว่าคนที่มี ความดันโลหิตสูงแต่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการให้ยาลดความดันโลหิตด้วยขึ้น ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตีตัน ทำให้มีโอกาสเป็นโรคลมปัจจุบัน (stroke) และโรคหัวใจวายได้สูง เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคตินที่ทำให้เกิดการหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมา มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วมีความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้ชายที่มีค่าความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น เมื่อมีการสูบบุหรี่วันละ 10 ม้วน ดังนั้นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรงดสูบบุหรี่ และการที่กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการจำนวนมาก มีเวลาที่ให้บริการที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้การให้ความรู้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงทำได้ค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการให้สุขศึกษา ให้คำแนะนำโดยทั่วไป เช่น การงดหรือลดอาหารที่มีรสเค็ม การแนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การงดแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ และพบแพทย์ตามนัด ซึ่งการให้คำแนะนำดังกล่าว อาจจะไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง ที่จะตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่มากนัก และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีแหล่งความรู้ในการดูแลตนเอง จากสื่อดิจิทัลเช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ยูทูป กลูเกิ้ลมากที่สุด รองลงมาจาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ที่มีแหล่งความรู้ในการดูแลตนเอง จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ช่องทางดิจิทัลเช่น ไลน์กลุ่ม ผ่านโทรศัพท์มือถือ เฟสบุ๊ก ยูทูป กลูเกิ้ล ให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานในการสนับสนุนความรู้ที่ถูกต้อง และง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและปฏิบัติได้จริง นำข้อมูลที่ได้มาตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดเป็นทักษะการจัดการตนเอง และเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร กระตุ้นเตือน รายงานผล ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล เป็นกำลังใจ ชื่นชม ให้คำปรึกษา ตอบข้อซักถาม ได้อย่างต่อเนื่อง ทุกที่ ทุกเวลา แทนการให้กลุ่มทดลองมารวมประชุมบ่อยๆ ทำให้ไม่รบกวนวิถีชีวิต ไม่กระทบการทำงานและรายได้ของกลุ่มทดลอง ทำให้สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลา จึงทำให้กลุ่มทดลองสามารถนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ในขณะที่กลุ่มควบคุมขาดการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เมื่อกลับไปบ้าน ก็ไม่มีใครช่วยเหลือ ดูแล ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังรับประทานอาหารจากแม่ครัวที่บ้าน คนเดิม ร้านอาหารร้านเดิมในโรงงานและจากแม่ค้าในตลาดคนเดิม ไม่มีใครคอยกระตุ้นเตือน สนับสนุนการออกกำลังกายให้เพียงพอ ขาดกำลังใจในการจัดการความเครียดของตนเองที่เหมาะสม และขาดกำลังใจในการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองการใช้แนวคิด การส่งเสริมการจัดการตนเองของ เคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kenfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยให้สมาชิกในครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มทดลองจะมีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลหลักมีบทบาทที่นอกเหนือจากแม่ครัว คือการพาไปพบแพทย์และการรับประทานยา และกลุ่มควบคุม มีสามี/ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักมีบทบาทที่นอกเหนือจากแม่ครัว คือการควบคุมอาหาร และการพาไปพบแพทย์ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบให้ครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ปฐมภูมิ ที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นและต่อเนื่อง เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าครอบครัว ญาติพี่น้องเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมปฐมภูมิ มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย

และพฤติกรรมอนามัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างมาก ซึ่งกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้วิจัย ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทฤษฎี ในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การดักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสารและการให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น เพื่อให้ความรู้ กระตุ้นให้เกิดทัศนคติที่ดี กระตุ้นให้เกิดอำนาจการตัดสินใจ โดยหาบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจหรือบุคคลที่กำลังใช้วิธีการ หรือมีพฤติกรรมที่ต้องการและประสบผลสำเร็จ มาเป็นแบบฉบับ เพื่อให้บุคคลได้เห็นและปฏิบัติตาม และนำวิธีสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ โดยให้กลุ่มเพื่อน หรือผู้ที่ได้ผลดีจากการปฏิบัติ มาให้ความรู้ เพื่อให้เกิดแรงสนับสนุน และแน่ใจว่า สิ่งที่ดีจะทำนั้นไม่ขัดต่อบรรทัดฐานทางสังคม ของชุมชน ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแสงจันทร์ ทองมาก⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าบริบทของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแบบเครือญาติ เมื่อยามใดที่บุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนช่วยเหลือและรับผิดชอบ และให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมอาหารร้อยละ 100 จัดการกับความเครียด ร้อยละ 44 การพาไปพบแพทย์ ร้อยละ 40 การออกกำลังกาย ร้อยละ 12 และการรับประทานยา ร้อยละ 8 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศชญา เพชรทอง⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ในเรื่องการรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการพาไปพบแพทย์ และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ ได้รับข้อมูลในการกำกับติดตามตนเองและสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการกำกับ ติดตามผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมมีการให้ความรู้ในหลายรูปแบบ ทั้งในรูปแบบรายบุคคล ทำให้ผู้ป่วยได้สะท้อนความคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการที่ผ่านมาทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จและแบบรายกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มละ 8-9 คน มีข้อดีคือ การที่ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่มที่มีการนำปัญหาสุขภาพที่เหมือนกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันทำให้สามารถเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพจากสมาชิกในกลุ่มไปปฏิบัติตามได้ ทำให้ตระหนักถึงกระบวนการทางความคิด มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งกระบวนการทางความคิดและการแสดงความรู้สึก มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและสมาชิกในครอบครัวที่จะได้รับการสอนเกี่ยวกับเรื่องความดันโลหิตสูง

และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค พร้อมทั้งนำตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง สาธิตและมีการฝึกปฏิบัติการทำอาหารที่ควรรับประทานในชีวิตประจำวันและทำให้ตระหนักถึงปัญหา และเห็นความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศักนรินทร์ หลิมเจริญ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการช่วยเหลือและสนับสนุนการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูง

นอกจากนั้น ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมาย จะเป็นการกำหนดปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และความสามารถของตนเองพร้อมทั้งบันทึกเป้าหมายเป็นแบบลายลักษณ์อักษรในบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งการบันทึกเป้าหมายดังกล่าวจะเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองและสมาชิกในครอบครัว เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ และยังสามารถใช้ผลการปฏิบัติของตนเองที่บันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวันมาใช้ประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการฝึกทักษะในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการจดบันทึกของกลุ่มทดลอง ช่วยทำให้สามารถจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชลดการ ชายกุล⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติ และประกอบกับกลุ่มทดลองได้รับการสอนให้ความรู้ที่ถูกต้อง ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต นำไปปฏิบัติได้จริง เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค ได้รับโอกาสในการเปิดโอกาสให้ซักถามเกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจ นำข้อมูลที่ได้ไปตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเองและ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค อธิบายได้ว่า การสอนเป็นการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ มีความเข้าใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและสอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การสอนสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความคิด ความเชื่อ ทักษะคติ นำไปสู่การพัฒนาทักษะของบุคคลที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน และการได้รับการฝึกฝนทักษะในการตั้งเป้าหมาย การวางแผนกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการจดบันทึกในการติดตาม ประเมินตนเองและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และความสำเร็จของผู้อื่น การสะท้อนความคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเองรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผ่านมาเป็นรายบุคคล ทำให้เปลี่ยนความรู้เป็นทักษะในการตัดสินใจจัดการสุขภาพตนเองในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เลือกวิธีการออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมกับตนเองและโรค เลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และเมื่ออยู่ที่บ้านยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ปฏิบัติได้ต่อเนื่อง มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและ

รายงานผลการปรับพฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายร่วม ทั้งยังได้รับการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัว เพื่อสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ฝังรากลึกในชุมชน ในมิติครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อค้นหาปัญหาแท้จริงเพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันในการลดปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล และลงเยี่ยมซ้ำในรายที่ยังปรับพฤติกรรมไม่ก้าวหน้า เพื่อค้นหาปัญหาแท้จริงเพื่อนำมาวางแผน กำหนดเป้าหมายร่วมกันใหม่และให้ลงมือทำและนำมา รายงานผลในการประชุม เดือนต่อไป ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทสร ชมพู⁽²¹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0 และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มวัยทำงานและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในครั้งนี้ เน้นการให้ความรู้และการฝึกทักษะโดยมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมรับฟังและฝึกปฏิบัติในทุกกิจกรรมของโปรแกรมที่จัดขึ้น ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองกลับไปอยู่ที่บ้านทำให้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยกำกับ ตักเตือนและติดตามการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม⁽²²⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยตักเตือนและติดตามในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพร้อมกันนี้กลุ่มทดลอง ยังได้รับการเสริมแรงให้ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ผลของการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัย จากการใช้ไลน์กลุ่ม ไลน์ส่วนตัว ผ่านระบบโทรศัพท์มือถือในการ สนับสนุนวิชาการ ติดต่อสื่อสาร ควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ ตลอดเวลาและมีการลงพื้นที่ติดตามเสริมพลังในการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัวและจากการที่สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและมีการชื่นชม ยกย่องชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อสามารถทำตามเป้าหมายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา มากผาสุก⁽²³⁾ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการให้แรงเสริมโดยการให้ คำชมเชย ซึ่งเป็นการเสริมแรงจากภายนอก ส่งผลให้สามารถจัดการตนเองให้บรรลุเองได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้วางระบบการติดตามความก้าวหน้า กำกับ ติดตาม ประเมินผลทางไลน์กลุ่มและไลน์ส่วนตัว ผ่านโทรศัพท์มือถือ ตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารการสนับสนุนองค์ความรู้ วิชาการสื่อที่ทันสมัยสื่อ

คลิปีวิดีโอเกี่ยวกับโรค อาหาร ออกกำลังกาย ธรรมชาติ ซึ่งกลุ่มทดลองจะต้องสรุปสั้นๆว่าได้อะไรจากการดูคลิปี และจะนำไปปฏิบัติอย่างไร ส่งกำลังใจ ส่งความหวังใจ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ตอบคำถามข้อข้องใจและให้คำปรึกษา ตลอดเวลาและให้กลุ่มได้แสดงผลงานที่ตนเองทำได้เช่นการปลูกผักสวนครัว เมนูอาหารสุขภาพ กิจกรรมการ ออกกำลังกาย หรืออื่นๆเพื่อแจ้งกลุ่มได้ตลอดเวลา เพื่อใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาออกแบบการติดตามประเมินผล กระตุ้นเตือนไม่ให้รบกวน วิถีชีวิต ลดขั้นตอน ลดระยะเวลา แต่จะบูรณาการเข้าไปในวิถี และในเดือนที่ 4 จะเป็นการติดตามประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยประเมินภาวะ สุขภาพกลุ่มทดลองครั้งที่ 1 ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและ ในเดือนที่ 6 เป็นการประเมินผล การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับพฤติกรรม ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และประเมินภาวะ สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตเพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระบบการติดตามทั้งหมดนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกัน ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้ง การวางแผนในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและสมาชิกใน ครอบครัวร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่อง ชีวิตประจำวัน ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์วิธีการที่ดี เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว ผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำ และช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า กลุ่มทดลอง เมื่อได้รับข้อมูลเพื่อการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 11 ของการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน กันธมาลี⁽²⁵⁾ ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่ง มีการส่งเสริมการจัดการตนเองใน กลุ่มทดลอง โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) การติดตามตนเอง (Self- monitoring) (2)การประเมินตนเอง(Self -evaluation) (3) การให้แรง เสริมตนเอง (Self - reinforcement) และมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุดคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ มีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมิน ตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าว โดยการให้สนับสนุนความรู้ที่ถูกต้องด้วยสื่อที่ง่ายต่อการเข้าใจ มีการฝึกทักษะ การลงเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัว มีการกระตุ้นเตือน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ มีการเข้ากลุ่มเพื่อเรียนรู้จากความสำเร็จของ ผู้อื่นเพื่อนำมาปฏิบัติตาม และมีการให้คำปรึกษาตอบปัญหา ข้อซักถามทางไลน์กลุ่ม ไลน์ส่วนตัวเป็นระยะ 6 เดือน มีกิจกรรมให้กลุ่มทดลอง และสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา และร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ออกแบบวางแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ว่ามีพฤติกรรมเป็นไปตามที่กำหนดเป้าหมายหรือไม่ และค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันออกแบบ วางแผนใหม่ ปฏิบัติตามแผนและประเมิน ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองเป็นไปตามเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่องและ สิ่งที่สำคัญการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว และกำกับ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติกับเป้าหมาย สามารถเสริมแรงให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว นั้น ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด สามารถส่งเสริมสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ คอยกระตุ้นเตือน ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการรับประทานยา การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลองได้อย่างต่อเนื่องและช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นและสามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และการที่มีสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ร่วมกับกลุ่มทดลองในทุกขั้นตอน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว สามารถช่วยเหลือ และสนับสนุน คอยให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสมกับโรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง สามารถดูแลปกป้องตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ และการสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยใช้เทคโนโลยีทางดิจิทัล ทางไลน์กลุ่ม ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลความรู้สุขภาพที่ถูกต้อง มีการโต้ตอบ ซักถามนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ จัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในบริบทที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ เกิดภูมิด้านทานด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นมาจากความรอบรู้ในการใช้ข้อมูลความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง จัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและช่วยเหลือระบบบริการด้วยการบอกต่อ นอกจากนี้ยังใช้เป็นช่องทางให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผล ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ทุกที่ ทุกเวลา และการฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมาย กำหนดแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การจดบันทึก และติดตามประเมินผล เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งร่วมวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย และร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพใหม่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น สามารถควบคุมภาวะของโรคให้อยู่ในเกณฑ์

ปกติหรือที่เหมาะสมไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถลดปัญหาและผลกระทบต่อตนเอง สามารถดูแล ปกป้องตนเอง และครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน

และการศึกษานี้ ยังพบว่า การคัดเลือกแบ่งกลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลาก เลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน ใช้การจับสลากเข้ากลุ่มรายแรกจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นจับรายที่สองขึ้นมาแล้วดูว่า สามารถจับคู่กับรายแรกได้หรือไม่ (matched pair) โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบนี้ (1) อายุต่างไม่เกิน 5 ปี (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยา (3) ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน หากคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน รายที่สองที่จับขึ้นมาจะกลายเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองโดยอัตโนมัติ แต่หากจับขึ้นมาแล้วคุณสมบัติไม่ใกล้เคียงกันก็จับใหม่จนกว่าจะได้ตามคุณสมบัติ คู่ต่อไปก็ปฏิบัติเหมือนคู่ที่ 1 คือจับสลากเข้ากลุ่มก่อนแล้วจับรายต่อไปเพื่อทำการมาจับคู่ตามสมบัติจับไปจนครบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แม้ว่าการศึกษานี้ จะเลือกกลุ่มตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้วก็ตาม แต่ยังมีข้อจำกัด เช่นกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยอายุที่น้อยกว่าแต่ไม่เกิน 5 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยน้อยกว่า มีระดับความดันโลหิต Systolic / Diastolic น้อยกว่า มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยกว่า มีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโปรแกรมที่ต้องปรับปรุงในการศึกษาครั้งต่อไป ซึ่งจะต้องพิจารณาองค์ประกอบที่มากกว่า 3 ข้อ ที่กล่าวข้างต้น โดยจะต้องเพิ่มการพิจารณาองค์ประกอบเรื่อง ดัชนีมวลกาย ระดับความดัน Systolic /Diastolic และระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงด้วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและมีอิสระจากกัน เพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้เกิดความแตกต่างในทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้วิจัยจะนำผลวิจัยที่ได้คืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเช่นไลน์กลุ่ม ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ในการติดต่อสื่อสาร ให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือน ติดตาม ประเมินผลและสนับสนุนความรู้ที่ง่ายต่อความเข้าใจ สอดคล้องกับวิถีชีวิตปฏิบัติได้จริง นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดทักษะในการจัดการตนเอง (self-management) ลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้วิจัยจะนำผลวิจัยที่ได้ศึกษาต่อยอด เรื่องผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและสถานประกอบการ เพื่อให้เกิดการนำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการศึกษาครั้งต่อไปจะปรับปรุงข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาครั้งนี้จะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบที่มากกว่า 3 ข้อ ได้แก่ มีอายุต่างไม่เกิน 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยยาและไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยจะต้องพิจารณาองค์ประกอบเรื่อง ดัชนีมวลกาย ระดับความดัน Systolic และระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดและมีอิสระจากกันเพื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ให้ มีความแตกต่างในทางสถิติ

3. ผู้วิจัยจะนำผลโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ โดยจะพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสนับสนุนส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคอื่นๆต่อไป

บรรณานุกรม

1. Titeemat H. Self health care of hypertensive patients. Thai Journal of Nursing Research. 5: 269-280. Thai , 2005
2. Puangpetch L. Self-care behaviors and complications of patients with hypertension hospital. Region 6 Medical J. 23:141-51 , 2009
3. กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ. สำนักโรคไม่ติดต่อ , กรุงเทพฯ , 2558.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ NCDS ฉบับที่ 2 Kick off to the Goals. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ , กรุงเทพฯ , 2559.
5. กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรุงเทพฯ , 2559.
6. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ.2553-2558. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, นครราชสีมา , 2558.
7. กรมควบคุมโรค. รายงานผลการตรวจราชการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2559. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, นครราชสีมา , 2559.
8. Kanfer, F. H., & Galick –Buys, L. Self- management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.) Helping people change : A text book of methods (4th Ed., pp. 305-360). New York: Pergamon press , 1991.
9. กรมควบคุมโรค. 2560. การดูแลตนเองเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทไทย. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, กรุงเทพฯ.
10. ศิริลักษณ์ น้อยปาน , เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และวิภาวี คงอินทร์; (2556) ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , สงขลา.
11. Bloom, B.S. 1988. Taxonomy of Education Objective. The Classification of Education Goals , Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay Company
13. พรนภา ไชยอาสา. (2550). ผลของ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
14. เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). ผลของ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- 15.แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). สุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ. ในโครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- 16.เกษงกา เพชรทอง.(2549). การสนับสนุนทางสังคม:ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุ ตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย สงขลา นครินทร์, สงขลา.
- 17.ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ.(2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- 18.ชลการ ชายกุล.(2556) .ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- 19.สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และปฏิบัติการพยาบาล นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- 20.ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.
- 21.สุภัศร ชมพู. (2551).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา,ชลบุรี.
- 22.สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม.(2551).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,กรุงเทพมหานคร.
- 23.วาสนา มากผาสุข. (2551). ผลของโปรแกรมจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย,กรุงเทพมหานคร.
24. สุพัตรา ศรีวิชชากร,สดางค์ สุกผล,ทัศนีย์ ญาณะ,รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์,อรอนงค์ ดิเรกบุษราคัม , ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ, และพฤษภา บุญบุญ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกรณี เบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

25.สายฝน กันธมาลี. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง สังคมต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยาลัยทำงาน

ขั้นตอน	กิจกรรม	เครื่องมือ
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง	
	- เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม โดยทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน	- การเข้าร่วมโปรแกรมตามความสมัครใจ - การจับฉลากสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
	- ศึกษา นำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมโดยจัดโปรแกรมระยะสั้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ มีการติดต่อทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง เพื่อนำไปปรับปรุงโปรแกรม และแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมก่อนศึกษาจริง	- กลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 2 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
	- การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและเครื่องมือในการวิจัยรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองเก็บข้อมูลจริงพร้อมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบ เก็บข้อมูลในแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการและบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยผู้ช่วยวิจัยไม่มีส่วนร่วมในการจัดกลุ่มตัวอย่าง	- ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษา
ขั้นตอนที่ 2	ดำเนินการทดลอง	
ระยะที่ 1 การประเมินความรู้	สัปดาห์ที่ 1 - สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและ	- การพูดคุยทักทายแนะนำตนเองกับผู้ป่วย

<p>-โรคความดันโลหิตสูง</p> <p>-ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>-พฤติกรรมสุขภาพ ในการจัดการตนเอง</p> <p><u>ระยะที่ 2</u>การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว</p>	<p>ครอบครัวเพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม</p>	<p>และสมาชิกในครอบครัว</p> <p>-อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการทำกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน</p> <p>-แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่แม่ครัวในบ้านผู้ป่วย</p>
	<p>- ประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>-แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรค การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมและภาวะแทรกซ้อน เพื่อประเมินพื้นฐาน</p>
	<p>- ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง</p>	<p>-แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา</p>
	<p>- ผู้วิจัยสะท้อนปัญหาการจัดการตนเองและเตรียมความพร้อม</p>	<p>-ผลการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว</p> <p>-สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (power point) ความรู้เกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา</p> <p>-แผนการสอนการจัดการตนเอง</p> <p>-สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง</p> <p>-คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย</p> <p>-ข้อตกลงของการเข้าโปรแกรม</p>

<p>ระยะที่ 3</p> <p>กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้านตามเป้าหมายที่วางไว้</p>	<p>สัปดาห์ที่ 2-12 และสัปดาห์ที่ 14-23</p> <p>- กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้านตามเป้าหมายที่วางไว้ ภายใต้แนวทางการจัดการตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) 3. การประเมินตนเอง (evaluation) <p>เพื่อกระตุ้นเตือน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลและให้กำลังใจผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้สำหรับพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ยังปรับพฤติกรรมไม่ได้</p>	<p>-การควบคุมกำกับติดตามประเมินผล ให้กำลังใจผ่านทางโทรศัพท์ ไลน์กลุ่ม ไลน์ส่วนตัว</p> <p>-การติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัว เยี่ยมสวนครัว</p> <p>-การควบคุมกำกับ ติดตาม ประเมินผล ให้กำลังใจโดยสมาชิกในครอบครัว</p>
<p>ขั้นตอนที่ 3</p>	<p>การประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม</p>	<p>เครื่องมือ</p>
<p>ระยะที่ 4</p> <p>การประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม</p>	<p>สัปดาห์ที่ 13</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง 2. ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 ได้แก่ น้ำหนัก คีซีนิมวลกาย ระดับความดันโลหิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรค การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยส่งเสริมและภาวะแทรกซ้อน 2. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต 5
	<p>สัปดาห์ที่ 24</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการตนเอง 2. ประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2 ได้แก่ น้ำหนัก คีซีนิมวลกาย ระดับความดันโลหิต 	<p>ด้านการรับประทานอาหาร</p> <p>การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก คีซีนิมวลกาย ระดับความดันโลหิต

ภาคผนวก ข
ผลงานที่เผยแพร่ ตีพิมพ์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักดัชนีมวลกายระดับความดันโลหิต ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (ต่อ)

ประเด็น	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มควบคุม (n=50)		Mean Diff	t	95% CI	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
ความดันsystolic								
ก่อน	134.02	6.09	138.50	26.42	-4.48	-1.16	-12.08 ถึง 3.12	.246
หลัง	115.78	16.84	143.40	5.77	2.58	-10.97	-32.61 ถึง -22.62	0.00
ความดันdiastolic								
ก่อน	86.04	4.96	88.40	1.85	-2.36	-3.14	-3.84 ถึง -.873	0.02
หลัง	83.58	5.64	93.12	7.14	-9.54	-8.16	-3.85 ถึง 7.22	0.00

หมายเหตุ p-value <0.05

อภิปรายผล

1. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียดสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับความรู้ คำแนะนำ การให้คำปรึกษา และได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ทำให้เกิดความรู้ เข้าใจเรื่องโรค การปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องร่วมกับมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครัวเยี่ยมสวนครัว มีการสนับสนุนความรู้ กระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษาทางไลน์กลุ่มและการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก PROMISE Model ในการสร้างแรงจูงใจ การชมเชย การมอบรางวัล ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความสนใจดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้มีความรู้เกิดทักษะ มีสมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเป็นผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปรานประวีตร⁽¹¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำกับตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้แก่การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง ร่วมกับการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามหลักPROMISE Model ประกอบด้วย การเสริมแรงทางบวก การมองโลกแง่ดี การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ การสร้างแรงจูงใจ การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ที่เริ่มต้นจากการให้ความรู้พฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ความรู้เรื่อง 3 อ. 2 ส. การสอนจดบันทึกและให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมร่วมกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพที่ปรารถนาให้เกิดขึ้นกับตนเองหรือทำสัญญา

เพื่อสร้างความคิดค้นว่าเราสามารถกำกับและดูแลตนเองให้ไปสู่เป้าหมายได้ ร่วมแบ่งปันประสบการณ์
ของตนเองกับกลุ่มช่วยย้าเตือนให้เห็นถึงความสามารถในการกำกับดูแลตนเอง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
แบบมีส่วนร่วมเสริมสร้างภาวะสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น สามารถจัดการตนเอง รับรู้
โอกาสเสี่ยง ตระหนักในปัญหา เกิดแรงจูงใจในการดูแลตัวเอง กำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ลงมือทำ มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ จนเกิดเป็นนิสัยมีศักยภาพในการดูแลตนเองและครอบครัว
ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากบุคคลมีความรู้มีความเข้าใจและรับรู้ว่าเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้
จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการ
ตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอและ
การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ลดน้ำหนัก ลด ละ เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์สอดคล้องกับการศึกษาของ
ยุพา ภูษิน และวิไลพรรณ วัชรธาดาพงศ์⁽¹²⁾ ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม
การปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
การผ่อนคลายความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ที่ระดับ 0.001

3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
พบว่ากลุ่มทดลอง มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักดัชนีมวลกายความดันโลหิต systolic ความดัน
โลหิต diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบาย
ได้ว่ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
ตามหลัก PROMISE Model รับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง มีความรู้ทักษะมีสมรรถนะในการจัดการ
ตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักดัชนีมวลกาย
ความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งแสดงถึงภาวะทางสุขภาพกายดีขึ้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพิชชา วงศ์จันทร์
และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนของวัยรุ่นที่เข้าโปรแกรมลดลง

ข้อเสนอแนะการศึกษาไปใช้

1. ผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม
การออกกำลังกายที่เพียงพอและการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ลดน้ำหนัก ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่และดื่ม
เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่งผลให้น้ำหนักค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ลดลง
ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงควรมีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ไปขยายผลในประชาชนกลุ่มอื่น ๆ

2. ควรนำกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่สามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายมาพัฒนาเป็นแกนนำ
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตรวจสอบความกลมกลืนขององค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ของกลุ่มเสี่ยง
ประกอบด้วยรับรู้ความสามารถตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพ
ตนเองกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. กลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่เป็นผู้ชายควรนำสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ปรุงอาหารให้คนในครอบครัว
รับประทานมาร่วมโปรแกรมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในพื้นที่เขตเมืองนครราชสีมาเพื่อจัดรูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตเมือง ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมาและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง บุคลากร และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Puangpetch L. Self-care behaviors and complications of patients with hypertension hospital. Region 6 Medical J.2009; 23(1):41-51.
2. Titeemat H. Self health care of hypertensive patients. Thai Journal of Nursing Research. 2005; 5: 269-280. Thai.
3. กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรุงเทพฯ; 2558.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์ NCDS ฉบับที่ 2 Kick off to the Goals. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กรุงเทพฯ ; 2559.
5. กรมควบคุมโรค. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรุงเทพฯ; 2559.
6. กุลพิมล เจริญดีและนิตยา พันธุ์เวทย์. นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มงานไม่ติดต่อ.[ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2557 พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก <http://portal.in.th/les/2/4/2/2009/11/06/DMday2009.pdf>.
7. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2558. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, นครราชสีมา ; 2558.
8. กรมควบคุมโรค. รายงานผลการตรวจราชการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2559. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, นครราชสีมา ; 2559.
9. ชตชัย วัฒนะ. การสนับสนุนการจัดการตนเอง : กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2558 ; 26 : ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558 :118-127.
10. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ : 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์, 2552.
11. ประหยัด ช่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิชญทรรศน์ 2558 ; 10(1) : 15-24.
12. ยุพา พูชื่น และวิไลพรรณ วัชรธาดาพงศ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเอี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. [ออนไลน์] [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 12]. เข้าถึงได้จาก http://gishealth.moph.go.th/healthmap/upload/document/work_06129_191016_232105.pdf.
13. สุพิชชา วงศ์จันทร์, อังคินันท์ อินทรกำแหงและพรรณี บุญประกอบ. ผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2557; 20(1):127-141.