

ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักกับ
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

นายปฎิภาส ตาแซ

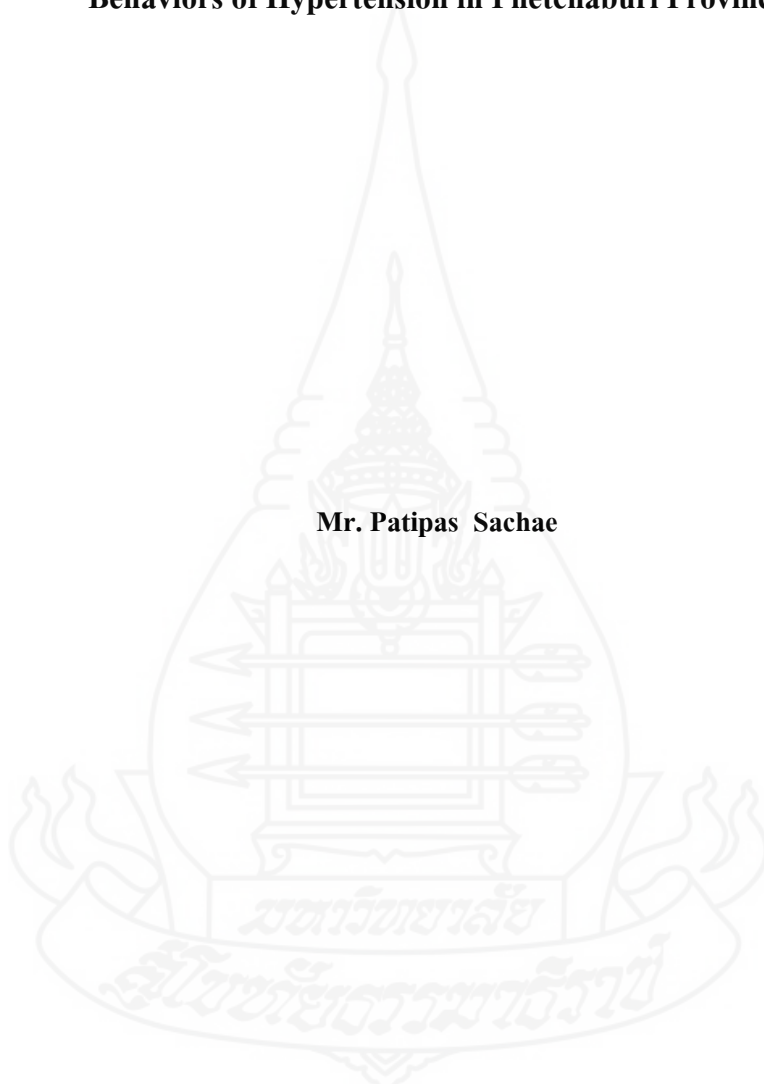


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธาณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Social Relations of the Elderly with Main Concerned Parties on Self-care
Behaviors of Hypertension in Phetchaburi Province**

Mr. Patipas Sachae



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักกับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

ชื่อและนามสกุล นายปฏิภาส สาแชน

วิชาเอก บริหารสาธารณสุข

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ธราดล เก่งการพานิช)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอพาร)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัย นายปฏิภาส สาแหร **รหัสนักศึกษา** 2605001060 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2) รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร

ปีการศึกษา 2561

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยภายในบุคคลด้านชีวภาพและด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (2) ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมครอบคลุมมิติการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการบูรณาการทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุดังกล่าวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก (3) พฤติกรรมของผู้สูงอายุดังกล่าวในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง และ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้รับการสุ่มจากประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี โดยวิธีแบ่งชั้นภูมิ ได้จำนวน 377 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบฟอร์มวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมติฐาน ใช้สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยรวมทุกมิติความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยตามลำดับ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่า ปัจจัยภายในบุคคลด้านชีวภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย และระดับความดันโลหิต แต่ไม่พบว่าปัจจัยภายในบุคคลด้านจิตสังคมปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักทุกกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัวมีค่าความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด ตามด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

Thesis title: Social Relations of the Elderly with Main Concerned Parties on Self-care Behaviors of Hypertension in Phetchaburi Province

Researcher: Mr. Patipas Sachae; **ID:** 2605001060; **Degree:** Master of Public Health;

Thesis advisors: Dr. Adisak Sattam, Associated Professor; Dr. Sompoch Rationan, Associated Professor;

Academic year: 2018

Abstract

This descriptive research aimed to study: (1) personal profiles of elderly patients with hypertension consisting of biological, psychological and social aspects; (2) social relations regarding social support and social integration between elderly patients and main concerned parties; (3) self-care behaviors of elderly persons related to hypertension; and (4) the relationships between personal profiles as well as social relations and elderly persons' hypertension self-care behaviors.

The study was conducted in a sample of 377 patients, selected from elderly persons with hypertension in Phetchaburi province, using the stratified random sampling technique. Data were collected using the interview technique and form, and then analyzed to determine numbers, percentages, and standard deviations, and perform hypothesis testing using chi-square test and Spearman correlation.

The results indicated that, among the elderly participants, the overall mean score for self-care behaviors was at a moderate level, and for social relations with concerned parties it was at a high level. Among concerned parties, the patients had a high level of social relations with family members, followed by health personnel and village health volunteers. The elders' biological aspects significantly associated with self-care behaviors were illness duration and blood pressure level, while psychological and social aspects were not. The elders' social relations with all concerned parties were significantly associated with self-care behaviors – being highest with family members ($r = 0.481$), followed by with village health volunteers and health personnel.

Keywords: Elderly person, Hypertension, Social relations, Main concerned party

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. อติศักดิ์ สัตย์ธรรม ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความเอาใจใส่อย่างดี ยิ่ง ทำให้เกิดแรงบันดาลใจให้ทำงานวิจัยนี้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ธีราดล เก่งการพานิชรองคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอขอบคุณ ท่าน ดร.ศุริยรักษ์ วาสนานางมลวรรณ วณิชชานนท์ และนางสาวฉวีภรณ์กฤดา เขาวนั้วรักษ์ ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณท่านนายแพทย์เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่ให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ และได้ให้ความกรุณาช่วยเหลือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้สนใจ นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนางานที่ดีต่อไป

///

/

ปฎิภาส สาแชน

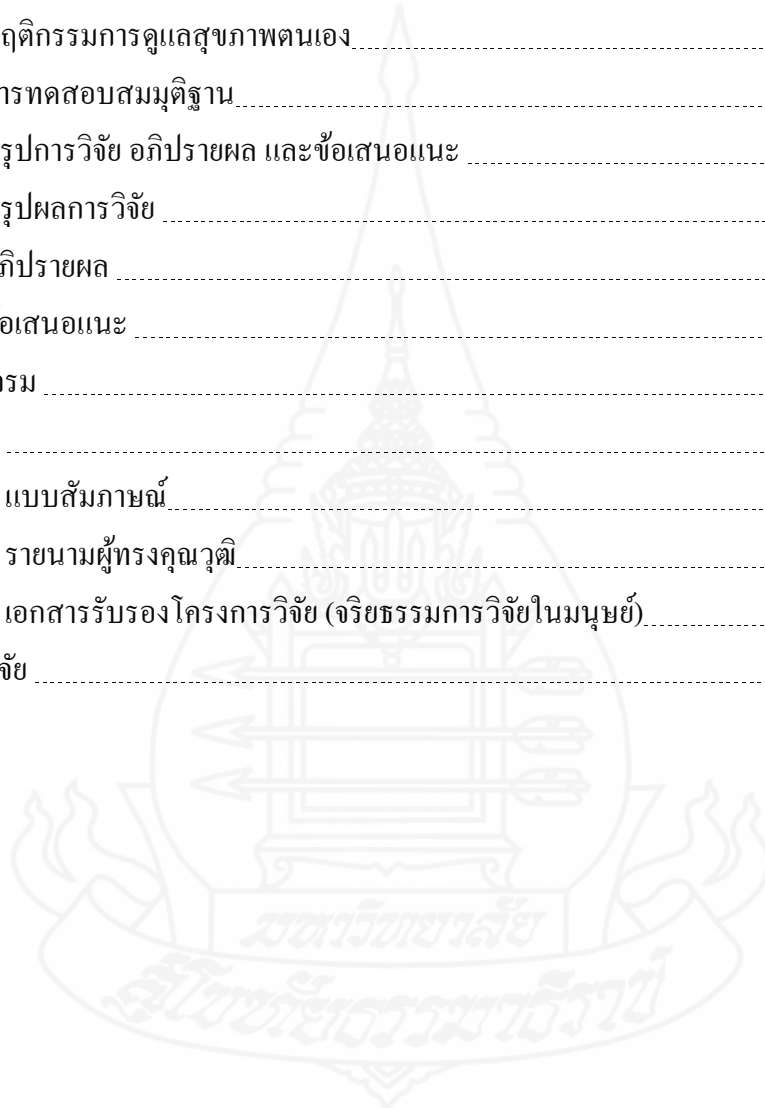
กันยายน 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม	11
ปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุ	23
แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเอง	36
โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	66
การวิเคราะห์ข้อมูล	66
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
ปัจจัยด้านชีวภาพ	69

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ปัจจัยด้านจิตสังคม	73
ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุที่กับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก	78
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	83
การทดสอบสมมุติฐาน	84
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	94
สรุปผลการวิจัย	94
อภิปรายผล	99
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	116
ก แบบสัมภาษณ์	117
ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	126
ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย (จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)	128
ประวัติผู้วิจัย	132



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามเขตพื้นที่หน่วยบริการ	61
ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยด้านชีวภาพ	69
ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตามสายเลือด	71
ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามโรคประจำตัวอื่นๆ	72
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	73
ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	74
ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละด้านความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	75
ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง	76
ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	76
ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	78
ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	79
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคล ในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ	81
ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่ เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามบุคคล	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อ	83
ตารางที่ 4.14 เพศของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	84
ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	85
ตารางที่ 4.16 ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	85
ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	85
ตารางที่ 4.18 ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	86
ตารางที่ 4.19 ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	87
ตารางที่ 4.20 ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	87
ตารางที่ 4.21 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยทางชีวภาพของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	88
ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	89
ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	89
ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	90
ตารางที่ 4.25 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.26 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	90
ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	91
ตารางที่ 4.28 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรม การดูแลสุขภาพตนเอง	91
ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	92
ตารางที่ 4.30 สรุปความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	92



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ภาพที่ 2.1 ลำดับรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม	12



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ภาวะสุขภาพที่สำคัญในปัจจุบันพบว่าโรคไม่ติดต่อ (NCD : Noncommunicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งในระดับโลก และของประเทศไทย ซึ่งพบว่าโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งนับเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชาชนชาวไทย และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยด้วยโรคไม่ติดต้อมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สาเหตุของปัญหาดังกล่าวมักเกิดจากประชาชนได้รับปัจจัยเสี่ยง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านปัจจัยสังคม เช่น การขยายตัวของเขตชุมชนเมือง ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ซึ่งมีผลต่อวิถีในการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความสูญเสียจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีความรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากความเจ็บป่วย ความพิการ เป็นเรื่องที่ยอมรับ และหลีกเลี่ยงได้ยากทั้งแก่ตัวผู้ป่วย และครอบครัว อีกทั้งปัญหาดังกล่าวยังจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ และสังคม ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังพบว่ามักจะมีความสัมพันธ์กับความยากจนใน 3 มิติ ซึ่งจะกล่าวได้คือ มิติแรกคือการที่ประชาชนที่มีเศรษฐฐานะต่ำ มักมีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังสูงกว่าจากปัจจัยเสี่ยงโรคมากกว่า ทั้งจากด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพต่ำ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มิติที่สอง คือ การที่ประชาชนที่มีฐานะยากจน มีความสามารถในการจัดการตนเอง และการเข้าถึงบริการรักษา และในมิติที่สามนั้น เมื่อประชาชนที่มีฐานะยากจนกว่าเกิดโรค จะมีความรุนแรงและแนวโน้มที่จะรุนแรงเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่มีฐานะ ทั้งนี้รวมถึงอุปสรรคทางการเงิน และทางสังคมที่จะช่วยในการเข้าถึงการรักษา และช่วยฟื้นฟูสภาพ จึงจะเห็นได้ว่าปัญหาดังกล่าวนี้นอกจากจะทำให้คุณภาพชีวิต และปีสุขภาวะของประชาชนที่สูญเสียไปแล้ว ยังก่อให้เกิดประเทศต้องสูญเสียรายได้ และโอกาสในการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ อีกด้วย (กรมควบคุมโรค, 2561, น. 1-2)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทยนั้นพบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรมากถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วระหว่าง พ.ศ.2555 กับ พ.ศ. 2559 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น 4 โรคด้วยกัน พบว่า โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากรเป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560, น. 8-9)

ความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท เท้า หัวใจ สมองและหลอดเลือด จะมีผลกระทบต่อสังคมอันเนื่องมาจาก อัตราการเสียชีวิต และคุณภาพของประชากรที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้โรคเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกัน และรักษา โดยได้กำหนดไว้ในตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้ง ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งได้จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี 2560 คณะรัฐมนตรีได้มีการอนุมัติหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้มีการบูรณาการในการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน (ชัชฉัตร รัตสาร, 2560, น. 2) ทั้งนี้จากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้มีเพียง (41.75) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคได้ดีพอ ซึ่งอาจนำมาซึ่งสามารถสาเหตุของการเสียชีวิต และคุณภาพได้ในอนาคต

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ 2561 ของจังหวัดเพชรบูรณ์นั้นสอดคล้องกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศ โดยพบว่าประชากรส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด 439.45 ต่อพันประชากร รองลงมาคือ โรคกระดูก และกล้ามเนื้อ 320.59 ต่อพันประชากร และโรคเบาหวาน 273.58 ตามลำดับ ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้นมีเพียงร้อยละ 44.83 ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่ามักพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มวัยของผู้สูงอายุเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงไม่สามารถยุติการดำเนินการของโรคได้ซึ่งจะทำได้เพียงการดูแลไม่ให้โรคเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความรุนแรงเพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุ

การตายจำแนกตามกลุ่มอายุของประชาชนจังหวัดเพชรบุรี ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักพบว่าเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2561, น. 22-23)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันนั้นกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 ได้แสดงให้เห็นถึงประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก โดยประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 5 ต่อปีโดยประมาณ และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากกว่าร้อยละ 6 ต่อปี จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เต็มรูปแบบอีกในอีก 5 ปี ข้างหน้าโดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะสูงกว่าร้อยละ 20 และในอีก 20 ปี ข้างหน้าสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะสูงมากขึ้นถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวการที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมจะบ่งบอกถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาจอยู่ในภาวะเปราะบาง ซึ่งหนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน จำนวนผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม ถึงแม้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะสามารถช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก (ลัดดา คำริการเลิศ, 2559, น. 3-5)

ทั้งนี้จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรทั้งหมดจะพบว่าการที่มีอายุยืนยาวไม่ได้แสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552, น. 9-10) โดยสถานะสุขภาพในจังหวัดเพชรบุรีจากฐานข้อมูล Health Data Center ของจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 45.04 และมีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย

อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดเพชรบุรีในปีงบประมาณ 2561 นั้นพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 45.13 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี ร้อยละ 21.88 และกลุ่มอายุ 40 – 49 ร้อยละ 9.31 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มมากยิ่งขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และมีความรุนแรงกว่าในช่วงวัยอื่นๆ หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องย่อมนำมาซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญต่างๆ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด สมองอาจเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก ไตอาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เกิดภาวะ

เสื่อมของหลอดเลือดแดงในลูกตา หรือภาวะหลอดเลือดแข็งตัว จากสถานการณ์ในจังหวัดเพชรบุรี ช่างต้นพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันมากถึงร้อยละ 2.15 นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันแล้ว ยังพบว่ามีการไตเสื่อมรายใหม่ ร้อยละ 15.34 และมีสภาวะไตเสื่อมระยะที่ 5 ร้อยละ 3.26 ระยะที่ 4 ร้อยละ 7.51 และระยะที่ 3 ร้อยละ 33.39 ในส่วนของสาเหตุการเสียชีวิตพบการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 7.61 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 5.47 สาเหตุที่สำคัญของปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค มักมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และความรุนแรงเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องในอดีตซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพ และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม อาหารหวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ของตนเอง และขาดความตระหนักถึงสถานะสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เมื่อมีอายุมากขึ้นจนเข้าสู่ช่วงวัยผู้สูงอายุปัจจัยทางด้านกายภาพ หรือลักษณะทางชีวภาพต่างๆ เริ่มมีการเสื่อมสภาพลงน้อยถอยลงตามวัยทำให้การดำเนิน โรคยิ่งทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น แรงจูงใจ ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ หรือการจัดการสุขภาพของตนเองที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมให้โรครุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง หรือโดยบุคคลในครอบครัว เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลพึงมี และมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ โดยทั่วไปแล้วมนุษย์มักจะมีความต้องการพื้นฐานตามธรรมชาติอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหนึ่ง ในความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เนื่องจากบุคคลไม่สามารถอยู่ด้วยตนเองเพียงผู้เดียวได้ในสังคม จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในด้านการช่วยเหลือสนับสนุน พึ่งพาอาศัยกัน หรือขัดแย้งกัน โดยด้านสุขภาพะนั้นมักพบว่าการมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมักมีการเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม แรงจูงใจในการแสดงออก

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึงการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์แนวคิดของความสัมพันธ์ทางสังคมที่ได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม เรื่อง Social Relationships and Health ของ Sheldon Cohen (2004, pp. 676-684) ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาดังกล่าว ได้มีการค้นพบว่าสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลรอบข้างของผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงต่อสถานะสุขภาพ และส่งผลไปถึงความรุนแรงของโรค เช่น การเชื่อมต่อทางสังคมระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง โดยความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ความเชื่อใจไว้ใจของผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง หรือแม้กระทั่งความสัมพันธ์ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย มักจะมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น และแรงจูงใจในการแสดงออกถึงพฤติกรรม ทั้งนี้บุคคลรอบข้างของผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลใน

ครอบครัว ญาติ พี่น้อง กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งในการศึกษานี้จะเป็นการศึกษาในด้านของปัจจัยกระบวนการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยภายในบุคคล โดยผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น มีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และพัฒนาประเทศต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

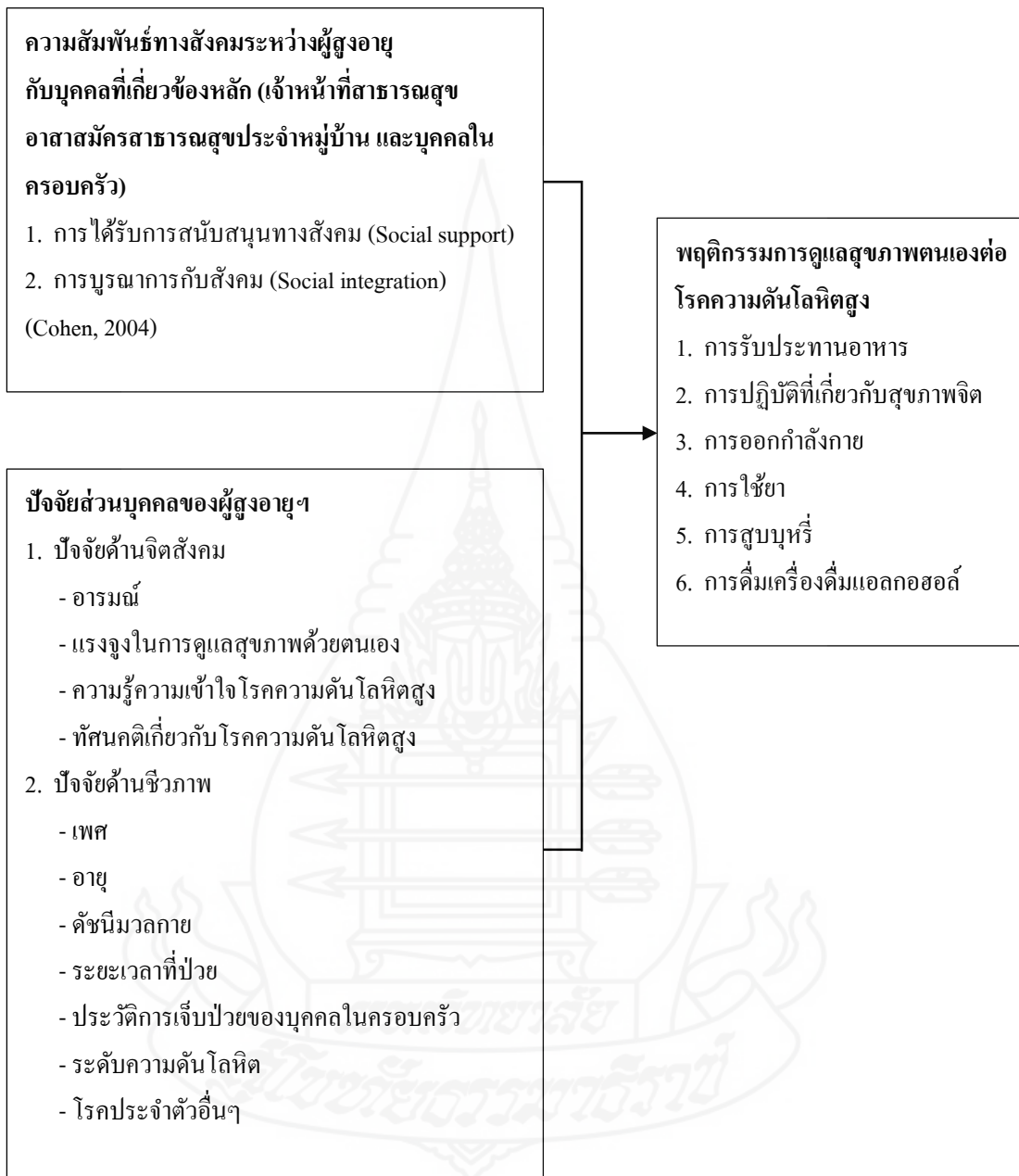
2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคลด้านชีวภาพและด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมครอบคลุมมิติการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการบูรณาการทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุดังกล่าวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

2.3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. สมมุติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ต่อโรคความดันโลหิตสูง

4.2 ปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ต่อโรคความดันโลหิตสูง

4.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีที่มีชื่อ และอยู่อาศัยจริงในพื้นที่ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ระหว่างเดือน มิถุนายน - เดือน กรกฎาคม 2562 จำนวน 21,257 ราย (สำนักสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2562) โดยมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 ราย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การดูแลสุขภาพร่างกายในการป้องกันให้อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ หรือไม่ให้ความรุนแรงของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

6.1.1 ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การควบคุม หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลต่อการเพิ่มความรุนแรงของโรค เช่น อาหารที่มีไขมันสูง และการเลือกรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมของส่วนประกอบ มีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

6.1.2 ด้านสุขภาพจิต หมายถึง การทำจิตใจให้ผ่อนคลายปราศจากความเครียด โดยกิจกรรมที่ชื่นชอบ สนใจ ร่วมกับบุคคลรอบข้าง

6.1.3 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง มีกิจกรรมในการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกแรงที่ทำให้รู้สึกเหนื่อย หรือมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง

6.1.4 ด้านการใช้ยา หมายถึง การใช้ยาเพื่อรักษาโรคตามคำแนะนำจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการตรวจ สังเกตอาการความผิดปกติต่างๆของตนเอง

6.1.5 ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การงดการสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่

6.1.6 ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด

6.2 ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่

6.2.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมทางด้านจิตใจ ในการช่วยเหลือด้านความเครียด เช่น การได้รับการช่วยเหลือ การได้รับคำแนะนำ การได้รับความไว้วางใจ

6.2.2 การบูรณาการทางสังคม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วม หรือการไปมีความสัมพันธ์ในสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และการเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม รวมทั้งความรู้สึกผูกพันกับสังคม

6.3 ปัจจัยภายในบุคคล หมายถึง บริบทพื้นฐานลักษณะของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือทางด้านจิตสังคม และทางด้านชีวภาพ

6.3.1 ด้านจิตสังคม

1) **อารมณ์** หมายถึง สภาวะความรู้สึกทางจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งทางบวก และทางลบ ที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความเครียด ความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สบายใจหรือความสบายใจ ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์

2) **แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง** หมายถึง แรงกระตุ้นภายในตนเองเช่น ความต้องการ ความสนใจ และแรงกระตุ้นจากภายนอก เช่น ความคาดหวัง ผลกระทบของโรค ที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดพฤติกรรมความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง

3) **ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิด ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลป้องกันความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

4) **ทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรู้สึกดี หรือออกดีของผู้สูงอายุที่แสดงออกทางความรู้สึกที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง

6.3.2 ด้านชีวภาพ

- 1) เพศ หมายถึง เพศสภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
- 2) อายุ หมายถึง อายุของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) คำนีมวลกาย หมายถึง การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก และ ส่วนสูงของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้ำหนักน้อย (<18.5), น้ำหนักปกติ (18.5-22.9), ท้วม (23 – 24.9) อ้วน (25 -29.9) และ อ้วนมาก (มากกว่า 30)
- 4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา และพี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด
- 6) ระดับความดันโลหิตสูง หมายถึง การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงตามปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้ กลุ่มปกติ (<120-139/80-89), กลุ่มป่วยระดับ 1 (140-159/90-99), กลุ่มป่วยระดับ 2 (160-179/100-109) และกลุ่มป่วยระดับ 3 (>180/110)
- 7) โรคประจำตัวอื่นๆ หมายถึง โรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้สูงอายุป่วยร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก, ภาวะไตวายเรื้อรัง, ภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงในลูกตา หรือภาวะหลอดเลือดแข็งตัว, ไชมัน และเบาหวาน เป็นต้น

6.4 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีผลการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (กลุ่มติดตั้งคม) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อ โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม
 - 1.1 ความหมายของความสัมพันธ์ทางสังคม
 - 1.2 รูปแบบความสัมพันธ์
 - 1.3 ระดับความสัมพันธ์
 - 1.4 การวัดความสัมพันธ์
 - 1.5 คุณลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยทั่วไปกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง
2. ปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุ
 - 2.1 องค์ประกอบทางกาย
 - 2.2 องค์ประกอบทางจิต
 - 2.3 องค์ประกอบทางพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style)
3. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.3 ลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
 - 3.4 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 3.5 การวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
4. โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 โรคความดันโลหิตสูง
 - 4.2 แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความรุนแรง และป้องกันโรคจากภาวะแทรกซ้อน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคม

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม

1.1 ความหมายของความสัมพันธ์ทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ ได้อธิบายไว้ดังนี้

Winch, P. (2002) ให้คำจำกัดความของคำว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ของกลุ่มคนหนึ่งที่มาอยู่ร่วมกันเป็นสังคม โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว เช่นการคบค้าสมาคม การเป็นที่ยอมรับ

Baron, J. N. (1988) อธิบายว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่ต้องการติดต่อกับคนจำนวนหนึ่ง หรือการกระทำของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่มีการคบค้าสมาคม หรือการขัดแย้งกัน โดยอยู่บรรทัดฐาน กฎเกณฑ์หรือระเบียบแบบแผน ในสังคมยึดถือร่วมกัน เพื่อให้การติดต่อระหว่างกันดำเนินไปด้วยดี

Beckwith, S. (2003) อธิบายว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง สังคมรูปแบบหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน โดยการใช้เครื่องมือสื่อสารเพื่อสร้างเครือข่ายสังคมที่ไม่มีข้อจำกัดทางภูมิประเทศ เขตแดน หรือระยะทาง เพื่อสร้างกลุ่มหรือสังคมที่มีความสนใจหรือมีเป้าหมายในเรื่องเดียวกัน

Maynard, D.W. (1996) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสนิทสนมกัน อาจเป็นทางการหรือในรูปแบบส่วนก็ได้ ในรูปแบบเป็นทางการเช่น สังคมเมือง ชุมชน เป็นต้น และในรูปแบบส่วนตัว เช่น ครอบครัว เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความสัมพันธ์ทางสังคม สรุปได้ว่าความสัมพันธ์ทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ของคนตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป สามารถขยายใหญ่ได้ไม่จำกัดจำนวน โดยเป็นความสัมพันธ์ของคนที่คอยให้ความช่วยเหลือกันในด้านต่าง ๆ โดยการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นไปอย่างมีระเบียบกฎเกณฑ์และมีวัตถุประสงค์ร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

1.2 รูปแบบความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ทางสังคมหรือการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมคือความสัมพันธ์ระหว่างสองคนหรือมากกว่า Piotr Sztompka กล่าวว่า รูปแบบของความสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์นั้น เริ่มจากพฤติกรรมที่เหมือนสัตว์ เช่น การเคลื่อนไหวของร่างกายต่าง ๆ จากนั้น

จะเริ่มมีการกระทำที่มีความหมายโดยห้วงอุปสรรคที่มีสังคมเป็นตัวเชื่อม และมนุษย์จะทำการติดต่อทางสังคมโดยใช้สัญลักษณ์ที่ทำให้มีความเข้าใจในกลุ่มนั้นๆ กล่าวโดยสรุปคือ ชีวิตสังคมขึ้นอยู่กับวิธีที่เรากำหนดตัวเราเองและผู้อื่น ซึ่งอาจจะมียุทธศาสตร์แบบความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว และใช้เหตุผลในการดำเนินชีวิต Piotr Sztompka จึงสามารถอธิบายลำดับรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมไว้ในตารางนี้

	การเคลื่อนไหวทางกายภาพ	ความหมาย	มุ่งผู้อื่น	รอกการตอบกลับ	ปฏิสัมพันธ์ที่ไม่จำกัด / หายาก	การติดต่อ	การมีปฏิสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ แต่ไม่ได้วางแผน แต่ทำซ้ำ	ปกติ	การโต้ตอบที่อธิบายโดยกฎหมายประเพณีหรือประเพณี	รูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
พฤติกรรม	ใช่									
การกระทำ	ใช่	อาจจะ								
พฤติกรรมทางสังคม	ใช่	ไม่	ใช่							
การกระทำทางสังคม	ไม่	ใช่	ใช่	ไม่						
การติดต่อทางสังคม	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่					
ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่				
ปฏิสัมพันธ์ซ้ำแล้วซ้ำอีก	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่			
ปฏิสัมพันธ์ปกติ	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่		
ปฏิสัมพันธ์ที่มีการควบคุม	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	
ความสัมพันธ์ทางสังคม	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ใช่	ไม่

ภาพที่ 2.1 ลำดับรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ ของ Sheldon Cohen (2004) ได้พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคม นั้นประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางสังคม (social support) และการบูรณาการทางสังคม หรือคือ การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคม (social integration)

การสนับสนุนทางสังคม โดยหมายถึง การสนับสนุนข้อมูล การจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่รับมือกับปัญหา ในรูปแบบของคำแนะนำหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาของคน ๆ หนึ่ง การสนับสนุนทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของความเห็นอกเห็นใจความเอาใจใส่ความมั่นใจและความไว้วางใจและให้โอกาสในการแสดงออกทางอารมณ์และการระบาย

การบูรณาการทางสังคมซึ่งจะหมายถึง การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุดัดตนด้วยบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลต่อสุขภาพในรูปลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้

ปัจจัยทั้ง 2 ด้านดังกล่าวจะเป็นแรงเสริมทางด้านบวกต่อการที่บุคคลจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งในทางกลับกันนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบ จะเป็นแรงที่สนับสนุนก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ ก่อให้เกิดพฤติกรรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

1.2.1 ประเภทของความสัมพันธ์

การศึกษาเกี่ยวกับประเภทของความสัมพันธ์ พบว่า โดยทั่วไปมนุษย์เราจะความสัมพันธ์ในหลายประเภท ซึ่งแต่ละประเภทก็ขึ้นอยู่กับกลุ่มของผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย

จากการศึกษาบทบาทของความสัมพันธ์ทางสังคมในการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV และผลกระทบต่อการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ในจีน Shan Qiao (2015, pp. 115-127) พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีผลต่อกระบวนการรักษาทั้งทางบวก และทางลบ ได้แก่

1) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ กับผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการบำบัด ในการปฏิบัติการรักษาผู้ติดเชื้อ HIV แพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อในอุดมคติของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ความรับผิดชอบของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยให้แน่ใจว่าพวกเขาใช้ความสามารถระดับมืออาชีพในการรักษาผู้ป่วย ความไว้วางใจของผู้ป่วยในความเชี่ยวชาญและอำนาจหน้าที่ของแพทย์ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพกับแพทย์ในระหว่างกระบวนการบำบัดในแง่ของการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลกับแพทย์การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลตนเอง

สำหรับผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธ และรู้สึกโดดเดี่ยวจากครอบครัวของพวกเขา การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ เป็นสิ่งสำคัญในการรักษาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต นอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์การสนับสนุนจากแพทย์อาจรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์การสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา HIV และการสนับสนุนทางการเงิน (โดยการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อบรรเทาภาระทางการเงิน) การสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์สามารถส่งผลกระทบต่อการยึดมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วย

2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว กับผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวเป็นตัวกำหนดกระบวนการบำบัดผ่าน กลไกการสนับสนุนทางสังคมการบูรณาการทางสังคมและบรรทัดฐานทางสังคม ครอบครัวควรจะเป็น แหล่งที่มาหลักของการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV อาจพึ่งพา อย่างไรก็ตาม กระบวนการและผลที่ตามมา การสนับสนุนการแสวงหาอาจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ที่เกี่ยวข้องในความสัมพันธ์ที่แน่นอน บางครอบครัวยอมรับผู้ป่วย HIV และให้การสนับสนุนทุกประเภท บางครอบครัวปฏิเสธและขับไล่ผู้ป่วยออกจากครอบครัว บางผู้ป่วยเลือกที่จะไม่ขอความช่วยเหลือ หรือแม้แต่มุ่งใจคิดกันตนเองจากครอบครัวเพื่อปกป้องคนที่รักของพวกเขา ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าบุคลากรด้านการแพทย์มีบทบาทมากที่สุดในการวางแผนรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ความรู้และดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจุบันมีการดำเนินงาน โดยทีมหมอครอบครัว ดูแล ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จากประสบการณ์พบว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้พิจารณาแล้วว่าถึงนั้น ส่งผลดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีสัมพันธภาพที่ดี เป็นมิตรต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยากมารับบริการ รักษา กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านนั้น มากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มุ่งแต่รักษาโรคทางกายเพียงอย่างเดียว

1.2.2 ปัจจัยในการกำหนดความสัมพันธ์

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในการกำหนดความสัมพันธ์ พบว่า ในการที่บุคคลจะเลือกสร้างความสัมพันธ์กับใคร ได้รับความสนใจมากในหมู่ของนักสังคมจิตวิทยา ซึ่งได้มีการพัฒนาทฤษฎีข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นที่สามารถนำไปใช้อธิบาย ได้ดังนี้ (Organ & Hammer, 1982)

1) การเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

(1) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน

ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้อธิบายถึงการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในลักษณะของกำไรและต้นทุน โดยที่กำไร หมายถึง สิ่งที่เราได้จากการที่ไปมีความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น ในขณะที่ต้นทุน จะหมายถึง ลักษณะของความไม่พึงพอใจใน ซึ่งบุคคลจะมีการประเมิน กำไรจาก ความสัมพันธ์โดยหลักการ 2 ประการ ซึ่งได้แก่ ระดับของการเปรียบเทียบในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เคยได้จากการไปมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอดีตเมื่อเปรียบเทียบกับ ปัจจุบัน และระดับการเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่น ๆ ซึ่งในปัจจุบัน มักจะหมายถึงว่าการที่บุคคลใดก็ได้แล้วแต่ จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้ใดผู้หนึ่งแล้วมันจะต้องคำนึงถึงว่า ระหว่างบุคคลต่างๆ ที่แวดล้อมอยู่ผู้ใด จะทำให้ได้รับสิ่งที่ตนเองต้องการมากที่สุด ทั้งนี้ไม่ว่าความสัมพันธ์กับบุคคลปัจจุบันนั้นจะก่อให้เกิด ผลดีแค่ไหนก็ตาม หากบุคคลคิดได้ว่าการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลใหม่ให้ผลตอบแทนที่ดี กว่าเดิม บุคคลนั้นก็จะมีความโน้มที่จะไปสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลใหม่ หรือกลุ่มใหม่ ในทาง ตรงข้ามหากแม้ว่าในความสัมพันธ์ของปัจจุบันจะทำให้สร้างความไม่พอใจขนาดใดก็ตาม บุคคลนั้น ก็ยังคงรักษาความสัมพันธ์ดังกล่าวไว้ หากได้เปรียบเทียบแล้วว่าพบว่าการสร้างความสัมพันธ์กับ บุคคลใหม่อาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ร้ายกว่าเดิม

(2) ความคล้ายคลึงของเจตคติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ใดที่มีลักษณะของเจตคติ ที่คล้ายกัน มักจะมีแรงดึงดูดเข้าหากันและกัน โดยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการคบหาระหว่างบุคคล

(3) การเพิ่มความแตกต่างให้เกิดสมบรูณ์ ในบางกรณีมักจะพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกิดขึ้นได้แม้พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมาก โดยสิ้นเชิง ซึ่งใน ลักษณะเช่นนี้ มักอธิบายได้ด้วยแนวทางของการเติมให้เกิดสมบรูณ์ จะกล่าวว่าลักษณะของบุคคลที่ แตกต่างกันนั้นจะสามารถในการตอบสนองความต้องการของอีกฝ่ายได้ ซึ่งในความต่างนั้นจะ เปรียบเสมือนเป็น สิ่งดึงดูดใจให้อีกฝ่ายหนึ่งเกิดความต้องให้เข้ามา มีการสร้าง และพัฒนา ความสัมพันธ์ด้วย โดยทฤษฎีนี้จะสอดคล้องกับทฤษฎีของการแลกเปลี่ยนเนื่องจากรูปแบบของอีก ฝ่ายหนึ่ง โดยซึ่งจะถือได้ว่า เป็นกำไรของอีกฝ่ายที่ไม่ได้เป็นเจ้าของในรูปแบบของลักษณะนั้น

(4) การเปรียบเทียบทางสังคม โดยจะอธิบายทฤษฎีดังกล่าวนี้ได้ว่า บุคคลแต่ละบุคคลมักจะมี ความต้องการในการที่จะประเมินตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีการทดสอบ ตนเองกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อที่จะให้ทราบว่าสิ่งที่ตนเองมี หรือคิด สอดคล้องกับความเป็นจริงใน สังคมหรือไม่ และการที่จะกระทำเช่นนี้ได้จำเป็นที่จะต้องมีการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น ๆ

(5) แบบเสริมแรง ซึ่งทฤษฎีนี้ได้เสนอว่า ความดึงดูดระหว่างบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งมาจากประสบการณ์ในอดีตที่ได้รับ การเสริมแรงเมื่อบุคคลไปมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลมักจะชอบบุคคลที่มีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้ตนเองนั้นเกิดความพึงพอใจ จึงได้เกิด

ทฤษฎีที่ว่า ปฏิกริยาซึ่งเป็นความชอบพอของบุคคลที่จะมีการตอบสนองต่อบุคคลหรือวัตถุเกิดขึ้นได้โดยการวางหรือกำหนดเงื่อนไขด้วยความใกล้ชิดในแง่ของพื้นที่ หรือเวลา ตัวอย่างเช่น บุคคลอาจไปมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อใครคนใดคนหนึ่งได้เพราะว่าบุคคลนั้นได้เข้ามาปรากฏตัวอยู่ในขณะที่เรามีประสบการณ์ที่น่ายินดี และมีความพึงพอใจ

2) สาเหตุโดยทั่วไปของการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสำหรับสาเหตุโดยทั่วไปที่ควรจะนำมาพิจารณาประกอบด้วย

(1) การมีจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องกัน การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งนั้นอาจจะเกิดขึ้นได้เพราะการมองเห็นประโยชน์ในตัวบุคคลนั้น ซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ที่จะได้รับทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าบุคคลทั้งคู่มีจุดมุ่งหมายที่เข้ากันได้

(2) ความต้องการใฝ่สัมพันธ์ การที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ว่าการไปมีความสัมพันธ์กับบุคคลใดก็ตามที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองที่จะได้รับ ความรัก ความเป็นมิตร และการ ได้ผูกพัน บุคคลดังกล่าวก็จะมีแนวโน้มที่จะเข้าไปสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นๆ

(3) ความพอใจในกิจกรรมของบุคคลอื่น เป็นกรณีที่บุคคลอื่นทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วสร้างความพึงพอใจให้กับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มีบุคคลอื่นเข้ามาสร้างความสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากการเข้ามีความสัมพันธ์ด้วยนั้นจะก่อโอกาสให้ได้เข้าไปทำกิจกรรมที่ตนมีความพึงพอใจ

(4) การส่งเสริมสถานภาพส่วนตัว เกิดจากบุคคลนั้นๆ มีสถานภาพหน้าตาทางสังคม หรือเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเหตุปัจจัยในการดึงดูดให้เข้าไปสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นด้วย เนื่องจากอาจได้รับเกียรติ และการยกย่องว่าเป็นพวกเดียวกันกับบุคคลนั้นๆ ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นๆ ไม่น่าสนใจ หรือดึงดูดที่จะเข้าไปมีความสัมพันธ์ด้วย

(5) การลดความวิตกกังวล เป็นสาเหตุหนึ่ง ในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงเพื่อลดความวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งเกิดจากความรู้สึกตนเอง ที่รู้สึกได้ว่ามีความไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่โดยลำพัง โดดเดี่ยว ความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวนี้มักจะเกิดขึ้นได้ง่ายเมื่อบุคคล มีความรู้สึกว่าคุณู หรือถูกทำให้กังวลใจ ซึ่งการเข้าร่วมกับบุคคลอื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าวที่ว่ามันลดลงเพราะบุคคลอื่น ๆ มีความกังวลเช่นเดียวกับตนเอง หรือเป็นไปได้ว่าเมื่อบุคคลอยู่ร่วมกันก็สามารถจะหาหนทางในการจัดการกับความวิตกกังวลดังกล่าวนี้ อย่างไรก็ตามหากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความกังวลร่วมกับอับอาย บุคคลก็มักจะมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวตามลำพังมากกว่าอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น

(6) การใช้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นเครื่องมือสำหรับการบรรลุ จุดมุ่งหมายส่วนตัวการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนั้น เป็นไปได้อีกเช่นกันที่บุคคลจะกระทำไปเพียงเพราะ เป็น ช่องทางที่ทำให้ตนเองได้ประโยชน์ และบรรลุวัตถุประสงค์ส่วนตัวของตนเอง ได้โดยที่ไม่ได้มีความพึงพอใจในตัวบุคคลนั้นเลย

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในการกำหนดความสัมพันธ์ สรุปได้ว่า ปัจจัยในการกำหนดความสัมพันธ์ สามารถจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ทฤษฎีอธิบายการเกิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบไปด้วย ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน ความคล้ายคลึงของเจตคติ การเติมความแตกต่างให้สมบูรณ์ การเปรียบเทียบทางสังคม และตัวแบบเสริมแรง ลักษณะที่สอง คือ สาเหตุโดยทั่วไปของการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การมีจุดมุ่งหมายที่ สอดคล้องกัน ความต้องการใฝ่สัมพันธ์ ความพอใจในกิจกรรมของผู้อื่น การส่งเสริมสถานภาพ ส่วนตัว การลดความวิตกกังวล และการใช้ความสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นเครื่องมือสำหรับการบรรลุ จุดมุ่งหมายส่วนตัว

1.3 ระดับความสัมพันธ์

การศึกษาเกี่ยวกับระดับความสัมพันธ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชีวิต ของมนุษย์ต้องมีความสัมพันธ์อยู่กับบุคคลมากมายหลากหลายประเภท ซึ่งล้วนมีปทัสถานในการ ปฏิบัติที่แตกต่างกันไป นักวิชาการได้จัดจำแนกประเภทความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยอาศัย ระดับความสัมพันธ์เป็นเกณฑ์ จากผิวเผินไปสู่ลึกซึ้ง การจัดประเภทเช่นนี้จะทำให้เรารู้ล่วงหน้าว่า จะคาดหวังอะไรจากกันและกันได้และจะเตรียมตัวติดต่อกันอย่างไรจึงจะไม่เกิดปัญหา ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลในที่นี้จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ

1.3.1 คนรู้จัก คนรู้จักนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน การสื่อสารกันมักเป็นเรื่อง ของข้อเท็จจริงและจาก ข้อเท็จจริงก็จะประเมินว่า ควรจะสร้าง ความสัมพันธ์ ในระดับต่อไปหรือไม่ คนรู้จักกันนั้นจะใช้วิธีในการสื่อสารเพื่อหาข้อเท็จจริงระหว่างกันใน 3 ประเภท

ประเภทที่ 1 เป็นการตั้งรับ หมายถึง ใช้การสังเกตการกระทำของคนอื่น แทนที่จะซักถามหรือเข้าไปร่วมในสถานการณ์

ประเภทที่ 2 แบบรุก หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการกับ สถานการณ์ทางสังคมเพื่อให้ได้รับข้อมูลมากขึ้น เช่น ใช้การคุย การถาม หรือการสัมภาษณ์

ประเภทที่ 3 แบบปฏิสัมพันธ์ หมายถึง คือการใช้การสื่อสารเพื่อเป็นการ แลกเปลี่ยน ข้อเท็จจริง ข้อมูล และความคิดเห็นระหว่างกัน และกัน ควบคู่กันไปกับการสังเกต

(Berger, 1978)

จากข้อมูลที่ได้มาไม่ว่าจะโดยวิธีใด คนเราจะใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อกรองว่าเราจะสัมพันธ์กับคนผู้นั้นต่อไปใน ระดับใด ความสัมพันธ์อาจเป็นไปในระดับเดิมหรือเพิ่มระดับไปสู่ความลึกซึ้ง หากข้อมูลที่ได้รับมาก่อนให้เกิดความพอใจ แต่หากข้อมูลที่ได้รับมาเป็นข้อมูลที่ไม่น่าพอใจเราก็อาจเลือกที่จะไม่พบกันต่อไปอีก

1.3.2 เพื่อน เป็นคำที่พบบ่อยแต่การให้ความหมายของคำว่าเพื่อนนั้นยาก เพราะเพื่อนเป็นบทบาทของบุคคลที่เกิดขึ้นได้ในคู่ของความสัมพันธ์ทุกประเภท ตั้งแต่เพื่อน กับเพื่อนจริงๆ เพื่อนในระหว่างสามภรรยา เจ้านายกับลูกน้อง ครูกับลูกศิษย์ หรือแม่กระทั่งพ่อแม่กับลูก เมื่อเอ่ยถึงคำว่าเพื่อน นักมนุษยสัมพันธ์ได้เสนอว่า หมายถึงความสัมพันธ์ที่มีลักษณะพิเศษ ดังนี้ (Reardon, 1987)

1) **เพื่อนที่มีสถานภาพพิเศษในชีวิต** มักเป็นคนที่เราให้ความไว้วางใจเป็นพิเศษ ขอมอบ ในความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนจะเป็นลักษณะของความสัมพันธ์แบบไม่เอาเปรียบ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าคนเราจะ ไม่รับสิ่งใดจากเพื่อน แต่การได้สิ่งใดจากเพื่อนนั้นเป็นการได้มาโดยไม่ก่อให้เกิดฝ่ายเกิดความรู้สึกรู้สึกว่าคุณกำลังเอาเปรียบ ถูกบังคับ หรือขู่เข็ญ

2) **เพื่อนมีฐานอยู่บนความเท่าเทียมกัน** ซึ่งจะหมายถึงว่า ระหว่างความเป็นเพื่อน ไม่มีใครที่มีอำนาจหรือ อิทธิพลเหนือกว่าใคร ถึงแม้ว่าอีกคนหนึ่งจะมีสถานภาพในด้านใดด้านหนึ่งเหนือกว่า ซึ่งตรงจุดนี้มักเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีเพื่อนที่มีสถานภาพทางสังคมหรือเศรษฐกิจต่างจากตนเองมากๆ ได้ เนื่องจากอาจเกิดความขัดแย้งในระหว่างบทบาทขึ้น

3) **การยอมรับซึ่งกันและกันของเพื่อน** จะสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของอีกฝ่ายหนึ่งว่าคล้อย โดยเป็นไปตามกฎของความเป็นเพื่อนหรือไม่ ซึ่งดังกล่าวโดยทั่วไปแล้วจะประกอบด้วย

- (1) บอกให้เพื่อนรู้เมื่อมีข่าวที่เกี่ยวกับความสำเร็จ
- (2) แสดงการสนับสนุนทางอารมณ์
- (3) เสนอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- (4) พยายามทำให้มีความสุขเมื่ออยู่ร่วมกัน
- (5) เสนอตัวทำงานแทนถ้าเพื่อนขาดไป

อย่างไรก็ตามนักวิชาการบางท่านได้สำรวจกฎดังกล่าวและเสนอว่ากฎเหล่านี้ตั้งขึ้นมาเพื่อให้รางวัลสำหรับความเป็นเพื่อน โดยพยายามหลีกเลี่ยง ความขัดแย้งซึ่งเป็นปรากฏการณ์อีกด้านหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างเพื่อน สำหรับการที่ยอมรับใครเข้ามามีความสัมพันธ์ในระดับเพื่อนนั้น เป็นไปตามทฤษฎีการเกิดความสัมพันธ์และสาเหตุการเกิดความสัมพันธ์ ซึ่งจะได้อีกต่อไป

1.3.3 ระดับลึกซึ้ง ความสัมพันธ์ในระดับนี้เป็น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เปิดตนเองต่อกันมากขึ้นต่อกัน และกันสูง มีเรื่องของอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องมาก ความสัมพันธ์เช่นนี้ปรากฏอยู่ในสามิ-ภรรยา พ่อแม่-ลูก พี่-น้อง เพื่อนสนิท คู่รัก หรือลักษณะอื่น ๆ มีข้อค้นพบที่น่าสนใจสำหรับความสัมพันธ์ประเภทนี้ ดังนี้

1) คู่สัมพันธ์ระดับลึกซึ้งมักคาดหวังจากกันและกันสูง เกินกว่าขอบเขตที่เป็นจริง เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดก็มักกล่าวโทษอีกฝ่ายหนึ่ง

2) ความสัมพันธ์ระดับนี้มีได้ขึ้นอยู่กับคู่สัมพันธ์อย่างเดียว การสื่อสารจากคนอื่น ๆ ก็มี อิทธิพลต่อความสัมพันธ์นั้นด้วย

3) ความสัมพันธ์ระดับลึกซึ้งที่เรียกว่าความรักนั้น จำแนกได้เป็น 3 ประเภทย่อย และแต่ละประเภทก็มีลักษณะต่างกัน ดังนี้

(1) รักแบบหลงใหล โดยในปกติจะอยู่นอกเหนือการควบคุม ซึ่งจะเป็นเรื่องของอารมณ์มากกว่าการมีความเป็นเหตุเป็นผล โดยมักจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองที่ฉับพลัน ก่อให้เกิดพฤติกรรมระหว่างคู่สัมพันธ์ โดยเป็นการพยากรณ์ล่วงหน้าไม่ได้ และไม่ใช่อานของความสัมพันธ์ที่ยั่งยืน ซึ่งการได้อยู่ร่วมกันเป็นประจำหรือการที่ได้มีความสัมพันธ์ทางเพศสม่ำเสมอจะทำให้ความตื่นเต้นอันเกิดจากความหลงใหลในความสัมพันธ์นั้นลดน้อยถอยลง

(2) รักแบบความจริง เป็นความรักที่มีพัฒนาในความสัมพันธ์มาจากแบบแรก เกิดขึ้นทีละน้อย และอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มีการตอบแทนกันและกัน มองความสัมพันธ์ในลักษณะสมดุล

(3) รักแบบเอื้ออาทร เป็นรักที่เกิดจากแรงจูงใจภายใน ซึ่งจะมีส่วนเพิ่มชีวิตชีวาให้กับความรักแบบที่สอง

(4) พฤติกรรมที่สื่อให้เห็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง จะเป็นไปได้ทั้งในลักษณะของภาษาถ้อยคำ และท่าทาง ภาษาเหล่านี้สื่อให้เห็นว่า คู่สัมพันธ์มีความใกล้ชิดกัน ทั้งกายและใจ อาจเห็นได้จากการมองตา การใช้เวลาอยู่ร่วมกันมาก การยิ้ม การยื่นมือไปจับมือ หรือการสัมผัส เป็นต้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับระดับความสัมพันธ์ สรุปได้ว่า ระดับความสัมพันธ์จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ คนรู้จัก เป็นรูปแบบการสื่อสารเพื่อหาข้อเท็จจริงจากกันและกัน ใน 3 ประเภท ได้แก่ การตั้งรับ แบบรุก แบบปฏิสัมพันธ์ ระดับที่สอง คือ เพื่อน จำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ เพื่อนมีสถานะพิเศษในชีวิต เพื่อนมีฐานอยู่บนความเท่าเทียมกัน และเพื่อนต้องยอมรับซึ่งกันและกัน ระบบสุดท้าย คือ ระดับลึกซึ้ง โดยความสัมพันธ์มักจะมีลักษณะอยู่ในรูปแบบของความสัมพันธ์ของ คู่สามิ-ภรรยา พ่อแม่-ลูก พี่-น้อง เพื่อนสนิท คู่รัก โดยความสัมพันธ์ระดับลึกซึ้ง

จะมีลักษณะดังต่อไปนี้ คู่สัมพันธ์ระดับลึกซึ่งมักคาดหวังจากกันและกันสูง ความสัมพันธ์ระดับนี้มิได้ขึ้นอยู่กับคู่สัมพันธ์อย่างเดียว พฤติกรรมที่สื่อให้เห็นความสัมพันธ์ลึกซึ้ง และความสัมพันธ์ระดับลึกซึ่งที่เรียกว่าความรัก ซึ่งจำแนกได้เป็น 3 ประเภทย่อย รักแบบหลงใหล รักแบบความจริง และรักแบบเอื้ออาทร

1.4 การวัดความสัมพันธ์

การศึกษาเกี่ยวกับการวัดความสัมพันธ์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้น สามารถวัดความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยถูกออกแบบมาเพื่อสรุปทั้งแง่มุมเชิงปริมาณและคุณภาพของเครือข่ายความสัมพันธ์ของบุคคล SRS เป็นมาตราส่วนการบริหารจัดการตนเองที่ได้รับการแนะนำโดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว ซึ่งผู้สูงอายุจะถูกสอบถามการเปลี่ยนแปลงชีวิต/ความเครียดที่อาจเกิดขึ้นหลังการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โรคความดันโลหิตสูงตัวต่อตัวระหว่างบุคคล โดยเกณฑ์ให้คะแนนของการวัดความสัมพันธ์ครั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามจะบันทึกชื่อย่อของผู้สูงอายุที่พวกเขาพูดคุยและระบุประเภทของความสัมพันธ์ (เช่น คู่สมรส หรือครอบครัวที่ใกล้ชิด) จากนั้นพวกเขาให้คะแนนความสัมพันธ์ และนำคะแนนความสัมพันธ์ไปหาค่าเฉลี่ย เพื่อประเมินความสัมพันธ์ต่อไป ซึ่งความน่าเชื่อถือของเครื่องมือการวัดความสัมพันธ์ครั้งนี้ได้รับการประเมินใน 73 คนหลังจากช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ ความสัมพันธ์ของความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ อยู่ในช่วง 0.62 ถึง 0.99 ถือว่าผ่านเกณฑ์นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ (Alan Mcfarland, 1981)

การศึกษาเกี่ยวกับการวัดความสัมพันธ์ สรุปได้ว่า การวัดความสัมพันธ์ สามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งการวัดมีเครื่องมือวัดความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ได้รับการเชื่อมั่นอยู่แล้วผู้วิจัยจึงสามารถนำแบบทดสอบการวัดนี้ไปใช้ในการวัดความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุได้

1.5 คุณลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยทั่วไปกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุนั้นยังมีความต้องการมีความสัมพันธ์กับทางสังคม เนื่องจากมีความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม และหมู่คณะ เพื่อไม่ให้เกิดความเหงาในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังนั้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ จึงมีนักวิชาการให้แบ่งความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยทั่วไปกับบุคคลที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1.5.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข (2559) กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุในท้องถิ่นได้รับการดูแล โดยเริ่มต้นจากสำรวจค้นหาผู้สูงอายุที่ป่วย และวางแผนการดูแลร่วมกับพัฒนาสังคมจังหวัด เพื่อดูแลสุขภาพ

และความเป็นอยู่ควบคู่กัน ไป ทั้งนี้ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจะมีการเร่งพัฒนาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข คือ ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ซึ่งจะเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่เข้าเกณฑ์และผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ทำหน้าที่วางแผนการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุตามที่วางแผนไว้ ซึ่งจะทำหน้าที่ต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยจะดูแลเรื่องร่างกาย โภชนาการ สุขอนามัย

ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา (2561) กล่าวว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำ โดยเน้นการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และความร่วมมือภาคีเครือข่าย โดยทำการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพื่อนำไปสู่การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นอกจากความมุ่งมั่นและตั้งใจของทีมแพทย์และสหวิชาชีพเพื่อดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่แล้ว ยังเกิดจากความร่วมมือของเครือข่ายหน่วยบริการ ทั้งคลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลที่ได้มีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันยังช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วย

จึงสามารถสรุปได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยการมีทีมช่วยขับเคลื่อนดูแลผู้สูงอายุโดยร่วมกับสหวิชาชีพ และความร่วมมือภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยช่วยแก้ไขสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการเพื่อลดการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.5.2 ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว

สันติ แซ่ลี (2559) ได้กล่าวว่า ครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากลักษณะครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากที่ถูกทอดทิ้งให้รับภาระเลี้ยงดูหลาน เนื่องจากพ่อแม่ไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยควรจะได้พักผ่อน ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กที่ยังช่วยตนเองไม่ได้ ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเองก็ต้องได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน ครอบครัว จึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด โดยที่ครอบครัวไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรส แต่ควรดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และเป็นครอบครัวเดียวกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูหลาน อีกทั้งคนในครอบครัวจึงควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับ

แรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหารเชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้ และเอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกายหรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย หากเจ็บป่วย ครอบครัวจึงควรดูแลอย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

บัวทอง พัฒนถาบุตร (2562) ยังกล่าวอีกว่า ความอบอุ่นในครอบครัว ที่มี ลูกหลานน่ารัก และการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นยาอายุวัฒนะวิเศษสุด อีกทั้งลูกหลานจึงควร คอยดูแลเรื่องการลงบรรได อีกทั้งเรื่องสุขภาพก็สำคัญ ซึ่งหากผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ก็จะช่วยละปัญหาเบา ขา สะโพก และกระดูกได้ เช่น การให้ผู้สูงอายุทานอาหารที่มีแคลเซียม หรือ ทาน โพรตีนจากเนื้อปลา ทำให้ย่อยง่าย ไม่มีปัญหาท้องผูก และลดอาหารปวดขา เข้าได้

จึงสามารถสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับครอบครัวนั้นเป็นหนึ่ง ปัจจัยที่ควรใส่ใจเนื่องจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวไม่รู้สึกรำเหว อยู่ตัวคนเดียว หากครอบครัวไหนมีลูกหลานเล็ก น่ารัก จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งหาก ผู้สูงอายุมีความสุขทางด้านร่างกาย และจิตใจ จะส่งผลต่อการประพฤติกและปฏิบัติตนให้ร่างกายแข็งแรง

1.5.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจะคอยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัว และ ชุมชนตระหนัก ในการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเผยแพร่ความรู้ เรื่องการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งยังร่วมสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษาให้การดูแลที่ถูกต้อง และประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุ หรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาที่ พบ ดังนั้น ภารกิจที่สำคัญยิ่งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงควรเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้เป็นอย่างดี

วิไล อุดมพิทยสรรพ (2561) กล่าวว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความ เข้าใจในขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม และการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นหน้าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทำปฏิทินเตือนใจให้กิน ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในปฏิทินจะมีตัวยาสีที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการกินยาได้ อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดปัญหาการลืมกินยาหรือหยุดใช้ยาเองของผู้ป่วย การทำแบบบันทึกการ ติดตามสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดทำคู่มือให้ความรู้ ในการปรุงอาหารให้หวาน มัน เค็ม ลดน้อยลง และเพิ่มอาหารการกินมาเป็นประเภทต้ม นึ่ง ย่าง

ตลอดจนการฝึกบริหารร่างกายด้วยตนเองเพื่อสร้างภูมิร่างกายป้องกันจากภาวะโรคแทรกซ้อน ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีการประเมินอาการคนไข้ทุกสัปดาห์ โดยพบว่า ผู้ป่วย เริ่มมีพฤติกรรมกินอาหารตามคำแนะนำ และกินยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ส่วนในรายที่ประเมินแล้วมีอาการไม่ดีขึ้น จะประสานให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามาดูแล

จึงสามารถสรุปได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีเนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีหน้าที่คอยดู ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และญาติให้ประพฤติกและปฏิบัติตนในการรักษาโรคของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

1.5.4 ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน

สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล (2557) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน เป็นต้น

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2560) ได้กล่าวว่า ชุมชนช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของตนเองเพิ่มขึ้น โดยการจัดกิจกรรมการกีฬา นันทนาการ การถ่ายทอดภูมิปัญญา และส่งเสริมการรวมกลุ่มออมทรัพย์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาขีดความสามารถของตนเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม โดยการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน อีกทั้งชุมชนร่วมอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ให้กับผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ให้บริการบริการต่าง ๆ ที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย มากขึ้น

จึงสามารถสรุปได้ว่า บุคคลอื่น ๆ และชุมชน จะให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ให้ได้รับความสะดวกเป็นอย่างดี อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น การออกกำลังกาย เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ให้สิทธิในการบริการสุขภาพ และการเข้าถึงสิทธิและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยภายในบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยภายในคือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลโดยตรงซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยภายในมักจะประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 อย่างประการด้วยกัน คือ องค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนี้

2.1 องค์ประกอบทางกาย

เป็นองค์ประกอบที่เป็นมาตั้งแต่เกิด และจะเป็นอยู่เช่นนี้ ตลอดไปโดยไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

2.1.1 พันธุกรรม เป็นการถ่ายทอดลักษณะทางกายทางพันธุกรรมทำให้มีผลต่อสุขภาพในวัยสูงอายุ ทั้งในทางบวกและทางลบ ผลทางบวกเช่น การมีอายุยืนยาวเชื่อว่าเป็นพันธุกรรม ส่วนผลในทางลบคือ โรคที่ถ่ายทอดมาทางยีนส์ เช่น เบาหวาน ฮีโมฟีเลีย ทาลัสซีเมีย เป็นต้น

2.1.2 เชื้อชาติ บางเชื้อชาติป่วยเป็นโรคบางโรคมกกว่าเชื้อชาติอื่นๆ เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด เป็นในคนผิวดำมากกว่าผิวขาว

2.1.3 เพศ ซึ่งโรคบางโรคพบบ่อยในเพศใดเพศหนึ่ง เช่น เพศหญิง จะพบ นิ้วในถุงน้ำดี โรคของต่อมไทรอยด์ โรคกระดูกพรุน โรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ ส่วนในเพศชาย เช่น โรคกระเพาะอาหาร ไข้เลือด โรคทางเดินหายใจ โรคจิตเสียดวงทวาร เป็นต้น

2.1.4 อายุและระดับพัฒนาการ เช่น ในวัยกลางคนอาจเป็นโรคหลอดเลือดแข็ง หัวใจตีบมากกว่าวัยหนุ่มสาว พัฒนาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ เช่น ภาระงานมักทำให้เกิดผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในทางของร่างกาย และจิตใจ ดังเช่น ความเครียดที่เกิดจากการเกษียณ ความวิตกกังวล และอาจได้รับอันตรายจากการใช้ชีวิตประจำวัน

2.2 องค์ประกอบทางจิต

2.2.1 ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน อันเนื่องมาจากหากมีการกระทบกระเทือนจากทางด้านร่างกายมักจะส่งผลกระทบต่อกระเทือนที่ส่งผลต่อจิตใจไปด้วย นอกจากนี้ องค์ประกอบทางจิตยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ได้ดังนี้

1) **อัตมโนทัศน์ (self concept)** เป็นผลรวมของความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนของแต่ละบุคคล และมีอิทธิพลอย่างมากในการแสดงพฤติกรรม อัตมโนทัศน์จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอัตมโนทัศน์ทางด้านกายภาพ (physical self) ถ้าบุคคลนั้นมองว่าตนเป็นคนมีรูปร่างหน้าตาดี ก็จะส่งผลให้มีอิทธิพลทำให้บุคคลนั้นมีความพยายามที่จะบำรุงสุขภาพร่างกายของตนให้อยู่ในสภาพที่ดี เช่นอาจจะมีการออกกำลังกาย หรือรับประทานอาหารที่มีแต่ประโยชน์เหมาะสม พฤติกรรมเหล่านี้จึงมีผลต่อสุขภาพ และจะเป็นไปตามอัตมโนทัศน์

2) **การรับรู้ (perception)** ในที่นี้หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพคือ รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเช่นไร จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ตนๆ นั้นจะกระทำ และตัดสินใจ เช่นเมื่อผู้สูงอายุ รู้สึกว่าครั้นเนื้อครั้นตัวหรือมีอาการปวดเมื่อยตามเนื้อตัว จะรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นกำลังไม่สบาย ในขณะที่บางคนเดินไม่ไหว หรือทำงานไม่ไหว จึงจะรับรู้ได้ว่าไม่สบาย ซึ่งในการรับรู้เหล่านี้จะเป็นตัวที่จะกำหนดพฤติกรรมที่จะปฏิบัติในเวลาต่อมา เช่นเมื่อรับรู้ว่ามีอาการป่วย จะหยุดงานเพื่อที่จะไปพบแพทย์ หรือเข้ารับการรักษาในแบบที่ตนเองเชื่อ ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพใน

เวลาต่อมา คำนึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่จะมีผลดีต่อสุขภาพ คือ การรับรู้ว่าจะมีคนอาจป่วยเป็นโรคได้ทั้งที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ การรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย และรับรู้ว่าคุณภาพเป็นสิ่งมีค่าเหนือสิ่งอื่นใด

3) *ความเชื่อ* ที่มาจากวัฒนธรรมทางครอบครัว ซึ่งมาจากบรรพบุรุษ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่บุคคลได้ให้ความเคารพนับถือ และเชื่อถือ เล่าต่อๆ กันมา เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ซึ่งครอบครัวของผู้สูงอายุที่เล่าต่อกันมาอาจจะกล่าวจริงหรือไม่จริงก็ได้ ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในสังคมไทยมีมากมาย เช่น เชื่อว่าถ้ารับประทานไข่มุขที่เป็นแผล จะทำให้แผลนั้นเป็นแผลเป็นที่น่าเกลียดเมื่อหาย ถ้ารับประทานข้าวเหนียวจะทำให้แผลกลายเป็นแผลเปื่อย เชื่อว่าการดื่มเบียร์วันละ 12 แก้วจะช่วยป้องกันการติดเชื้อของลำไส้ ความเชื่อเหล่านี้บางอย่างมีผลกระทบต่อสุขภาพมาก แต่บางอย่างไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ

4) *ทัศนคติ* เป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น ซึ่งการเกิดเจตคติอาจเกิดจากประสบการณ์ หรือเรียนรู้จากบุคคลใกล้เคียงก็ได้ โดยเจตคติมีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากเป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังการประพฤติปฏิบัติต่างๆ เช่น ถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสถานบริการสาธารณสุข ก็อาจจะไม่ไปใช้บริการจากสถานทีนั้น หรือเจตคติต่อการรักษาแผนปัจจุบันไม่ดีก็จะไม่ยอมรับการรักษาเมื่อป่วย เป็นต้น หรือเมื่อมีเจตคติไม่ดีต่อเจ้าหน้าที่ เมื่อเจ้าหน้าที่แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ บุคคลนั้นอาจจะไม่ยอมรับฟังหรือปฏิบัติตาม ซึ่งทำให้มีผลต่อสุขภาพได้

5) *ค่านิยม* คือการให้คุณค่าต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการประพฤติปฏิบัติของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ เช่น ค่านิยมของการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ซึ่งแสดงถึงความมีฐานะทางสังคมสูง ค่านิยมที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ คือ ค่านิยมของควมมีสุขภาพดี

6) *ความเครียด (stress)* ภาวะเครียดมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในทางบวกและทางลบ เช่น เครียดในโรคประจำตัวที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งความเครียดจะก่อให้เกิดผลทางด้านลบต่อสุขภาพได้ด้วยเช่นกัน

2.2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับอารมณ์

1) ความหมายของอารมณ์

การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของอารมณ์ พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ ได้อธิบายไว้ดังนี้

Young (1973) ได้เสนอนิยามดังต่อไปนี้ อารมณ์คือกระบวนการหรือสภาวะทางด้านความรู้สึกที่ถูกทำให้หวั่นไหว ซึ่งแสดงออกมาโดยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในกล้ามเนื้อเรียบ (Smooth muscles) ต่อมต่างๆ และพฤติกรรมรวม (Gross behavior)

การศึกษาเรื่องอารมณ์เป็นเรื่องยาก เนื่องจากต้องอนุมานจากพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง นักจิตวิทยาได้สังเกตลักษณะของอารมณ์พบว่า อารมณ์เป็นภาวะที่ไม่คงที่ มีลักษณะที่สำคัญ 4 ประการคือ (มุกดา ศรีรงค์, 2542)

(1) อารมณ์ไม่ใช่พฤติกรรมภายนอกหรือความคิดเฉพาะอย่างแต่อารมณ์เป็นประสบการณ์ความรู้สึกส่วนบุคคล

(2) อารมณ์เป็นความรู้สึกที่รุนแรงและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างไปจากการกระทำปกติทั่วไป เช่น เมื่อมีอารมณ์กลัวจะมือสั่น

(3) อารมณ์มีความซับซ้อนกว่าความรู้สึกทางร่างกายอื่นๆ บุคคลจะมีการประเมินหรือแปลความหมายของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องแล้วจึงจะเกิดอารมณ์นั้นๆ เช่น ชายคนหนึ่งเห็นสิงโตแล้วมีความรู้สึกอย่างไรขึ้นอยู่กับว่า ชายคนนั้นเห็นสิงโตเป็นสัตว์เลี้ยงที่เชื่องหรือสัตว์ป่าที่กำลังหิวกระหาย

(4) อารมณ์จะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เมื่อเรารู้สึกประหลาดใจจะเบิ่งตาโต ปากอ้า อาจยกมือปิดหน้า ส่วนการตอบสนองภายในจะมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับอารมณ์

การศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับอารมณ์ พบว่า ขณะที่มนุษย์มีอารมณ์นั้น มนุษย์ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปด้วย อย่างไรก็ตามมีปัญหาเกิดขึ้นว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านอารมณ์และร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างไร สมองหรือระบบประสาทส่วนกลางต่าง ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางอารมณ์บ้างหรือไม่ ซึ่งก็มีทั้งนักจิตวิทยา นักสรีรวิทยาได้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่องอารมณ์อย่างลึกซึ้งและสรุปเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับอารมณ์ไว้ต่าง ๆ กันดังต่อไปนี้

ทฤษฎีของ เจมส์ – เลงก์ (James – Lange Theory of Emotion) จากสามัญสำนึกของบุคคลทั่วไปจะรู้สึกว่าขณะที่บุคคลเกิดอารมณ์ต่างๆ กันนั้นจะเป็นผลให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่างๆ กัน เช่น หัวเราะ ร้องไห้ ตัวสั่น เป็นต้น แต่วิลเลียม เจมส์ (William James, 1842 – 1910) ซึ่งเป็นนักสรีรวิทยาและนักจิตวิทยาชาวอเมริกันไม่เห็นด้วยกับคำอธิบายอย่างง่าย ๆ นี้ เขามีความเชื่อว่า เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าจะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าทันทีที่พฤติกรรมดังกล่าวจะเป็นตัวจักรที่ระบุว่าตัวบุคคลนั้นกำลังเผชิญกับสภาพอารมณ์ชนิดใด เช่นทันทีที่เผชิญหน้ากับสัตว์ร้ายโดยไม่คาดฝัน บุคคลจะมีพฤติกรรมหรืออาการตัวสั่นและวิ่งหนีหลังจากพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นแล้วจึงรู้สึกตัวว่า "กลัว" ตัวอย่างดังกล่าวอาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้บ่อยๆ เช่น ขณะที่เดินลงบันได บังเอิญเท้าสะดุดขอบบันไดพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นคือ รีบคว้าราวบันไดไว้ก่อนแล้วจึงรู้สึกตัวว่าใจหายหรือ "กลัว" เป็นต้น

เป็นความบังเอิญที่ในระยะเวลาใกล้เคียงกันนั้น คาร์ล เลงก์ (Carl Lange, 1834 - 1900) ซึ่งเป็นนักสรีรวิทยาชาวเดนมาร์ก ก็ได้เผยแพร่ความคิดของเขาลงในหนังสือชื่อ Om Sindsbevaegelser ในปี ค.ศ. 1885 และมีข้อความส่วนหนึ่งที่ระบุว่า อารมณ์นั้นเป็นผลที่เกิดจากการมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ มากกว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา

เมื่อสรุปจากแนวความคิดของบุคคลทั้งสองจึงอธิบายได้ว่า สิ่งเร้าต่างๆ ที่แวดล้อมอินทรีย์อยู่นั้นเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอัน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมของระบบอวัยวะภายใน และพฤติกรรมการแสดงออกที่สามารถสังเกตได้ อย่างชัดเจนการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายเหล่านั้นเป็นสิ่งกระตุ้นให้ประสาทสัมผัสภายใน ได้รับสัมผัส ข้อมูลเพื่อรู้สำนึกในการแปลความรู้สึกเป็นอารมณ์ต่างๆ เช่น เสียใจ โกรธ กลัว เกิดขึ้นได้เพราะ ร้องไห้ ทูบตี หรือตัวสั่น ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดีสำหรับ เลงก์ ได้เน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อันเกี่ยวเนื่องกับขนาดของหลอดโลหิตเท่านั้น

ทฤษฎีของ แคนนอน - บาร์ด (Cannon - Bard) ในช่วง 30 ปีหลังจาก ทฤษฎีของ เจมส์- เลงก์ ได้รับการเผยแพร่ออกไปก็มานักจิตวิทยาหลายคน ได้พยายามค้นคว้าหา ข้อมูลเพื่ออธิบายเกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ให้รัดกุมยิ่งขึ้น ในปี ค.ศ.1929 วอลเตอร์ บี แคนนอน (Water B. Cannon, 1871 – 1945) ได้วิพากษ์วิจารณ์แนวทฤษฎีของ เจมส์- เลงก์ว่ามีจุดอ่อนอยู่หลาย ประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของอวัยวะภายในและต่อม ต่างๆ (Viscera) เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหงื่อออกมาผิดปกติ เป็นประสบการณ์ของอารมณ์ต่าง ๆ กัน กล่าวคืออาจจะกลัว โกรธ หรือตื่นเต้นก็ได้ ซึ่งก็จะมีอาการเหมือน ๆ กัน ดังนั้นจึงเป็นไปได้ยากที่จะ ระบุว่าอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานชนิดใดๆ เฉพาะเจาะจงลง ไป เพราะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับอารมณ์หลายๆอย่าง และเพื่อยืนยันใน ความคิดนี้ แคนนอนได้ทดลองแยกส่วนของอวัยวะภายในร่างกายออกจากระบบประสาทส่วน สมองก็ยังปรากฏว่าสัตว์ยังแสดงอารมณ์ต่างๆออกมาได้ดังเดิมนอกจากนั้นแคนนอนยังได้ชี้ให้เห็น ว่า ระบบอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ระบบย่อยอาหาร นั้นเป็นระบบที่ทำงานโดยอาศัยกล้ามเนื้อ เรียบซึ่งการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ช้า และอาจจะช้าเกินกว่าที่จะนำมาเชื่อมเป็นความรู้สึกหรือ อารมณ์ต่าง ๆ ได้

Stanley Schacter (1975) ได้เขียนสรุปข้อวิจารณ์ของแคนนอนที่ไม่เห็น ด้วยกับทฤษฎีของ เจมส์- เลงก์ ไว้ในหนังสือชื่อ Handbook of Psychobiology (Gazzaniga and Blakemore, 1975) ไว้ดังนี้

(1) การแยกระบบอวัยวะภายในออกจากระบบประสาทส่วนกลางโดยสิ้นเชิงนั้น มิได้แสดงให้เห็นว่าจะเกิดพฤติกรรมทางอารมณ์ต่าง ๆ กันออกไป

(2) การเปลี่ยนแปลงทางระบบอวัยวะภายในนั้นเกิดกับสภาวะของอารมณ์ต่างๆกันหรือในบางครั้งแม้ไม่มีสภาวะทางอารมณ์ก็ยังมีเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะภายใน

(3) การเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในนั้นยากต่อการสังเกตเป็นอย่างยิ่ง

(4) การเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในนั้นเป็นไปอย่างเชื่องช้าซึ่งอาจไม่มีผลเพียงพอที่จะเป็นตัวบ่งชี้อารมณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ

(5) การใช้สารเคมีเข้าสู่ระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ยา หรือ ฮอร์โมน อาจจะเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในได้ โดยที่มิได้มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ชนิดใด ๆ เลยความคิดเห็นต่างๆ ที่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของ เจมส์- เลงก์ ทำให้เคนนอนได้เสนอแนวทฤษฎีทางประสาทสรีรวิทยาขึ้นมาอีกทฤษฎีหนึ่งซึ่งเบค (Beck, 1975) เรียกว่าทฤษฎีสุนัขประสาท (Central Neural Theory) โดยกล่าวถึงสิ่งเร้าในสภาวะแวดล้อมต่างๆ จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระสวนของพฤติกรรม ในศูนย์ของสมองชั้นต่ำอันได้แก่ ทาลามัส (ในสมัยนั้นยังไม่มีแยกออกเป็นไฮโปทาลามัสอีกส่วนหนึ่ง) เป็นอันดับแรก กระแสประสาทจากทาลามัสจะถูกส่งไปยังสมองส่วนผิว (Cerebral Cortex) ทำให้รับรู้สภาพอารมณ์ต่างๆ และขณะเดียวกันกระแสประสาทจากทาลามัสอีกส่วนหนึ่งจะถูกส่งไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ และอวัยวะภายในร่างกาย ซึ่งทราบต่อมาภายหลังว่าถูกควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ณ จุดนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ฯลฯ ซึ่งสอดคล้องกับการเกิดอารมณ์หรือความรู้สึกต่างๆ ในขณะเดียวกัน อันจะเห็นได้ว่าแตกต่างไปจากทฤษฎีของ เจมส์- เลงก์

Schachter and Singer (1962) ได้ทำการทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการเกิดอารมณ์ของบุคคลที่ใช้สิ่งกระตุ้นเหมือนกัน คือการฉีดแอดรีนาลินแต่บุคคลแต่ละกลุ่มนี้ทราบความหมายของสิ่งกระตุ้นต่างกัน คือกลุ่มหนึ่งได้รับการบอกเล่าว่า สิ่งที่ฉีดเข้าไปนั้นอาจจะทำให้เมา แต่อีกกลุ่มหนึ่งได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ฉีดเข้าไปตามความเป็นจริงผลการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบอกเล่าผิดๆว่ายาทำให้เมาแสดงอารมณ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลจริงๆ ทั้งๆที่สิ่งกระตุ้นนั้นเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าอารมณ์เกิดขึ้นต่อการเร้าต่าง ๆ กันขึ้นอยู่กับกระบวนการคิดที่ให้ความหมายต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นร่างกาย ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ดังนั้นแต่ละคนจึงมีอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นชนิดเดียวกันต่างกัน

จากการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีเกี่ยวกับอารมณ์ สรุปได้ว่า ขณะที่มนุษย์มีอารมณ์นั้น มนุษย์ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปด้วย โดยทฤษฎีของ เจมส์ - เลงก์ กล่าวว่า อารมณ์นั้นเป็นผลที่เกิดจากการมีปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ มากกว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ส่วนทฤษฎีของ แคนนอน - บาร์ค แสดงความไม่เห็นด้วยกับทฤษฎีของ เจมส์ - เลงก์ โดยกล่าวว่า การแยกระบบอวัยวะภายในออกจากระบบประสาทส่วนกลางโดยสิ้นเชิงนั้น มิได้แสดงให้เห็นว่าจะเกิดพฤติกรรมทางอารมณ์ต่าง ๆ กันออกไป การเปลี่ยนแปลงทางระบบอวัยวะภายในนั้นเกิดกับสถานะของอารมณ์ต่างๆ กันหรือในบางครั้ง แม้ไม่มีสถานะทางอารมณ์ก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลงของระบบอวัยวะภายใน การเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในนั้นยากต่อการสังเกตเป็นอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในนั้นเป็นไปอย่างเชื่องช้าซึ่งอาจไม่มีผลเพียงพอที่จะเป็นตัวบ่งชี้อารมณ์หรือความรู้สึกต่าง ๆ การใช้สารเคมีเข้าสู่ระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ยา หรือ ฮอร์โมนอาจจะเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอวัยวะภายในได้ โดยที่มิได้มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ชนิดใด ๆ เลย สรุปได้ว่า อารมณ์ต่าง ๆ นั้น เป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลกำหนดขึ้นบนพื้นฐานของประสบการณ์ของสิ่งที่มากระตุ้นซึ่งต่างคนต่างให้ความหมายของสิ่งเดียวกันต่าง ๆ กันออกไป

2.2.3 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูง

1) ความหมายของแรงจูงใจ

การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของแรงจูงใจ พบว่า มีนักคิดนักวิชาการได้อธิบายไว้ดังนี้

กานดา จันทร์แย้ม (2556) ได้กล่าวว่า ความหมายของแรงจูงใจว่า หมายถึง “สิ่งใดก็ตามที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญคือ มีพลังชี้นำและมีความคงทนในการแสดงพฤติกรรม”

รัชก มุลเกตุ (2552) “แรงจูงใจเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ หมายถึง การที่ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานรายได้การบังคับบัญชา การได้รับการยกย่องยอมรับนับถือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยอื่น ๆ ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและเมื่อเกิดความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานแล้วก็จะปฏิบัติงานอย่างเต็มที่แต่ในทางตรงกันข้ามหากปัจจัยต่าง ๆ ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าว จนทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดทัศนคติในทางลบก็จะเกิดความไม่พึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานขึ้น”

พิทยา บวรวัฒนา (2552) ยังกล่าวว่า “การจูงใจ หมายถึง การสร้างความปรารถนาในตัวคนที่จะทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อให้การกระทำนั้นเป็นตัวสนองความต้องการของปัจเจกบุคคล คนที่มีความต้องการยังไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นคนที่มีความเครียด และ

ความเครียดนี้จะเป็นตัวผลักดันทำให้ บังเจกบุคคลนั้นขยันทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการหรือ เป้าหมายบางอย่างของตน”

Herzberg (2017) ได้กล่าวถึง “แรงจูงใจว่ามีความสำคัญต่อการบริหารงาน มากเพราะผู้บริหารจะต้องทำงานให้ประสบความสำเร็จได้โดยอาศัยบุคคลอื่น คนเป็นทรัพยากรที่มี ชีวิตจิตใจแรงจูงใจจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของคนในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะส่งผล ต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ จึงถือได้ว่าแรงจูงใจมีความสำคัญต่อผู้บริหารเสมอ”

Leary & Baumeister (2017) กล่าวไว้ว่า “แรงจูงใจในการทำงาน คือ พลังที่มี แหล่งกำเนิดทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการทำงาน รวมทั้ง กำหนดรูปแบบ ทิศทาง ความเข้ม และระยะเวลาของพฤติกรรมการทำงานนั้น”

Wlodkowski & Ginsberg (2017) กล่าวว่า “แรงจูงใจ หมายถึง บังจยหรือ สิ่งต่าง ๆ ที่มากระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองต้องการ แรงจูงใจจะมีทั้งแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอก บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะมีความสุขในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพราะมีความพึงพอใจโดยตัวของเขาเอง ไม่ได้หวังรางวัลหรือคำชม ส่วนบุคคลที่มีแรงจูงใจภายนอกจะทำอะไรต้องได้รับการยอมรับ จากผู้อื่นหวังรางวัลหรือผลตอบแทน ดังนั้น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน หมายถึงการที่ครูโรงเรียน เอกชนมีความปรารถนาหรือความต้องการจะทำปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จโดยเกิดจากความ พึงพอใจจากภายใน ที่เมื่อได้ปฏิบัติงานแล้วมีความสุขไม่เกิดความเบื่อหน่ายท้อถอย ปฏิบัติงาน โดย ไม่ต้องการสิ่งตอบแทนเป็นผู้ที่รักงาน มีความตั้งใจ เต็มใจและทุ่มเทในการปฏิบัติงาน และสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด”

จากการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของของแรงจูงใจในการทำงาน สรุป ได้ว่าแรงจูงใจในการทำงาน หมายถึง สิ่งใด ๆ ก็ตามกระตุ้นให้บุคคลเกิดความต้องการ และเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อให้ได้ตามความต้องการของตน โดยแรงจูงใจในการทำงานนั้น จะส่งผลให้บุคคลใน องค์กรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการ

2) ประเภทของแรงจูงใจ

การศึกษาเกี่ยวกับประเภทของแรงจูงใจ พบว่ามีนักคิด นักวิชาการ ได้ อธิบายไว้ดังนี้

นักจิตวิทยาได้แบ่งการจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

(1) การจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) หมายถึง จิตใจของบุคคลที่มี ความต้องการที่จะทำเพื่อให้ได้รับผลรับอย่างทีตนเองต้องการ โดยสิ่งจูงใจภายในนี้เป็นจูงใจที่

เกิดขึ้นเองในตัวบุคคล ไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมหรือบุคคลอื่น การจูงใจประเภทนี้ได้แก่
1. ความต้องการ (Need) 2. เจตคติ (Attitude) และ 3. ความสนใจพิเศษ (Special Interest)

(2) การจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง การได้รับแรงบันดาลใจหรือแรงกระตุ้นมาจากภายนอกให้ความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่จุดมุ่งหมาย ความสำเร็จที่ตั้งไว้ โดยการจูงใจประเภทนี้ได้แก่ 1. เป้าหมายหรือความคาดหวัง 2. ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า 3. บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจากบุคลิกภาพ และ 4. เครื่องล่อใจอื่น ๆ มีสิ่งล่อใจหลายอย่างที่ก่อให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีการพฤติกรรม เช่น การให้รางวัล (Rewards) หรือการลงโทษ (Punishment) เป็นต้น (Leary & Baumeister, 2017)

จากการศึกษาเกี่ยวกับประเภทของแรงจูงใจ สรุปได้ว่า ประเภทของแรงจูงใจมี 2 ประเภท คือ การจูงใจภายใน และแรงจูงใจภายนอก โดยแรงจูงใจภายในเกิดจาก ความต้องการ เจตคติ และความสนใจพิเศษ ส่วนแรงจูงใจภายนอก เกิดจากเป้าหมายหรือความคาดหวัง ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจากบุคลิกภาพ และเครื่องล่อใจอื่น ๆ

2.2.4 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ แบบแผน

1) ความหมายของความรู้ความเข้าใจ การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความรู้ความเข้าใจ พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ หลายท่าน ให้ความคำมไว้ดังนี้

Bloom (1972) กล่าวว่า “ความรู้ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ เรื่อง ระลึกถึงวิธีและขบวนการต่าง ๆ หรือระลึกถึงแบบกระบวนทางจิตวิทยาของความจำเป็น”

Good (1973) ได้กล่าวไว้ในพจนานุกรมทางการศึกษาว่า “ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง (facts) ความจริง (truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่าง ๆ”

สำเริง บุญเรืองรัตน์ (2536) ให้ความหมายของ “ความรู้ว่า หมายถึง ความสามารถของสมองที่เก็บรักษาหรือทรงไว้ซึ่งข้อเท็จจริง หรือเรื่องราวทั้งปวงที่ผู้เรียนได้ประสบมา และความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการอธิบายความรู้ หรือข้อเท็จจริงในรูปแบบที่มีเค้าเหมือนเดิม ตลอดจนสามารถจับเอาข้อเท็จจริงต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันจนสามารถกล่าวได้เป็นอีกแบบหนึ่ง จนถึงขยายความสัมพันธ์นั้น ๆ ออกไปให้กว้างไกลจากข้อเท็จจริงเดิม”

อดุลย์ จาตุรงค์กุล (2541) กล่าวว่า “ความรู้ หมายถึง ข่าวสารที่เก็บไว้ในความทรงจำ ส่วนหนึ่งของข่าวสารทั้งหมดเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของผู้บริโภคในตลาดเรียกว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้บริโภค (Consumer Knowledge) ซึ่งอาจจะศึกษาได้โดยการตอบคำถามดังนี้ คือ ผู้บริโภค รู้อะไร ความรู้จัดระเบียบอยู่ในความทรงจำในรูปใด และจะวัดความรู้ได้อย่างไร”

ไพศาล หวังพานิช (2526) ได้ให้ความหมายของ “ความเข้าใจ ว่าหมายถึง ความสามารถในการนำความรู้ความเข้าใจ ไปคัดแปลงปรับปรุงเพื่อให้สามารถจับใจความ อธิบาย หรือเปรียบเทียบย่อเรื่องราวความคิดเห็นข้อเท็จจริงต่างๆ ทั้งยังสามารถอธิบายและเปรียบเทียบ สิ่งที่มีลักษณะและสภาพคล้ายคลึงเป็นทำนองเดียวกับของเดิม ได้ บุคคลที่มีความเข้าใจในสิ่งใดจะสามารถแปลความหมาย ตีความ หรือขยายความเกี่ยวกับสิ่งนั้นได้”

จากการศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความรู้ความเข้าใจ สรุปได้ว่า ความรู้ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจดจำ ทำความเข้าใจใน เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนสามารถที่จะอธิบาย อภิปราย เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ได้

2) การวัดความรู้ ความเข้าใจ

การศึกษาเกี่ยวกับการวัดความรู้ ความเข้าใจ พบว่า นีออน กลินรัตน์ (2533) ได้สร้างแบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจ กล่าวว่า สมรรถภาพสมองของมนุษย์ด้านสติปัญญาหรือความรู้ สามารถแบ่งได้ 6 ชั้น คือ

(1) ความรู้ – ความจำ (Knowledge) ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ มากมาย คือ 1. ความรู้ในเนื้อเรื่อง เช่น ศัพท์ นิยาม กฎ และความจริง 2. ความรู้ ในวิธีดำเนินการ ได้แก่ ระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น และ แนวโน้ม จำแนกประเภท เกณฑ์ และวิธีดำเนินการ 3. ความรู้ รวบรวมอยู่ในเนื้อเรื่อง ได้แก่ หลักวิชาการและการขยายหลักวิชารวมทั้งทฤษฎีและโครงสร้าง

(2) ความเข้าใจ (Comprehension) คือ ความสามารถในการแปลความ ตีความ และขยายความ

(3) การนำไปใช้ (Application) คือ ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

(4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกให้เห็นหน่วยย่อยๆ ได้แก่ การวิเคราะห์ความสำคัญ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์หลักการ

(5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการนำมารวมเพื่อก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ๆ เช่น สังเคราะห์ข้อความ สังเคราะห์แผนงาน หรือสังเคราะห์ความสัมพันธ์

(6) การประเมินค่า (Evaluation) คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่าสิ่งต่างๆ ตามเกณฑ์ภายใน หรือ เกณฑ์ภายนอกที่กำหนดขึ้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับการวัดความรู้ ความเข้าใจ สรุปได้ว่า การวัดความรู้ความเข้าใจ สามารถแบ่งได้ 6 ชั้น คือ ความรู้ – ความจำ (Knowledge) ประกอบไปด้วย ความรู้ในเนื้อเรื่อง ความรู้ ในวิธีดำเนินการ และความรู้ รวบรวมอยู่ในเนื้อเรื่อง ความเข้าใจ (Comprehension)

การนำไปใช้ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมินค่า (Evaluation)

2.2.5 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติ

1) ความหมายของทัศนคติ

การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของทัศนคติ พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ หลายท่านให้ความหมายไว้ดังนี้

Casey (1978) ได้กล่าวว่า “ทัศนคติเป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก ความมีอคติ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่ในใจมาก่อนความคิด ความกลัว การบังคับขู่เข็ญและการลงความเห็นของมนุษย์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง”

Rokeach (1970) ได้กล่าวว่า “ทัศนคติเป็นการผสมผสานกับความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะความรู้สึกว่าชอบหรือไม่ชอบ”

Good (1973) ได้กล่าวว่า “ทัศนคติเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางบวกหรือทางลบ”

ณัฐนรี ไชยภักดี (2552) ได้กล่าวว่า “ทัศนคติเป็นการผสมผสานกับความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะความรู้สึกว่าชอบหรือไม่ชอบ”

สมศักดิ์ รอดลอย (2557) ได้กล่าวว่า “ทัศนคติหมายถึงความรู้สึกทางใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ความนึกคิดและความเชื่อของแต่ละบุคคลความรู้สึกทางใจของแต่ละบุคคลในเรื่องราวใด ๆ จะมีระดับที่แตกต่างกันออกไปตั้งแต่ระดับที่เป็นความชอบหรือไม่ชอบ ระดับที่เป็นประสบการณ์ที่ได้การไตร่ตรองจนถึงระดับที่เป็นการนำไปปฏิบัติ ทัศนคติของบุคคลจึงเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดและพฤติกรรมไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง”

จากการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของทัศนคติ สามารถสรุปได้ว่า ทัศนคติหมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งส่งต่อการพฤติกรรม การของบุคคลนั้น ๆ

2) องค์ประกอบของทัศนคติ

การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติ พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ ได้อธิบายไว้ดังนี้ (Henry, 1995) ได้เสนอแนวคิดว่าองค์ประกอบของทัศนคติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

(1) องค์ประกอบทางความคิด หรือการรับรู้เป็นความเชื่อความรู้หรือความเข้าใจ เกี่ยวกับสิ่งใดเช่น ตราสินค้า ซึ่งความเชื่อในวัตถุเดียวกันอาจจะแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล

(2) องค์ประกอบด้านความรู้สึกคือความรู้สึกโดยรวมในเรื่องของความชอบ และอารมณ์ที่มีต่อวัตถุนั้น ๆ เช่น อาจเกิดจากผลของการประเมินในคุณสมบัติหลาย ๆ คุณสมบัติของสินค้าก็ได้เรื่องของความรู้สึกนั้นขึ้นอยู่กับ บุคคลและสถานการณ์ด้วย

(3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม คือแนวโน้มในการกระทำหรือการแสดงออก ความโน้มเอียงที่จะซื้อผลิตภัณฑ์

Schiffman and Kanuk (2000) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า เป็นความโน้มเอียงที่เกิดจากการเรียนรู้ทำให้มีพฤติกรรมลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง และได้กำหนดองค์ประกอบทัศนคติไว้ 3 ส่วน ดังนี้

(1) ส่วนของความเข้าใจ (Cognitive component) คือความรู้ (Knowledge) การรับรู้(Perception) ความเชื่อ (Beliefs) อาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งในส่วนของความเชื่อและการรับรู้จะได้รับจากประสบการณ์และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ หลายแหล่งข้อมูล และความรู้ี้จะมีผลกระทบต่อความเชื่อ (Beliefs)

(2) ส่วนของความรู้สึก (Affective component) จะสะท้อนอารมณ์ (Emotion) หรือความรู้สึก(Feeling) ของผู้บริโภคที่มีต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ในเรื่องความชอบและอารมณ์ที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ

(3) ส่วนของพฤติกรรม (Conative component หรือ Behavior หรือ Doing) จะสะท้อนถึงแนวโน้มจะมีพฤติกรรมของผู้บริโภค หรือแนวโน้มการกระทำที่แสดงออกหรือความโน้มเอียงที่จะซื้อสินค้าจากทัศนคติที่เกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติสรุปได้ว่า ทัศนคตินั้นมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการซื้ออย่างต่อเนื่องนั้น ผู้บริโภคจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้และมีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับ สินค้าซึ่งจะทำให้เกิดความชอบตามมาและจะมีแนวโน้มที่เป็นไปได้ในการที่จะตัดสินใจซื้อสินค้านั้น ๆ โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ต้องการศึกษาทัศนคติในการบริโภคอาหารชีวจิต

จากการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติ สรุปได้ว่า ทัศนคติประกอบด้วย 3องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางความคิด องค์ประกอบด้านความรู้สึก และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม

3) ปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติ (Attitude Formation)

การศึกษาเกี่ยวกับของปัจจัยที่ทำให้เกิดทัศนคติพบว่า มีนักคิด นักศึกษาได้อธิบายไว้ดังนี้

อดุลย์ จาตุรงคกุล (2550) กล่าวว่า ทักษะคิดเป็นผลอันเกิดมาจากปัจจัยต่างๆ ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Personal Experience) ทักษะคิดของผู้บริโภคก่อตัวขึ้นมาเนื่องจากผลการเรียนรู้ของบุคคล องค์ประกอบหลายประการในประสบการณ์ของบุคคลกระทบต่อการก่อตัวของทักษะคิดดังนี้

(1) ความต้องการและสิ่งจูงใจที่บุคคลมีอยู่นั้นมีส่วนร่วมอยู่มากทีเดียว ขณะที่ผู้บริโภคไม่ชอบราคาสูงแต่ก็ชอบสินค้าคุณภาพสูง ทักษะคิดอันเกิดจากการเรียนรู้จะทำให้ผู้บริโภคนิยมชมชอบในสิ่งที่ตรงกับความต้องการและสิ่งจูงใจทางร่างกายหรือทางอารมณ์

(2) จำนวนประเภทและความเชื่อถือได้ของข่าวสารที่ผู้บริโภคสะสมมา มีอิทธิพลต่อการก่อตัวของทักษะคิด อาจกล่าวได้ว่าทักษะคิดทั้งหมดของผู้บริโภคเกิดจากข่าวสารเป็นส่วนใหญ่ ยิ่งถ้าผู้บริโภคเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์หรือร้านค้ามากขึ้นเท่าใดก็จะเป็นการง่ายเข้าที่จะทำให้เข้าเกิดความคิดเห็นขึ้น โดยปกติผู้บริโภคที่มีทักษะคิดไม่มั่นคงมักเกิดจากการที่เขาไม่ข่าวสารไม่เพียงพอหรือไม่ถูกต้อง

(3) สภาพของการที่จะเลือกนึกเห็นภาพพจน์ของผู้บริโภค ซึ่งสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ส่วนตัวของเขาก็มีอิทธิพลต่อการก่อตัวของทักษะคิดเช่นกัน ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะละเลยไม่ประเมินราคาสินค้าในร้านค้าปลีกซึ่งแม้ว่าสินค้าบางรายจะขายราคาสูงมากถ้าเขานึกเห็นภาพของร้านค้านี้ว่าเป็นร้านค้าที่ขายของราคาย่อมเยา

(4) บุคลิกภาพที่ผู้บริโภคได้พัฒนาขึ้นมาในตัวเองกระทบต่อทักษะคิดของเขา ผู้บริโภคบางคนมีความรู้สึกธรรมดาในบางทักษะคิด แต่ในบางทักษะคิดเขามีความรู้สึกอ่อนไหวได้ง่าย คุณสมบัติต่าง ๆ ทางบุคลิกภาพของผู้บริโภคบางคนติดอยู่กับทักษะคิดหนึ่ง แต่บางคนอาจผูกติดหรือสัมพันธ์กับทักษะคิดอื่น ๆ

(5) ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะมีทักษะคิดที่สอดคล้องกับความปรารถนาที่ตนมีอยู่ ผู้บริโภครายได้ต่ำที่ต้องการขยับตนเองสู่ชั้นที่มีรายได้ปานกลาง มีแนวโน้มที่จะเลียนแบบทักษะคิดของบุคคลรายได้ชั้นกลางที่มีต่อรถยนต์ บ้านและสไตล์ของการแต่งกาย ซึ่งความจริงข้อนี้จะกระทบไป ถึงแบบของการตัดสินใจซื้อของบุคคลเหล่านั้นจากการศึกษาเกี่ยวกับของปัจจัยที่ทำให้เกิดทักษะคิด สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิด ทักษะคิด ประกอบด้วย 1. ความต้องการและสิ่งจูงใจ 2. จำนวนประเภทและความเชื่อถือได้ของข่าวสาร 3. สภาพของการที่จะเลือกนึกเห็นภาพพจน์ของผู้บริโภค 4. บุคลิกภาพที่ผู้บริโภคได้พัฒนาขึ้นมาในตัวเอง 5. ผู้บริโภคมีแนวโน้มที่จะมีทักษะคิดที่สอดคล้องกับความปรารถนาที่ตนมีอยู่

2.3 องค์ประกอบทางพฤติกรรม หรือแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style)

พฤติกรรม หรือแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด เพราะเป็นองค์ประกอบที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 50 ได้แก่

2.3.1 พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการมีอนามัยที่ดี ได้แก่ การแปรงฟัน การอาบน้ำ ความสะอาดของเสื้อผ้า การสระผม การดูแลสุขภาพของผิวหนัง การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้หากปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาจทำให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร เช่น พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการแปรงฟัน เช่น ถูแปรงไม่ถูกวิธีอาจทำให้เหงือกอักเสบ หรือฟันผุ การอาบน้ำในฤดูหนาวถ้าอาบน้ำบ่อยๆ หรืออาบน้ำด้วยน้ำอุ่นอาจทำให้ผิวแห้งและคันได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น

2.3.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งแต่ละครอบครัวจะแตกต่างกันออกไป เช่น ผู้สูงอายุบางคนรับประทานอาหารจืดจาง ชอบรับประทานอาหารประเภทขบเคี้ยว ชอบอมทอฟฟี่ ซึ่งจะส่งผลทำให้ฟันผุ บางคนไม่ชอบรับประทานอาหาร ประเภทผักและผลไม้ ทำให้มีกากอาหารน้อย ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ บางคนชอบอาหารที่มีรสเค็ม อาจทำให้เป็นโรคความดัน เป็นต้น บางคนมีความชอบ หรือไม่ชอบในอาหารบางประเภททำให้ได้รับอาหารไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ อาหารจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นต้น

2.3.3 การพักผ่อนและการนอนหลับ ซึ่งจะพบมากในผู้สูงอายุ หากพักผ่อนน้อยหรือนอนหลับไม่เพียงพอจะมีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น รู้สึกหนักมีนศีรษะ สับสน ประสาทหลอน และปรากฏอาการทางจิต ดังนั้นผู้ที่นอนหลับไม่เพียงพอจึงไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพได้

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยหลักๆ ที่เกิดขึ้นจากภายในของผู้สูงอายุ จะประกอบด้วย 3 อย่างคือ องค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการดูแลร่างกาย จะส่งผลต่อทางจิตใจ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไปเอง

3. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีนักคิด นักวิชาการได้อธิบายไว้ดังนี้

สุปรียา ตันสกุล (2544) ได้กล่าวไว้ว่า “พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (พฤติกรรมภายใน) และการแสดงออกที่เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ (พฤติกรรมภายนอก) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ป้องกัน ส่งเสริม รักษา จัดการกับสุขภาพของตน”

โสภา ชูพิกุลชัย (2547) ได้กล่าวไว้ว่า “พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่สิ่งมีชีวิตกระทำและบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้หรือใช้เครื่องมือวัดได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการกระทำหรือกิจกรรมในความรู้สึกรู้สึกนึกคิดอีกด้วย”

Hill and Smith (1985) กล่าวว่า “การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”

Norris (1987) “การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุผลผลักดันมาจากความไม่พึงพอใจต่อการให้การรักษาพยาบาลของแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักดีว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้”

Walker et al. (1990) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “พฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นการกระทำทั้งทางบวกของชีวิต ซึ่งจะมีผลตรงต่อความต้องการในการคงไว้ของความสุขสมบูรณ์ของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเป็นเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล”

Palank (1991) ได้ให้ความหมายว่า “พฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยบุคคลมีความต้องการเพื่อที่จะคงไว้ หรือต้องการให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนี้จะได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ การทำกิจกรรมยามว่าง หรือแม้กระทั่งการพักผ่อน การมีโภชนาการที่เหมาะสมเพียงพอ การทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดภาวะความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม”

Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรม “การดูแลสุขภาพของบุคคลมักจะประกอบไปด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลที่กระทำไปโดยมีเป้าหมายเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม”

จากการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง คือ การที่บุคคลมีกิจกรรมที่กระทำในการใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ว่าจะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า Pender (1987) ได้อธิบายองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านการรู้คิด และการรับรู้ (*Cognitive-perceptual Factors*) เป็นปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจที่ส่งผลโดยตรงต่อแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ โดยจะประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่

1) *The Importance of Health* คือการรับรู้คุณค่าสุขภาพตนของบุคคล เมื่อยิ่งมีมากขึ้นยอมจะแสดงถึงพฤติกรรมมากเท่าไร ก็จะมีที่แสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น กว่าบุคคลที่ไม่ได้ตระหนักให้ความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น

2) *Perceived Control of Health* คือความเชื่อของบุคคลในด้านของสุขภาพ ว่าการกระทำของตนเอง การได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นนั้นมีผลต่อสถานะสุขภาพ โดยการที่บุคคลรับรู้ได้ว่าสถานะสุขภาพเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของตนเอง เรียกว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตน หากแต่เชื่อว่าสถานะสุขภาพเป็นผลมาจากการควบคุมโดยองค์ประกอบภายนอก เช่นบุคคลอื่น ความบังเอิญ หรือ โชค เรียกว่ามีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง

3) *Perceived Control of Health* คือ ความเชื่อว่าสถานะสุขภาพเป็นผลมาจากผลสำเร็จของการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง

4) *Definition of Health* คือ คำจำกัดความหรือความหมายของสุขภาพแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป ตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

5) *Perceived Health Status* คือการประเมินสุขภาพของตนเอง เพื่อตอบสนองต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ

6) *Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors* แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ การที่บุคคลจะรับรู้ได้ว่ากิจกรรมใดที่ตนกระทำ มีประโยชน์ต่อสถานะภาพของสุขภาพตนเองจะส่งผลไปยังระดับของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

7) *Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors* คือการรับรู้ถึงสิ่งกีดขวางไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความลำบาก ไม่มีเวลา ไม่มีโอกาส หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำการ โดยส่งผลไม่มีโอกาส หรือมีโอกาสน้อยขึ้นในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

3.2.2 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (*Modifying Factors*) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ ซึ่งมีดังนี้

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (*Demographic Factors*) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ธรรมเนียมปฏิบัติ หรือน้ำหนักตัว
- 2) ลักษณะทางชีววิทยา (*Biological Factors*) ได้แก่ ลักษณะสัดส่วนรูปร่างของร่างกาย
- 3) อิทธิพลระหว่างบุคคล (*Interpersonal Influences*) ได้แก่ ความเชื่อถือในบุคคลอื่น การมีแบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และการมีและสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 4) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (*Situational Factors*) ได้แก่ ประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา จะส่งผลกระทบต่อบุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ด้วย เพื่อนำไปสู่ภาวะที่สุขภาพมีความสมบูรณ์ ทักษะความรู้จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีความซับซ้อนขึ้นได้

3.2.3 การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (*Participation in Health-promoting behavior*)

ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action) ได้แก่ ปัจจัยภายใน หรือภายนอกที่ก่อให้เกิดการแสดงออกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการประเมินแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Pender ได้วัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (The Lifestyle and Health-habits Assessment) ไว้ 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป (General Competence in Self-care) ด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) การออกกำลังกายและกิจกรรมสันทนาการ (Physical or Recreational Activity) การนอนหลับพักผ่อน (Sleep Patterns) การจัดการความเครียด (Stress Management) การบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง (Self-actualization) จุดมุ่งหมายของชีวิต (Sense of Purpose) สัมพันธ์ภาพกับคนอื่น การควบคุมสถานะแวดล้อม (Environment Control) และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่งต่อมา Walker และคณะ ได้ร่วมกันพัฒนาแบบการวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจากที่มีอยู่เดิม ประกอบด้วยคำถาม 100 ข้อ เหลือ 48 ข้อ จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหลือเพียง 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง (Self-actualization) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การออกกำลังกาย (Exercise) โภชนาการ (Nutrition) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal Support) และการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

จากการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สรุปได้ว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบไปด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ (Cognitive-perceptual Factors) โดยมีปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Control of Health) คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors)

ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors) ประกอบไปด้วยปัจจัยย่อย 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic Factors) ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Factors) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) และปัจจัยสุดท้าย คือ การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Participation in Health-promoting behavior)

3.3 ลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า Orem (1991) ได้กล่าวไว้ว่า ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) คือปัจจัยพื้นฐานส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเอง โดยจะหมายถึงกิจกรรมในการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในช่วงระยะเวลาหนึ่ง 3 ด้านคือ

3.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) คือการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อการ ส่งเสริม ไว้ซึ่งสถานะสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกช่วงอายุ โดยจะต้องมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับช่วงวัยในแต่ละช่วงตามพัฒนาการ โดยมี จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป มีดังนี้

1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำอาหารที่เพียงพอ

(1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับเปลี่ยนตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอก

(2) การรักษาไว้ซึ่งของความคงทน โครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

(3) หากความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดพิษ

2) คงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ

- (1) จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
- (2) การจัดการระบบกระบวนการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการจัดการ โครงสร้าง และหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย
- (3) ดูแลสุขวิทยาสำหรับส่วนบุคคล
- (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3) รักษาความสมดุลในระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน

- (1) เลือกกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- (2) การรับรู้ และให้สนใจถึงความต้องการในการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
- (3) การสร้างแบบแผนของการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง โดยนำความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้าง
- (4) รักษาให้เกิดความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4) *คงไว้ซึ่งคุณภาพ และความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา* ซึ่งเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

- (1) สร้างมิตรภาพ การให้ความรักความผูกพัน กับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะจะสามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้

(2) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) *ป้องกันสิ่งที่อาจเป็นอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ*

- (1) ให้ความสนใจ ตระหนัก และรับรู้ต่อสิ่งที่อาจเป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
 - (2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะก่อให้เกิดอันตราย
 - (3) หลีกเลียง หรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
 - (4) ควบคุมป้องกัน หรือจัดการเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต
- สวัสดิภาพ

6) *ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขั้นสูงสุด โดยอยู่ภายใต้ระเบียบของสังคม และความสามารถที่มีของตนเอง (Promotion of Normalcy)*

- (1) พัฒนา และรักษาไว้ซึ่งอัตรานอนที่นอนที่เป็นจริงของตนเอง
- (2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- (3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของ
ตัวบุคคล (Health Promotion & Preventions)
- (4) ค้นหา และให้ความสนใจในความคิดปกติต่างๆ ของ โครงสร้างและ
การทำหน้าที่ที่ผิดปกติของตนเอง (Early Detection)

3.3.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการที่จำเป็น (Developmental Self-care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นตามกระบวนการพัฒนาของมนุษย์ในช่วงระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผล หรือเป็นอุปสรรคในการพัฒนา เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญ หรืออาจเป็นการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป โดยได้ปรับให้มีความสอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยกระบวนการในการพัฒนาการแบ่งออกได้เป็น 2 อย่างคือ

- 1) การพัฒนาสภาวะความเป็นอยู่ ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเมื่อเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ และการคงไว้ซึ่งสถานะดังกล่าว
- 2) การดูแลเพื่อการป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจมีผลต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อให้สามารถบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดขึ้นจากการขาดการศึกษา ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียบุคคลสำคัญความเจ็บป่วยการบาดเจ็บ และการพิการการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ใน ชีวิต ความเจ็บป่วยในระยะ และวาระสุดท้ายของชีวิต

3.3.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) คือการดูแลสุขภาพตนเอง ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความผิดปกติของบุคคล เช่น เกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

- 1) แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอนามัย
- 2) การรับรู้ให้ความสนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพตนเองที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4) รับรู้ และสนใจในการดูแล ป้องกันความผิดปกติของสภาพร่างกาย จากอาการไม่พึงประสงค์ข้างเคียงของโรค หรือการรักษา

5) มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ และอัตมโนทัศน์ที่ดีของตนเอง ปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเอง ให้เหมาะสมกับการพึ่งพาของตนเอง และของบุคคลอื่น

6) การเรียนรู้ที่จะใช้และมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป หรือสถานะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้น สังเกตได้ว่าในการดูแลสุขภาพบุคคลจะต้องมีความสามารถในการ ผสานความต้องการในการดูแลที่จะช่วยป้องกันปัญหาอุปสรรค หรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยแต่ในขณะเดียวกัน จะต้องคัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้อง กับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ปกติและเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและมี ส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สรุปได้ว่า ลักษณะของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยย่อย ๆ ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำอาหารที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy) ด้านต่อมา คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ ด้านสุดท้าย การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีสถานะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) ซึ่งประกอบไปด้วยแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการ

รักษา และเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา

3.4 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ ได้อธิบายไว้ดังนี้

Norris (1987) “การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุผลผลักดันมาจากความไม่พึงพอใจต่อการให้การรักษาพยาบาลของแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักดีว่า ตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้”

Pender (1982) “การดูแลตนเอง หมายถึง การริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล และกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต และความเป็นปกติสุขของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจ หรือการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพในตัวบุคคลนั้นหรือบุคคลภายนอกก็ได้”

Orem (1991) ให้ความหมายของ “การดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสุด ของแต่ละบุคคล”

Harris and Guten (1975) กล่าวว่า “พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรม ทุกชนิดของบุคคลที่ทำตามปกติและสม่ำเสมอเพื่อให้มีสุขภาพดีและสามารถป้องกันโรคได้”

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ซึ่งสามารถจำแนกประเภทของพฤติกรรมสุขภาพได้ 2 ประเภท คือ

3.4.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ มี 2 ลักษณะ คือ

1) **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การพักผ่อน การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2) **พฤติกรรมการป้องกันโรค** เป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง มุ่งป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ แบ่งเป็น

- (1) การป้องกันโรคเบื้องต้น
- (2) การป้องกันความรุนแรงของโรค
- (3) การป้องกันการแพร่ระบาด

3) **พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย** หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงความเชื่อเดิม ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น”

จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า คุณแลสุขภาพตนเอง คือ กิจกรรมของบุคคล โดยกระทำในแนวคิด ทักษะคิด ความเชื่อของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิตให้มีสุขภาพอนามัยความเป็นอยู่ที่ดีตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายที่คุกคามต่อชีวิต โดยการดูแลสุขภาพตนเอง แบ่งได้ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะปกติให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ จำแนกได้ 2 ลักษณะได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันโรค จำแนกเป็น การป้องกันโรคเบื้องต้น การป้องกันความรุนแรงของโรค และการป้องกันการแพร่ระบาด และประเภทที่สอง คือ พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ

3.5 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

การศึกษาเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีนักคิด นักวิชาการ ได้อธิบายไว้ดังนี้

Pender (1982) กล่าวว่าไว้ว่า ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting lifestyles) โดยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จะสามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2 ของ Walker, Sechrist, and Pender (Health Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยยึดตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง การสนใจแสวงหาความรู้ทางสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และตรวจสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ 2) โภชนาการ (Nutrition) อาหารมีความจำเป็นกับการดำรงชีวิต จึงต้องรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะตามหลัก โภชนาการเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทุกวันจะทำให้ร่างกายเจริญเติบโต อย่างสมบูรณ์ และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ให้มีภาวะโภชนาการที่ดี หากไม่ได้รับอาหารตามหลักของโภชนาการแล้วย่อมก่อให้เกิด

ภาวะขาดสารอาหาร ทั้งนี้หากแต่รับประทานอาหารมากเกินไปความต้องการก็จะก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545) จึงกำหนดโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ได้กล่าวถึงอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนี้

3.5.1 รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการครบทั้ง 5 หมู่ ดูแลสภาพร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI หรือ Body Mass Index) ซึ่งคำนวณจากสูตร ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ถ้าค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 24.9 ถือว่าน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ถ้าค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.4 ถือว่า ผอม หรือน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

ถ้าค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25 – 29.9 ถือว่า น้ำหนักเกิน

ค่าดัชนีมวลกายมีค่าตั้งแต่ 30 ขึ้นไป ถือว่าเป็น โรคอ้วน

3.5.2 การรับประทานอาหารหลากหลายและเพียงพอต่อความต้องการครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมเพียงพอ

3.5.3 การรับประทานพืชผักใบเขียว และผลไม้ตามฤดูกาลเป็นประจำทุกวัน อย่างละ 400 – 800 กรัม ควรรับประทานพืชผักทุกมื้อให้หลายชนิดสลับกันไปเป็นประจำสม่ำเสมอ

3.5.4 การลดการรับประทานเนื้อสัตว์ให้น้อยลงเท่าที่จำเป็น โดยเปลี่ยนเป็นการรับประทานโปรตีนจากปลา ในผู้ใหญ่ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 100 กรัม หรือเทียบเท่าปลา 1-2 ตัว ในส่วนของเด็กวัยเจริญเติบโตนั้น ควรรับประทานเนื้อสัตว์ไม่เกินวันละ 200 กรัม เลือกรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาตัวเล็กๆ เป็นแหล่งโปรตีนและแคลเซียมที่ดี แหล่งโปรตีนที่ดีอีกแหล่งหนึ่งคือธัญพืชและถั่วต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ซึ่งจะมีคุณค่าทางโภชนาการสูง อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยในการป้องกันเซลล์มะเร็ง

3.5.5 การดื่มนมที่เหมาะสมตามวัย เลือกดื่มนมที่บรรจุอยู่ในภาชนะปิดสนิทไม่รั่วซึม มีวันหมดอายุชัดเจน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน และเด็กวัยรุ่นควรดื่มนมวันละ 2-3 แก้ว ในกลุ่มของผู้มีปัญหาโรคอ้วน หรือมีไขมันในเส้นเลือดสูงควรดื่มนมประเภทพร่องมันเนย

3.5.6 เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันที่เหมาะสม โดยไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่จะได้รับจากอาหารทั้งหมด ซึ่งไขมันในอาหารก่อให้เกิดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ใช้วิธีประกอบอาหารด้วยการต้ม นึ่ง แทนการทอด หรือผัด ซึ่งจะลดปริมาณไขมันในอาหารได้ แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำโดยการปิ้งย่าง เพราะเสี่ยงต่อสารก่อมะเร็ง

3.5.7 การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัดและเค็มจัด

3.5.8 รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน หรือไม่ถูกสุขลักษณะ จากสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความเหมาะสมทำให้อาจมีการปนเปื้อนจากเชื้อโรค พยาธิต่างๆ สารเคมีที่เป็นพิษหรือโลหะหนักที่เป็นอันตราย

3.5.9 การงด หลีกเสี่ยง หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.6 การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) การออกกำลังกาย เป็นการช่วยให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวใช้พลังงาน ให้กล้ามเนื้อ และร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด ในทั้งนี้การออกกำลังกายอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ ถ้าหากการออกกำลังกายนั้นไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ซึ่งหลักการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพสามารถได้ดังนี้

3.6.1 การออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้ง โดยครั้งละ 20 – 30 นาที

3.6.2 การออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม ก่อนออกกำลังกายควรที่จะการอบอุ่นร่างกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังจากออกกำลังกาย

3.6.3 เลือกออกกำลังกายเหมาะสมกับวัย

3.6.4 ให้ความสนุกสนานกับการออกกำลังกาย

3.6.5 แต่งกายให้เหมาะสม

3.6.6 ทำกิจกรรมในสถานที่ปลอดภัย

3.6.7 ออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบ และมีความเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

3.6.8 หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ควรยุติการออกกำลังกายนั้นทันที และควรปรึกษาแพทย์

3.6.9 ในการออกกำลังกายควรจะทำให้มีความรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ โดยอัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่กำลังออกกำลังกายของบุคคลทั่วไปนั้นควรจะมีค่าอยู่ที่ 170 - อายุของตนเอง

3.6.10 หลังออกกำลังกายเต็มที่ควรลดหรือผ่อนแรงลงช้าๆ (Cooling down) โดยใช้เวลา 5 – 10 นาทีโดยประมาณ เนื่องจากการเพิ่มจังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกายและกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ จึงควรผ่อนแรงลงช้าๆ หลังออกกำลังกายเพื่อที่จะช่วยให้จังหวะการเต้นของหัวใจค่อยๆ ลดลง ช่วยป้องกันการเต้นของหัวใจหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะและลดอาการเลือดคั่งอยู่ในกล้ามเนื้อ

3.7 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุลอันเป็นผลมาจากสิ่งกระตุ้นความเครียดทั้ง ภายในและภายนอก จากปัจจัยโดยทั่วไปและปัจจัยทางด้านการเรียนซึ่งทำให้เกิดอาการแสดงออก ทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น ปวดศีรษะเหนื่อยหอบ หงุดหงิดวิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า เป็นต้น เมื่อเกิดความเครียดแล้วจะทำให้ร่างกายและจิตใจ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาความสมดุลของร่างกาย และจิตใจในขณะที่เกิดความเครียดได้อาจจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วย การจัดการกับความเครียดจึงเป็นส่วนที่สำคัญในการส่งเสริมให้มีสภาวะสุขภาพที่ดี จึงสามารถสรุปวิธีการจัดการกับความเครียดได้ ดังนี้

3.7.1 การรับรู้ และทำความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ถูกต้อง ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และปรับตัวให้สามารถเข้ากับเหตุการณ์นั้นได้อย่างเป็นปกติ

3.7.2 การค้นหาสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และวิธีแก้ปัญหาต่างๆ

3.7.3 ปรึกษากับบุคคลที่มีความใกล้ชิดเมื่อมีปัญหา

3.7.4 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

3.7.5 ไม่ควรเก็บปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดไว้เพียงผู้เดียว

3.7.6 การนำหลักของศาสนามาใช้ เช่น การนั่งสมาธิ

3.7.7 การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมหรือเล่นกีฬาที่มีความชื่นชอบ จะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

นอกจากนี้ Pender ได้เสนอวิธีการจัดการความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป จัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดโดยการออกกำลังกาย เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) กำหนดเป้าหมายทางเล็ง พัฒนาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการเผชิญความเครียด สร้างเงื่อนไขที่ตรงข้าม เพื่อเลี่ยงการกระตุ้น โดยฝึกเทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ และควบคุมการตอบสนองกายภาพให้กล้ำเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ความเครียด หรือกระตุ้นการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติกแทนซิมพาเทติก

3.8 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล กับบุคคลในสภาพแวดล้อม เช่นบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านของการรับรู้ทางสังคม และพฤติกรรมด้านต่างๆ ทั้งนี้ถ้าหากได้รับการสนับสนุน หรือการดูแลเอาใจใส่จะทำให้มีการแสดงออกพฤติกรรมนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น โดยการที่

บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้นั้น ต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนาตนเองให้สามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ง่ายขึ้น ให้ความรัก ความอบอุ่นความเป็นกันเองกับบุคคลที่ใกล้ชิด ยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น เปิดเผยตนเอง เมื่อมีปัญหากล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

3.9 การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นการพัฒนาในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจิตวิญญาณเป็นระดับของการรับรู้สติที่สูงขึ้นกว่าระดับปกติ (Allender and Spradled, 1999) โดยสุขภาพจิตในด้านของจิตวิญญาณ (Pender, 1996) จึงเป็นความสามารถในแต่ละบุคคลที่จะพัฒนาธรรมชาติของจิตวิญญาณให้มีศักยภาพเพิ่มมากขึ้น ในระดับสูงสุดเป็นความสามารถในการที่จะค้นหาความชัดเจนของเป้าหมายพื้นฐานในชีวิตของบุคคล การเรียนรู้ถึงประสบการณ์ในด้านของความรัก ความสนุกสนาน รื่นเริง ความเจ็บสงบสุข และความสมบูรณ์เพียบพร้อม และการรู้ว่าจะช่วยเหลือตนเอง และบุคคลอื่นให้บรรลุศักยภาพสูงสุดได้อย่างไร โดยการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจะต้องมีการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้เข้ารับบริการด้วย ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคลมักจะมีผลกระทบต่อการแปลความหมายของเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา ในการประเมินด้านจิตวิญญาณนั้น จึงจำเป็นต้องมีการถามข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นสมาชิกภาพในด้านของศาสนา โดยขอบเขตของการประเมินด้านของจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสัมพันธภาพในการยกระดับความเป็นอยู่ สัมพันธภาพกับตนเอง และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ

3.9.1 ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับการยกระดับความเป็นอยู่

- 1) ความสำคัญของพระเจ้าหรือการยกระดับความเป็นอยู่ในชีวิตของผู้รับบริการ
- 2) ใช้การสวดมนต์ ภาวนา หรือการอ่านเรื่องราวต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการแก้ไขปัญหา และสถานการณ์ชีวิต
- 3) ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย หรือการมีอยู่ต่อไปของจิตวิญญาณ
- 4) การสวดมนต์หรือบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์

3.9.2 ความสัมพันธ์กับตนเอง

- 1) การใช้ชีวิตตามความหมายของชีวิต
- 2) ความเชื่อในด้านของจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความหวังและความรื่นรมย์ในชีวิต

จากการศึกษาเกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สรุปได้ว่า การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถวัดได้จาก 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) โภชนาการ (Nutrition) การทำกิจกรรมต่างๆ และการออกกำลังกาย (Physical Activity) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

4. โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

4.1 โรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีนักคิด นักวิชาการได้อธิบายไว้ดังนี้
โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และการวินิจฉัยให้แน่นอนจำเป็นต้องนำตรวจให้ชัดเจน 2 ช่วงห่างกัน ช่วงละ 4 สัปดาห์ในแต่ละช่วงต้องทำการวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที

โดยการศึกษาครั้งนี้จะใช้ค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทและวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาทีเป็นเกณฑ์บ่งชี้ถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์จำแนกระยะของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ของ JNC 7 แบ่งเป็น 2 ระยะคือ (JNC 7, 2003) Staging 1 คือระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท Staging 2 คือระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือมีภาวะ Atherosclerosis โดยพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 55 ปีและผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีโรคอ้วน ผู้ที่มี Microalbuminuria และผู้ป่วยที่เป็นโรค Chronic Kidney Disease

อาการของโรคความดันโลหิตสูงอาการของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ ต่อเมื่อไม่ได้รับการรักษา จะปรากฏอาการ ซึ่งมีอาการดังนี้ มีอาการปวด มึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ คอวิงเวียน มักเป็นอาการเมื่อตื่นนอนช่วงเช้าและอาการทุเลาไปช่วงสาย มีอาการปวดศีรษะตบ ๆ อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหลเมื่ออาการของโรคมีระยะเวลานานขึ้นและไม่ได้รับการรักษาอาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน (สุรเกียรติ์ อาษานุกาพ, 2543)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากรักษาไม่ต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้อาการของโรครุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้อวัยวะสำคัญต่าง ๆ ถูกทำลายเช่น เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หลอดเลือดตีบตันหรือแตกเกิดความผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ความทรงจำลดลงและอาจรุนแรงเสียชีวิตได้การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวายกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตได้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนาแข็งรูหลอดเลือดตีบ ทำให้อัตราการกรองของเสียของไตลดลงแล้วไตเสื่อมสภาพ ทำให้ไตวายได้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง ทำให้มีการบวมของจอภาพนัยน์ตา

ทำให้การมองเห็นลดลงและมีโอกาสตาบอดได้หลอดเลือดในร่างกาย แรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เห็นหลอดเลือดหน้าต้วหลอดเลือดแดงแข็งตัว (สมจิต หนูเจริญกุล และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; Hickey, 2003)

จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สรุปได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีเกณฑ์จำแนกระยะของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท และระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจปรากฏอาการ ดังต่อไปนี้ มีอาการปวด มีน้้ำขมขื่น ตึงที่ต้นคอ คอวิงเวียน มักเป็นอาการเมื่อตื่นนอนช่วงเช้า มีอาการปวดศีรษะขม ๆ อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหล และที่สำคัญโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต

4.2 แนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

4.2.1 แนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดความรุนแรง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ด้าน (JNC 7, 2003) คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหารการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนี้

1) การรับประทานยา หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยา โดยรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยาลดยา หรือลืมรับประทานยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือผู้รักษาไม่หยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง เมื่อจำเป็นต้องรักษาโรคอื่น ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยาระมัดระวังอุบัติเหตุหลังรับประทานยาเพราะอาจมีอาการง่วงซึมได้ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้และเมื่อเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อยาลดความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

2) การควบคุมอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วย อาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำรับประทานผักผลไม้ในปริมาณ

มากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหารและหากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลงน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอทปัจจุบันมีการศึกษานับขนานชัดเจนว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทานจะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติดังนี้ จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้ไม่เกิน 1 ช้อนชาของเกลือแกงต่อวัน ไม่เติมน้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือแกงลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือในการถนอมอาหาร หรืออาหารที่มีเกลืออยู่ในธรรมชาติเช่น ไข่ นม อาหารทะเลต่างๆ หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและปรุงด้วยน้ำมัน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือมีแป้งและน้ำตาลมากและควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้องผักชนิดต่าง ๆ และผลไม้เนื่องจากอาหารที่มีผักผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ (JNC 7, 2003)

3) *การมาตรวจตามนัด* หมายถึง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมาตรวจตามนัด และให้ความร่วมมือในการรักษาจึงจะทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา โดยผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดทุกครั้งและหากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนนัด (สร้อยญา พิจารณ์, 2547)

4) *การออกกำลังกาย* หมายถึง การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคความหนักเบาในระดับต่ำถึงปานกลางและควรใช้ระยะเวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายเป็นประจำ สัปดาห์ละมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999) ได้แก่ การเดินแอโรบิคการเดินเร็วประมาณ 30 นาทีที่มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้าน เช่น การยกแบกกลาก หรือดึงของหนักเพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

5) *การจัดการความเครียด* หมายถึง การควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการป้องกันความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด (รัศมีธนา อัญญา, 2545) เช่น การทำจิตใจให้สงบ ควบคุมอารมณ์ ระงับความโกรธการ นั่งสมาธิ สวดมนต์ และการฝึกหายใจโดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลลา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดความรุนแรง สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดความรุนแรง ประกอบไปด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

4.2.2 แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อนขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดความรุนแรง พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แนวทางปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคพร้อมกันไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยเสริมให้การรักษาด้วยยาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้มี 5 ด้านดังนี้ (JNC 7, 2003)

1) การควบคุมและลดน้ำหนักตัว (*Weight Reduction*) น้ำหนักตัวที่ลดลงจะมีผลต่อความดันโลหิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน โดยควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม

2) การวางแผนรับประทานอาหาร (*DASH Eating Plan*) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรวางแผนรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารประเภทผักผลไม้ควบคุมอาหารประเภทไขมัน ลดอาหารประเภทเกลือ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท

3) การควบคุมหรือลดอาหารรสเค็ม (*Sodium Reduction*) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารรสเค็มเพราะอาหารรสเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท

4) การออกกำลังกาย (*Physical Activity*) เช่น การเดินแอโรบิกการเดินเร็วประมาณ 30 นาทีมีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท

5) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณแอลกอฮอล์ (*Moderate Alcohol Consumption*) แอลกอฮอล์จะให้พลังงานแก่ร่างกายจึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยารักษาความดันโลหิตสูงดังนั้นจึงควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่รับประทานได้คือเบียร์ 820 มิลลิลิตรไวน์

300 มิลลิกรัมและวิตามินซี 90 มิลลิกรัม ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอทรวมถึงการไม่สูบบุหรี่ พยายามทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เข้าใจสภาพแวดล้อมและทำจิตใจให้สงบ เช่น นั่งสมาธิ เป็นต้น แต่ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำ ยกเว้นกรณีที่มีหัวใจวายร่วมด้วย

จากการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อนขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ว่า แนวทางปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ 5 ประการ ได้แก่ การควบคุมและลดน้ำหนักตัว (Weight Reduction) การวางแผนรับประทานอาหาร (DASH Eating Plan) การควบคุมหรือลดอาหารรสเค็ม (Sodium Reduction) การออกกำลังกาย (Physical Activity) และการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณแอลกอฮอล์ (Moderate Alcohol Consumption)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคม

กาญจนา สนิท (2558) ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงราย

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ยังคงสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ วัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดในชีวิต ได้พักผ่อนเต็มที่และมีความสุข แต่เมื่อถึงวัยสูงอายุมีความไม่แน่ใจว่าจะได้รับการยกย่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่น่ารอคอย ฉะนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพประจำปี จัดทำบัญชีค่าใช้จ่าย ควบคุมรายจ่าย เพื่อให้มีเงินออม ส่งเสริมกิจกรรมสันตนาการระดับครอบครัว เพื่อให้มีชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่คาดหวังกับการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สำหรับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ประชาชนส่วนใหญ่มีการเตรียมพร้อมด้านร่างกายมากที่สุด โดยมีกรออกกำลังกายอย่างเหมาะสม มีการจัดการปัญหาสุขภาพ รองลงมาเป็นการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ คือ การเตรียมใจไว้ว่าหลังจากเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทหน้าที่ในสังคมรวมทั้งการยอมรับนับถือจากผู้อื่นจะลดลง ด้านเศรษฐกิจวางแผนการเตรียมเงินออมไว้ใช้สำหรับเวลาฉุกเฉิน ด้านที่อยู่อาศัยได้วางแผนมีบ้านเป็นของตนเอง และมีการเตรียมพร้อมด้านการใช้เวลาที่ดีที่สุด โดยได้วางแผนการใช้เวลาว่างหลังเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเงินออมไม่เพียงพอ การขาดความรู้และความ

เข้าใจในการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และการมีภาระเลี้ยงดูผู้อื่น ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในเขตเทศบาล นครเชียงราย จังหวัดเชียงราย ได้แก่ อายุ ภาวะเศรษฐกิจ ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ความคาดหวังต่อบทบาทการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มบุคคลต่างๆ และระดับปัญหาและอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ในเขตเทศบาล นครเชียงราย จังหวัดเชียงราย

ถนอมศักดิ์ บุญสุ (2555) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ผลของการศึกษา พบว่า การที่สมาชิกในชุมชนแยกกันอยู่แบบต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างไปทำมาหากิน ทำให้เกิดสภาวะที่ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง สถาบันครอบครัวซึ่งเดิมเป็นระบบเครือญาติที่มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด ความเกื้อกูลเอื้ออาทรและการอบรมขัดเกลาบุตรหลาน การปลูกฝังวัฒนธรรมและค่านิยมประเพณีที่เคยเป็นทุนทางสังคมกลับอ่อนแอลง ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทลง ส่วนสาเหตุของการย้ายถิ่นที่สำคัญ คือ ค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น ครัวเรือนส่วนใหญ่ของหมู่บ้านนี้มีหนี้สิน และค่านิยมการมีครอบครัวของคนรุ่นใหม่ ที่ปัจจุบันหนุ่มสาวนิยมไปเรียนหนังสือหรือไปทำงานต่างถิ่นแล้วก็มีมักจะมิครอบครัวและย้ายออกไปจากหมู่บ้านไปสร้างครอบครัวที่อื่นอย่างถาวร ทำให้ชุมชนขาดแรงงาน เมื่อมีการจัดกิจกรรมใดๆ ขึ้น ก็มักจะมีการจ้างแรงงานแทนที่จะเป็นการร่วมมือร่วมใจกันอาสาทำกิจกรรมเหล่านั้น ด้านการทำมาหากินก็มีการปรับเปลี่ยนอาชีพ มีการกู้เงินมาลงทุนและซื้อสิ่งของอุปโภคบริโภคต่าง ๆ

ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเวลาดีและเมื่อเจ็บป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมดังกล่าวข้างต้นมีผลกระทบต่อครอบครัวของสมาชิกในชุมชนและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสภาพ ผู้เฒ่าถึกถิ้ม คือการที่คนสูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น นอกจากนี้สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไปจากเดิม จากที่เคยอยู่ในฐานะคนเก่งและเป็นครูเป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง กลายเป็นถูกมองว่าเป็นคนหัวโบราณ ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งตนเองมากขึ้นนั้นก็ยังคงต้องรับภาระเลี้ยงหลานที่บ้านและต้องพึ่งการดูแลจากคนอื่น ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเวลาที่เป็นปกติไม่เจ็บป่วยและเมื่อยามเจ็บป่วย พบว่า ในเวลาที่เป็นปกติไม่เจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวัยใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การทำกิจกรรมใดๆ ที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย การระงับการกินการอยู่ และการเชื่อเรื่องบุญกรรมและการทำสมาธิ แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจะดูแลตนเอง 4 ลักษณะคือ ไม่ทำอะไรเลย หรือ บ่เข็ดหยัง ดูแลตนเองแบบ

ไม่ใช้ยา หรือ เบื้องเจ้าของแบบบ่ใช้ยา ดูแลรักษาแบบพื้นบ้าน หรือ เบื้องกันแบบพื้นบ้าน และดูแลตนเองแบบใช้ยา หรือ เบื้องเจ้าของแบบบ่ใช้ยา

ด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า สภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างรวดเร็วและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ระหว่างปีพ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน) ในระยะนี้ระบบบริการสุขภาพภายในประเทศได้นำหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาให้บริการแก่ประชาชน ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐได้มากขึ้นในชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้การดูแลการออกเยี่ยมผู้สูงอายุ การเจาะเลือดตรวจเบาหวานและวัดความดันให้กับผู้สูงอายุ ผลกระทบในระยะนี้นอกจากที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองแล้ว ผู้สูงอายุหลายคนยังต้องเลี้ยงดูหลานด้วยทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุเองก็มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากคนอื่น จากการศึกษาที่ประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอีกไม่กี่ปีนี้

Sheldon Cohen (2004) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่จะกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคม นั้นประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางสังคม โดยหมายถึง การสนับสนุนข้อมูล การจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่รับมือกับปัญหา ในรูปแบบของคำแนะนำหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาของคน ๆ หนึ่ง การสนับสนุนทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของความเห็นอกเห็นใจความเอาใจใส่ ความมั่นใจและความไว้วางใจและให้โอกาสในการแสดงออกทางอารมณ์และการระบาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะหมายถึง การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุดตัวคนเดียวบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลกระทบต่อสุขภาพในรูปลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้

Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017) ทำการศึกษาเกี่ยวกับ กลไกระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพ พบว่า ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์ แต่ยังคงต้องเรียนรู้มากมายเกี่ยวกับการกระทำและศักยภาพอื่นๆ ด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทำความเข้าใจกระบวนการระหว่างบุคคลและเส้นทางเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสุขภาพและโรค จากการศึกษาพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมและการขาดความสัมพันธ์ต่อทางสังคมทำให้เกิดการตอบสนองและพฤติกรรมทางชีวภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก จึงสามารถยังนำเสนอข้อมูลเชิงลึกเส้นทางเชื่อมโยงเกี่ยวกับการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของสุขภาพได้ คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของมนุษย์เป็นผลสืบเนื่องมาจาก

สุขภาพ เริ่มจากการดูแลด้านสาธารณสุข เนื่องจากการดูแลด้านสาธารณสุขจะแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรม การใช้ชีวิต และการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลที่มีแตกต่างกันออกไปแต่ละครอบครัว สังคม เพศ ระดับชั้นทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นต้น

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตับลวงเหนือ อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า อายุ ความรู้ ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกายและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานพบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรับประทานอาหารการออกกำลังกายการมีภาระในด้านเศรษฐกิจและภาระหน้าที่ในครอบครัว ในส่วนของความต้องการ

ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2559) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้านดังนี้ ด้านการป้องกันโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พูนศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัย พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 66.9 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.1 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 10,572.00 บาท รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 53.4 โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุนข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ภูมิแพ้ โรคหัวใจ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ การได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ และการตรวจรักษาที่เหมาะสมอยู่ในระดับดี ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับดีการได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิฐานะระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้

ระดับความดันโลหิต การและมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการตรวจรักษาที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้สูงอายุได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สร้างเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผ่านสื่อต่าง ๆ จัดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้กับผู้สูงอายุ จัดช่องทางพิเศษให้กับผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียเวลารอคอยพบแพทย์ และได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม

5.3 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

สมรัตน์ ขำมาก (2559) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า 1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ร้อยละ 86.20 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมในระดับสูง ร้อยละ 94.82 2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่างถิ่น มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(185) = -9.55, p < .05$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วย และระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมัครเป็นสมาชิกกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเพิ่มขึ้น ให้มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วย รวมถึงญาติหรือคนในครอบครัว ผู้ป่วยเพื่อให้กลุ่มมีความเข้มแข็ง และยั่งยืนตลอดไป

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่แสดงออกมานั้น มักเกิดจากการได้รับปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย และปัจจัยภายนอกจากสังคม ซึ่งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยนั้นปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคลโดยตรงซึ่งบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยภายในประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 อย่างคือ 1. องค์ประกอบทางกาย เช่น เพศ, อายุ, คชนิมิตกาย, ระยะเวลาที่ป่วย, ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว และ

ระดับความดันโลหิตสูง 2. องค์ประกอบทางจิต โดยร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากหากกระทบกระเทือนทางด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อจิตใจไปด้วย นอกจากนี้ องค์ประกอบทางจิตยังเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่างๆ เช่น อารมณ์, แรงจูงใจ, ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และ 3. องค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาและมีผลต่อสุขภาพ ในส่วนของปัจจัยภายนอกนั้น ผู้ป่วยจะได้รับจากสังคม หรือบุคคลที่อยู่รอบข้างเพื่อสนับสนุนแรงเสริมทางด้านบวกต่อการที่บุคคลจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งในทางกลับกันนั้นการมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงลบ จะเป็นแรงที่สนับสนุนก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ ก่อให้เกิดพฤติกรรม และความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยจะประกอบไปด้วย 1. การสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนข้อมูล การจัดหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่รับมือกับปัญหา ในรูปแบบของคำแนะนำหรือแนวทางในการจัดการกับปัญหาของคน ๆ หนึ่ง การสนับสนุนทางอารมณ์เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของความเห็นอกเห็นใจความเอาใจใส่ความมั่นใจและความไว้วางใจและให้โอกาสในการแสดงออกทางอารมณ์และการระบาย และ 2. การบูรณาการทางสังคมซึ่งจะหมายถึง การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุตัวตนด้วยบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลต่อสุขภาพในรูปลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลเกี่ยวข้องหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำเสนอรายงานในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ที่มีชื่อ และอยู่อาศัยจริงในพื้นที่ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – เดือนกรกฎาคม 2562 จำนวน 21,257 ราย (สำนักสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2562)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี โดยการใช้สูตรคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ตามแนวคิดของ Krejcie and Morgan (Robert V. Krejcie and Eayrle W. Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน ดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากรที่ศึกษา

e แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างกำหนดเป็น 0.05

X² แทน ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X²=3.841)

P แทน สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$\text{แทนค่า} = \frac{(3.841)(21,257)(0.5)(1-0.5)}{0.0025(21,257-1)+(3.841)(0.5)(1-0.5)} = 377$$

ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 377 คน

2. วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนำขนาดของกลุ่มตัวอย่างมา กำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละเขตพื้นที่ที่หน่วยบริการ โดยใช้วิธีเทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงแต่ละอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงออกเป็นอำเภอในชั้นแรก ชั้นต่อไปจึงแบ่งสัดส่วนจากระดับอำเภอออกเป็นระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง แล้วจึงแบ่งออกเป็นระดับหมู่บ้าน และทำการสุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งสามารถแจกแจงได้ดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำแนกตามเขตพื้นที่หน่วยบริการ

หน่วยบริการ	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอเมืองเพชรบุรี	5,702	101
อำเภอชะอำ	2,878	51
อำเภอยาง	2,028	36
อำเภอบ้านลาด	3,489	62
อำเภอบ้านแหลม	2,275	40
อำเภอเขาชัย	2,518	45
อำเภอหนองหญ้าปล้อง	897	16
อำเภอแก่งกระจาน	1,470	26
รวม	21,257	377

2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

2.1.1 เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม

2.1.2 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1.3 ยินดีให้ข้อมูล และเข้าร่วมการศึกษา

2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

2.2.1 ไม่พร้อมให้ข้อมูลในการศึกษา

2.2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

2.3 เกณฑ์การยกเลิก (Discontinuation criteria)

2.3.1 มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำวิจัยหรือเสียชีวิต

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

3.1 ส่วนที่ 1 ปัจจัยภายในของบุคคล

3.1.1 **ปัจจัยชีวภาพ** จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ระดับความดันโลหิต และโรคประจำตัวอื่นๆ

3.1.2 **ปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคล** ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบข้อที่ 1-2 และข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 3 -5 มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ (Likert, 1932 อ้างถึงใน เตมศักดิ์ สุขวินุลย์, 2552)

คำตอบ	การให้คะแนนเชิงบวก	การให้คะแนนเชิงลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

สำหรับเกณฑ์บ่งชี้ระดับอารมณ์ ในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
โดยใช้เกณฑ์ $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

$$\text{แทนค่า } \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

3

คะแนน 1.00-2.33 ระดับน้อย

คะแนน 2.34-3.66 ระดับปานกลาง

คะแนน 3.67-5.00 ระดับมาก

3.1.3 ด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ดังนี้ (Likert, 1932 อ้างถึงใน เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

คำตอบ	การให้คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

สำหรับเกณฑ์บ่งชี้ระดับแรงจูงใจ ในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
โดยใช้เกณฑ์ คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด
จำนวนชั้น

$$\text{แทนค่า } \frac{5-1}{3} = 1.33$$

3

คะแนน 1.00-2.33 ระดับน้อย

คะแนน 2.34-3.66 ระดับปานกลาง

คะแนน 3.67-5.00 ระดับมาก

3.1.4 ด้านความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม)

จัดคะแนนในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Bloom, 1972)

คะแนนรวม $\geq 80\%$ (≥ 8 คะแนน) ระดับคะแนนสูง

คะแนนรวม 60 – 79 % (6 – 7 คะแนน) ระดับคะแนนปานกลาง

คะแนนรวม $< 60\%$ (< 5 คะแนน) ระดับคะแนนต่ำ

3.1.5 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบข้อที่ 1, 2, และ 3 ข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 4 และ 5 มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ ดังนี้ (Likert, 1932 อ้างถึงใน เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

คำตอบ	การให้คะแนนเชิงบวก	การให้คะแนนเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วย	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

สำหรับเกณฑ์บ่งชี้ระดับทัศนคติ ในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

โดยใช้เกณฑ์	คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด	
	จำนวนชั้น	
แทนค่า	$\frac{5-1}{3} = 1.33$	
คะแนน	1.00-2.33	ระดับน้อย
คะแนน	2.34-3.66	ระดับปานกลาง
คะแนน	3.67-5.00	ระดับมาก

3.2 ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อได้มากกว่า 1 ตัวเลือก ข้อที่ 1 – 8 คือด้านการสนับสนุนทางสังคม และข้อ 9 – 12 คือด้านการบูรณาการทางสังคมโดยกำหนดให้ตัวเลือกในแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน (Likert, 1932 อ้างถึงใน เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

สำหรับเกณฑ์บ่งชี้ระดับความสัมพันธ์ ในภาพรวมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

โดยใช้เกณฑ์	คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด	
	จำนวนชั้น	
แทนค่า	$\frac{5-1}{3} = 1.33$	
คะแนน	1.00-2.33	ระดับน้อย
คะแนน	2.34-3.66	ระดับปานกลาง
คะแนน	3.67-5.00	ระดับมาก

3.3 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ด้าน

1. ด้านการรับประทานอาหาร ข้อที่ 1-3 2. ด้านสุขภาพจิต ข้อที่ 4-6 3. ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่ 7-9 4. ด้านการใช้ยา ข้อที่ 10-13 5. ด้านการสูบบุหรี่ ข้อที่ 14 และ 6. ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อที่ 15 รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงลบข้อที่ 1, 5, 6, 11, 13, 14, และ 15 ข้อคำถามเชิงบวก ข้อที่ 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 และ 12 มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ (Likert, 1932 อ้างถึงใน เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, 2552)

คำตอบ	การให้คะแนนเชิงบวก	การให้คะแนนเชิงลบ
ทำตลอดหรือประจำทุกวัน	4	0
ทำบ่อย (4-5 วัน/สัปดาห์)	3	1
ทำปานกลาง (3 วัน/สัปดาห์)	2	2
ทำน้อย (1-2 วัน/สัปดาห์)	1	3
ไม่ทำเลย	0	4

สำหรับเกณฑ์บ่งชี้ระดับพฤติกรรม แบ่งระดับได้ดังนี้ (Bloom, 1972)

ต่ำกว่าร้อยละ 0-60 (น้อยกว่า 2.40 คะแนน) ระดับไม่ดี

ร้อยละ 61-79 (2.41 – 3.20 คะแนน) ระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (มากกว่า 3.21 คะแนน) ระดับระดับดี

3.4 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

3.4.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี กำหนดกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย และใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

3.4.2 สร้างแบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบเนื้อหาของแบบสอบถาม ว่าครอบคลุมวัตถุประสงค์ จากการนำแบบสอบถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

3.4.3 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3.4.4 นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (try-out) กับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 39 ชุด เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือ

โดยการหาค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha) และ KR – 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ได้ค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อถือได้สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้จริง ดังนี้

- 1) ด้านอารมณ์ มีค่าเท่ากับ 0.827
- 2) ด้านแรงจูงใจ มีค่าเท่ากับ 0.790
- 3) ด้านความรู้ความเข้าใจ โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.700
- 4) ด้านทัศนคติ มีค่าเท่ากับ 0.886
- 5) ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง มีค่าเท่ากับ 0.971
- 6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อ โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 0.700

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ทำหนังสือราชการถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี

4.2 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องประจำหน่วยบริการในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี และลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์

4.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล, ปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคล, ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 ทดสอบสมมติฐาน โดยการใช้สถิติ ทดสอบความสัมพันธ์ ดังนี้

5.2.1 *ตัวแปรด้านเพศ, ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว, ระดับความดันโลหิต และโรคประจำตัวอื่นๆ* ใช้สถิติ Chi-Square test

5.2.2 **ตัวแปรด้านอายุ, ดัชนีมวลกาย, ระยะเวลาที่ป่วย, อารมณ์, แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง, ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง** ใช้สถิติ Spearman Correlation

6. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์

มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ คจม.พบ. 008/2562 นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องยึดถือจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด ด้วยการแจ้งคำพิทักษ์สิทธิ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้

6.1 แจ้งรายละเอียดโดยย่อของงานวิจัยในครั้งนี้ เช่น ชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลเปิดเผยทั้งด้านบวก และด้านลบของการวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่สูญเสียสิทธิใดๆทั้งสิ้น

6.2 บอกประโยชน์ของการวิจัย ผู้วิจัยบอกประโยชน์ของงานวิจัยที่คาดว่าจะได้รับการจากการศึกษาในครั้งนี้

6.3 แจ้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ หากต้องการหรือมีความขัดแย้งในการให้ข้อมูล

6.4 การเซ็นชื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจด้วยตนเองในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ ขออนุญาตบันทึกที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ หากมีข้อสงสัย หรือข้อคำถาม และเพื่อความสะดวกในการนัดหมายเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับขึ้นใจ หรือชักจูงหวานล่อม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

6.5 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลตลอด จนสามารถตรวจสอบข้อมูลของตัวเองได้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย

6.6 ตลอดการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถติดต่อผู้วิจัย เพื่อซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยผ่านทางเบอร์โทรศัพท์ 08 6286 8771 และ E-mail : ball_kinger@hotmail.com ได้ตลอดเวลา

6.7 ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลตลอดการศึกษา และสามารถตรวจสอบข้อมูลของตนเองได้ จากผู้วิจัย โดยผ่านทางเบอร์โทรศัพท์ 08 6286 8771 และ E-mail : ball_kingers@hotmail.com ได้ตลอดเวลา

6.8 การนำเสนอข้อมูลการศึกษารั้งนี้ เป็นการให้ข้อมูลทางด้านวิชาการเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี การวัดระดับความดันโลหิตสูงในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาต และทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง และมีการลงลายมือชื่อในใบยินยอมในการให้ข้อมูล โดยการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการเจาะเลือด การทดลองทางคลินิก หรือการผ่าตัดใดๆทั้งสิ้น

6.9 ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น หากความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในด้านต่างๆ ในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้ความช่วยเหลือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้แก่

6.9.1 ด้านร่างกาย ความผิดปกติของสุขภาพ ผู้วิจัยยินดีให้ความช่วยเหลือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

6.9.2 ด้านจิตใจ เช่น อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยระมัดระวังการใช้คำถาม น้ำเสียง และท่าทาง ที่ไม่รุนแรงร้าว ตลอดจนสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด ถ้ามีอาการผิดปกติ ไม่พอใจ ซึมเศร้าสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้

6.9.3 ด้านสังคม เช่น การพบปะผู้คนที่ไม่คุ้นเคย ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ ขั้นตอนในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

6.10 ประเด็นเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ในการนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อการพัฒนา มิได้นำเสนอเฉพาะเจาะจงรายบุคคล และใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

6.11 ผลกระทบด้านจิตใจ/สังคม/และชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ให้การเข้าร่วมในการศึกษา จะได้รับทราบถึงขั้นตอนในการวิจัย ตลอดจนการติดตามดูแล และให้กำลังใจจากผู้วิจัยโดยการบอกถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยที่จะส่งผลบวกต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการดำเนินการศึกษาทุกขั้นตอนจะอยู่ภายใต้กรอบของข้อกฎหมาย โดยจะไม่มีภาระและริรอนสิทธิต่างๆของผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ ความสัมพันธ์ทางสังคมและพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานการวางแผนปรับปรุง และพัฒนาการสร้างระบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อันได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแล บุคคลในครอบครัวรวมไปถึงตัวผู้ป่วยเองได้ โดยมีสมมุติฐานที่ว่า ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคล และความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยด้านชีวภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 377)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	24.9
หญิง	283	75.1
อายุ		
น้อยกว่า 66 ปี	151	40.1

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน) (N = 377)	ร้อยละ
ระหว่าง 66 – 75 ปี	141	37.4
ตั้งแต่ 76 ปีขึ้นไป	85	22.5
M = 69.75 MAX = 95 MIN = 60 SD =8.10		
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อย (<18.5)	15	4.0
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	196	52.0
ท้วม (23 – 24.9)	164	43.5
อ้วน (25 -29.9)	2	0.5
M = 22.49 MAX = 30.36 MIN = 15.31 SD =2.82		
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 6 ปี	113	30.0
ระหว่าง 6 - 10 ปี	112	29.7
มากกว่า 10 ปี	152	40.3
M = 10.64 MAX = 36 MIN = 1 SD =7.91		
ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตามสายเลือด		
ไม่มี	62	16.4
มีประวัติเจ็บป่วย 1 โรค	119	31.6
มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรค ขึ้นไป	196	52.0
ระดับความดันโลหิตสูง		
กลุ่มปกติ (<120-139/80-89)	228	60.5
กลุ่มป่วยระดับ 1 (140-159/90-99)	123	32.6
กลุ่มป่วยระดับ 2 (160-179/100-109)	26	6.9
โรคประจำตัวอื่นๆ		
ไม่มี	119	31.6
มีประวัติเจ็บป่วย 1 โรค	170	45.1
มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรค ขึ้นไป	88	23.3

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.1 มีอายุอยู่ในช่วง น้อยกว่า 66 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.1 มีดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มของ น้ำหนักปกติ (18.5-22.9) มากที่สุด ร้อยละ 52.0 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 40.3 และมีบุคคลในครอบครัว มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรค ขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 52.0 ทั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อยู่ในกลุ่มปกติ (<120-139/80-89) มากที่สุด ร้อยละ 60.5 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรคมากที่สุดร้อยละ 45.1

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตามสายเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตามสายเลือด	จำนวน (คน) (N = 377)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง		
มี	280	74.3
ไม่มี	97	25.7
โรคเบาหวาน		
มี	186	49.3
ไม่มี	191	50.7
โรคมะเร็ง		
มี	78	20.7
ไม่มี	299	79.3
โรคหัวใจ และหลอดเลือด		
มี	63	16.7
ไม่มี	314	83.3

จากตารางที่ 4.2 พบว่าบุคคลในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 49.3 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 20.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามโรคประจำตัวอื่นๆ

โรคประจำตัวอื่นๆ	จำนวน (คน) (N = 377)	ร้อยละ
โรคจอตาเสื่อม		
มี	20	5.3
ไม่มี	357	94.7
โรคเบาหวาน		
มี	88	23.3
ไม่มี	289	76.7
โรคหัวใจ และหลอดเลือด		
มี	18	4.8
ไม่มี	359	95.2
โรคไต		
มี	22	5.8
ไม่มี	355	94.2
โรคไขข้อ		
มี	227	60.2
ไม่มี	150	39.8

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักป่วยด้วยโรคไขข้อร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 60.2 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.3 และโรคไต ร้อยละ 5.8 ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด	2.18	1.05	น้อย
2. มีความรู้สึกที่อยากพบปะผู้คน	2.51	0.98	ปานกลาง
3. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้รู้สึกขาดสมาธิ หรือกังวลใจจนไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไม่ได้	3.98	0.99	มาก
4. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้มีความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ	3.69	1.16	มาก
5. สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่รู้สึกเครียด กังวล หรือ ก্লุ้มใจ จากการที่ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	4.19	0.91	มาก
เฉลี่ยภาวะด้านอารมณ์	3.31	0.45	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมภาวะด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง 3.31 (SD = 0.45) โดยมีประเด็นที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่รู้สึกเครียด กังวล หรือก্লุ้มใจ จากการที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.19 (SD = 0.91) รองลงมาคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้รู้สึกขาดสมาธิ หรือกังวลใจจนไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไม่ได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.99) และการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้ท่านมีความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.69 (SD = 1.16) ตามลำดับ

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.18 (SD = 1.05) รองลงมาคือมีความรู้สึกที่อยากพบปะผู้คน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.51 (SD = 0.98) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ	4.36	0.69	มาก
2. การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกว่าการรับประทานยาอย่างเดียว	4.26	0.75	มาก
3. ออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.98	0.82	มาก
4. ควบคุมอาหาร เนื่องจากไม่อยากให้บุคคลในครอบครัว มีความกังวลหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้	4.14	0.71	มาก
5. ไม่รู้สึกเป็นภาระของบุคคลรอบข้างจากการที่ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	3.64	1.00	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวมด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	4.07	0.56	มาก

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก 4.07 (SD = 0.56) โดยมีประเด็นที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้รู้สึกสบายใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.36 (SD = 0.69) รองลงมา คิดว่าการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกว่าการรับประทานยาอย่างเดียว โดยมีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD = 0.75) และควบคุมอาหาร เนื่องจากไม่อยากให้บุคคลในครอบครัวมีความกังวลหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.14 (SD = 0.71) ตามลำดับ

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลางคือ ความรู้สึกรู้สึกไม่อยากเป็นภาระของบุคคลรอบข้างจากการที่ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64 (SD = 1.00) รองลงมาคือออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.82) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวน และร้อยละด้านความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคอ้วนไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง	265	70.3	112	29.7
2. การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	237	62.9	140	37.1
3. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำทำให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	213	56.5	164	43.5
4. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดอัมพาตได้	240	63.7	137	36.3
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดอาการชาตามแขนขา และทำให้แขนขาอ่อนแรงได้	251	66.6	126	33.4
6. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้	251	66.6	126	33.4
7. โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง	274	72.7	103	27.3
8. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดภาวะโรคแทรกซ้อนได้	356	94.4	21	5.6
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด	264	70	113	30
10. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกายร่วมด้วย	358	95.0	19	5.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกายร่วมด้วย ร้อยละ 95.0 รองลงมาคือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดภาวะโรคแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 94.4 และ

โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำทำให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 36.3 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดอาการชาตามแขนขา และทำให้แขนขาอ่อนแรงได้ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ ร้อยละ 33.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 ระดับความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	184	48.8
ปานกลาง	123	32.6
ต่ำ	70	18.6
รวม	377	100

จากตารางที่ 4.7 เมื่อนำผลของตารางที่ 4.6 มาเทียบค่าระดับความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.6

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไป เช่น ไข้หวัด จำเป็นต้องกังวลต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง	3.71	1.27	มาก

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
2. โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องรับการรักษา เพราะไม่สามารถหายเป็นปกติได้เอง	3.56	1.39	ปานกลาง
3. โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	3.61	1.46	ปานกลาง
4. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไป มีความจำเป็นต้องรักษา	3.50	1.40	ปานกลาง
5. การควบคุมอาหารไม่เป็นเรื่องยาก และมีผลต่อการรักษา ระดับความดันโลหิตสูง	3.59	1.35	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวมด้านทัศนคติ	3.59	1.29	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยรวมด้านทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง 3.59 (SD = 1.29) โดยมีประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไปเช่นไข้หวัด จำเป็นต้องกังวลต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.71 (SD = 1.27) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.61 (SD = 1.46) และการควบคุมอาหารไม่เป็นเรื่องที่ยาก และมีผลต่อการรักษา ระดับความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.59 (SD = 1.35) ตามลำดับ ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไป มีความจำเป็นต้องรักษา โดยมีค่าเฉลี่ย 3.50 (SD = 1.40) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรับการรักษา สามารถหายเป็นปกติได้เอง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (SD = 1.39) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุที่กับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

3.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ประเด็นความสัมพันธ์ทางสังคม	M	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	3.85	0.67	มาก
1. ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง	3.02	1.53	ปานกลาง
2. ได้รับกำลังใจเมื่อมีความเครียดจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	3.04	1.43	ปานกลาง
3. ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง	4.04	0.86	มาก
4. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	4.12	0.87	มาก
5. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	4.25	0.80	มาก
6. ได้บอกปัญหาหรือได้รับคำปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	4.15	0.75	มาก
7. ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	4.12	0.79	มาก
8. ได้รับการไว้วางใจ	4.08	0.79	มาก
การบูรณาการทางสังคม	4.12	0.68	มาก
9. ให้โอกาสนำความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มาแลกเปลี่ยนกับคนในชุมชน	4.13	0.80	มาก
10. ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพทำให้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น	4.14	0.76	มาก
11. ทำให้รู้สึกตระหนักถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม	4.09	0.80	มาก
12. ทำให้ได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.13	0.78	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.94	0.62	มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก 3.94 (SD = 0.62) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD = 0.80) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยรับฟังปัญหา หรือเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.15 (SD = 0.75) และ ได้รับความรู้ และ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วทำให้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 4.14 (SD = 0.76)

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.02 (SD = 1.53) รองลงมาคือเมื่อมีความเครียดเนื่องจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มักได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.04 (SD = 1.43) และได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 4.04 (SD = 0.86)

3.2 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ประเด็นความสัมพันธ์ทางสังคม	M	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	3.89	0.70	มาก
1. ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง	3.97	0.83	มาก
2. ได้รับกำลังใจเมื่อมีความเครียดจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	3.89	0.84	มาก
3. ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง	3.95	0.86	มาก
4. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	3.94	0.83	มาก
5. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	3.95	0.84	มาก
6. ใ้บอปัญหาหรือได้รับคำปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	3.84	0.89	มาก
7. ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	3.77	0.84	มาก

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

ประเด็นความสัมพันธ์ทางสังคม	M	SD	ระดับ
8. ได้รับการไว้วางใจ	3.81	0.79	มาก
การบูรณาการทางสังคม	3.82	0.74	มาก
9. ให้โอกาสนำความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มาแลกเปลี่ยนกับคนในชุมชน	3.83	0.85	มาก
10. ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพทำให้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น	3.80	0.86	มาก
11. ทำให้รู้สึกตระหนักถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม	3.81	0.82	มาก
12. ทำให้ได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	3.83	0.82	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	3.87	0.67	มาก

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวม ความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก 3.87 (SD =0.67) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.97 (SD =0.83) รองลงมาคือ ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD =0.86) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD = 0.84)

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงใด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.84) รองลงมาคือ ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แล้วทำให้ท่านรู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 3.80 (SD =0.86) และมีความรู้สึก

ตระหนักถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.82)

3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามข้อ

ประเด็นความสัมพันธ์ทางสังคม	M	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	4.14	0.65	มาก
1. ได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง	4.12	0.82	มาก
2. ได้รับกำลังใจเมื่อมีความเครียดจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	4.09	0.78	มาก
3. ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูง	3.98	0.88	มาก
4. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	3.95	0.85	มาก
5. ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง	4.06	0.85	มาก
6. ได้บอกปัญหาหรือได้รับคำปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	4.32	0.75	มาก
7. ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง	4.26	0.76	มาก
8. ได้รับการไว้วางใจ	4.34	0.75	มาก
การบูรณาการทางสังคม	4.22	0.73	มาก
9. ให้โอกาสนำความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มาแลกเปลี่ยนกับคนในชุมชน	4.18	0.88	มาก
10. ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพทำให้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น	4.23	0.79	มาก
11. ทำให้รู้สึกตระหนักถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม	4.24	0.76	มาก
12. ทำให้ได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	4.23	0.82	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้าน ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	4.17	0.63	มาก

จากตารางที่ 4.11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวม ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับมาก 4.17 (SD = 0.63) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ บุคคลในครอบครัวได้รับการไว้วางใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.34 (SD = 0.75) รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวคอยรับฟังปัญหา หรือเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติตน ป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.32 (SD = 0.75) และบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.06 (SD = 0.76)

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ได้รับความแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลในครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD = 0.85) รองลงมาคือ ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลในครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.88) และบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงให้ท่านเพียงใด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.85)

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามบุคคล

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.94	0.62	มาก
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	3.87	0.67	มาก
3. บุคคลในครอบครัว	4.17	0.63	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง	3.99	0.54	มาก

จากตารางที่ 4.12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักในระดับมาก เท่ากับ 3.99 (SD = 0.54) โดยมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD = 0.63) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.94 (SD = 0.62) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 (SD = 0.67) ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามข้อ

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือเติมน้ำปลาเพิ่ม	2.89	1.68	ปานกลาง
2. ควบคุมปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายตามน้ำหนัก	3.28	1.31	ดี
3. รับประทานอาหารที่มีผักใบเขียวเป็นส่วนประกอบ	3.63	1.06	ดี
4. มีกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ หรือสนใจ	3.52	1.07	ดี
5. ไม่รู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เสีย จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือรู้สึกรำคาญบุคคลรอบข้าง	2.81	1.69	ปานกลาง
6. เมื่อมีความเครียดจะไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว	2.28	1.19	ไม่ดี
7. ควบคุมน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสม	2.56	1.00	ปานกลาง
8. ทำงานที่มีการออกแรงโดยการเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก	2.81	1.00	ปานกลาง
9. ออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.61	0.99	ปานกลาง
10. รับประทานยาครบตามคำสั่งแพทย์	2.58	1.33	ปานกลาง
11. ไม่หยุดรับประทานยาที่แพทย์สั่งด้วยตนเองเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว	2.78	1.25	ปานกลาง
12. ไปพบแพทย์ด้วยตนเองตามนัด	3.04	0.96	ปานกลาง
13. ไม่ซื้อยามารับประทานเอง โดยไม่พบแพทย์	2.26	1.40	ไม่ดี
14. ไม่สูบบุหรี่	2.68	1.33	ปานกลาง
15. ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.13	1.70	ไม่ดี
ค่าเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	2.79	0.35	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง 2.79 (SD = 0.35) โดยมีประเด็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ รับประทานอาหารที่มีผักใบเขียวเป็นส่วนประกอบ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.63 (SD = 1.06)

รองลงมาคือ มีกิจกรรมที่ชื่นชอบ หรือสนใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.52 (SD = 1.07) และมีการควบคุมปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายตามน้ำหนัก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.28 (SD = 1.31) ตามลำดับ

ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.13 (SD = 1.70) รองลงมาคือไม่ซื้อยามารับประทานเอง โดยไม่พบแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 (SD = 1.40) และเมื่อมีความเครียดมักจะ ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว โดยมีค่าเฉลี่ย 2.28 (SD = 1.19)

5. การทดสอบสมมติฐาน

การศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบูรณ์สามารถนำผลที่ได้จาก การศึกษามาวิเคราะห์สมมติฐานในแต่ละข้อได้ดังนี้

5.1 สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

5.1.1 เพศ

ตารางที่ 4.14 เพศของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

เพศ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง							
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	21	22.3	66	70.2	7	7.4	94	100
หญิง	43	15.2	215	76.0	25	8.8	283	100
รวม	64	17.0	281	74.5	32	8.5	377	100

Chi-Square test = 2.597 p – Value = 0.273 Cramer's V = 0.083

จากตารางที่ 4.14 พบว่าเพศของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5 และพบว่าเพศชาย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีกว่าเพศหญิง

5.1.2 อายุ

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
อายุ	-0.043	0.405

จากตารางที่ 4.15 พบว่าอายุของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.1.3 ดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 4.16 ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
ดัชนีมวลกาย	0.082	0.111

จากตารางที่ 4.16 พบว่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.1.4 ระยะเวลาที่ป่วย

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
ระยะเวลาที่ป่วย	0.182**	<0.001

จากตารางที่ 4.17 พบว่าระยะเวลาป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก แต่มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก

5.1.5 ประวัติการเจ็บป่วย

ตารางที่ 4.18 ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ประวัติการเจ็บป่วยบุคคล ในครอบครัว	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง							
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	13	21.0	42	67.7	7	11.3	62	100
มีประวัติเจ็บป่วย 1 โรค	24	20.2	86	72.3	9	7.6	119	100
มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรค ขึ้นไป	27	13.8	153	78.1	16	8.2	196	100
รวม	64	17.0	281	74.5	32	8.5	377	100

Chi-Square test = 3.990 p – Value = 0.407 Cramer's V = 0.073

จากตารางที่ 4.18 พบว่าประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5 และพบว่ากลุ่มของไม่มีประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 21.0

5.1.6 ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.19 ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับความดันโลหิต	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง							
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มปกติ	44	19.3	159	69.7	25	11.0	228	100
กลุ่มป่วยระดับ 1	14	11.4	103	83.7	6	4.9	123	100
กลุ่มป่วยระดับ 2	6	23.1	19	73.1	1	3.8	26	100
รวม	64	17.0	281	74.5	32	8.5	377	100

Chi-Square test = 9.868 p – Value = 0.043 Cramer's V = 0.114

จากตารางที่ 4.19 พบว่าระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แต่มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5 และพบว่าระดับความดันโลหิตสูงของกลุ่มป่วยระดับ 2 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 23.1

5.1.7 ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ

ตารางที่ 4.20 ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง							
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	22	18.5	85	71.4	12	10.1	119	100
มีประวัติเจ็บป่วย 1 โรค	25	14.7	133	78.2	12	7.1	170	100

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง							
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป	17	19.3	63	71.6	8	9.1	88	100
รวม	64	17	281	74.5	32	8.5	377	100

Chi-Square test = 2.333 p – Value = 0.675 Cramer's V = 0.056

จากตารางที่ 4.20 พบว่าโรคประจำตัวอื่นๆของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5 และพบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีมากที่สุด ร้อยละ 19.3

ตารางที่ 4.21 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยทางชีวภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	r_s / χ^2	p – Value
เพศ	2.59	0.273
อายุ	-0.043	0.405
ดัชนีมวลกาย	0.082	0.111
ระยะเวลาที่ป่วย	0.182**	<0.001
ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว	3.990	0.407
ระดับความดันโลหิต	9.868**	0.043
ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ	2.333	0.675

จากตารางที่ 4.21 พบว่า ปัจจัยทางชีวภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ระยะเวลาที่ป่วย และระดับความดันโลหิต ซึ่งระยะเวลา

ที่ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุด ในส่วนของปัจจัยชีวภาพด้านอื่นๆนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.2 สมมุติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยทางจิตสังคมของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

5.2.1 อารมณ์ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
อารมณ์	-0.021	0.682

จากตารางที่ 4.22 พบว่าอารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.2.2 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 4.23 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	-0.073	0.158

จากตารางที่ 4.23 พบว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.2.3 ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4.24 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง	-0.083	0.107

จากตารางที่ 4.24 พบว่าความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.2.4 ทักษะของผู้สูงอายุต่อโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4.25 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
ทักษะ	0.076	0.141

จากตารางที่ 4.25 พบว่าทักษะของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 4.26 สรุปความสัมพันธ์ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	r_s	p – Value
อารมณ์	-0.021	0.682
แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	-0.073	0.158
ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง	-0.083	0.107
ทักษะ	0.076	0.141

จากตารางที่ 4.26 ไม่พบว่ามีปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุด้านใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

5.3 สมมุติฐานข้อที่ 3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

5.3.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 4.27 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
การสนับสนุนทางสังคม	0.185**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.223**	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวม	0.210**	<0.001

จากตารางที่ 4.27 พบว่า ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก ทั้งในภาพรวมของความสัมพันธ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคม และการบูรณาการทางสังคมแต่มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

5.3.2 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 4.28 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
การสนับสนุนทางสังคม	0.374**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.407**	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวม	0.400**	<0.001

จากตารางที่ 4.28 พบว่า ความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก ทั้งในภาพรวมของความสัมพันธ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคม และการบูรณาการทางสังคม โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

5.3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว

ตารางที่ 4.29 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร (n = 377)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p – Value
การสนับสนุนทางสังคม	0.472**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.477**	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวม	0.481**	<0.001

จากตารางที่ 4.29 พบว่า ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในเชิงบวก ทั้งในภาพรวมของความสัมพันธ์ และด้านการสนับสนุนทางสังคม และการบูรณาการทางสังคม โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

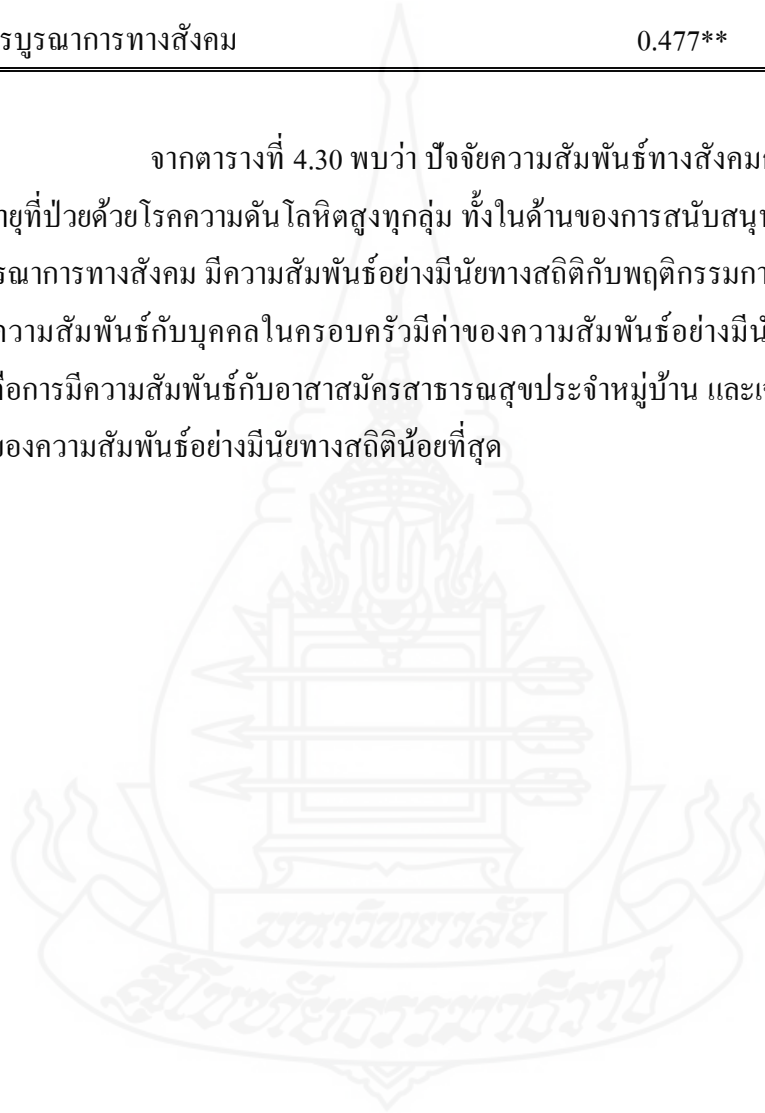
ตารางที่ 4.30 สรุปความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	r_s	p – Value
ความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.210**	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.185**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.223**	<0.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม โดยรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	0.400**	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.374**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.407**	<0.001

ตารางที่ 4.30 (ต่อ)

ตัวแปร	r_s	p – Value
ความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวมบุคคลในครอบครัว	0.481**	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.472**	<0.001
การบูรณาการทางสังคม	0.477**	<0.001

จากตารางที่ 4.30 พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทุกกลุ่ม ทั้งในด้านของการสนับสนุนทางสังคม และด้านของการบูรณาการทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการมีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีค่าของความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติมากที่สุด รองลงมาคือการมีความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับของความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติน้อยที่สุด



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ ความสัมพันธ์ทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยทางชีวภาพ ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับ บุคคลที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ที่มีชื่อ และอยู่อาศัยจริงในพื้นที่ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน – เดือนกรกฎาคม 2562 จำนวน 21,257 ราย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จำนวน 377 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Chi-square และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman Correlation) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

1. สรุปผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาปัจจัยภายในบุคคลด้านชีวภาพและด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

1.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.1 มีอายุอยู่ในช่วง น้อยกว่า 66 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.1 มีดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มของ น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)

มากที่สุด ร้อยละ 52.0 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 40.3 และมีบุคคลในครอบครัว มีประวัติเจ็บป่วยอย่างน้อย 2 โรค ขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 52.0 ทั้งนี้ บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 74.3 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 49.3 และ โรคมะเร็ง ร้อยละ 20.7 และกลุ่มตัวอย่าง นั้นมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อยู่ในกลุ่มปกติ (<120-139/80-89) มากที่สุด ร้อยละ 60.5 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรคมากที่สุดร้อยละ 45.1 โดยมักป่วยด้วยโรคไขมันร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 60.2 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.3 และโรคไต ร้อยละ 5.8

1.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

1.2.1 ด้านอารมณ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมภาวะด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง 3.31 (SD = 0.45) โดยมีประเด็นที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่รู้สึกเครียด กังวล หรือกลัว จากการศึกษาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.19 (SD = 0.91) รองลงมาคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้รู้สึกขาดสมาธิ หรือกังวลใจจนไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไม่ได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.99) และการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้ท่านมีความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.69 (SD = 1.16) ตามลำดับ ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.18 (SD = 1.05) รองลงมาคือมีความรู้สึกที่อยากพบปะผู้คน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.51 (SD = 0.98) ตามลำดับ

1.2.2 ด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก 4.07 (SD = 0.56) โดยมีประเด็นที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้รู้สึกสบายใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.36 (SD = 0.69) รองลงมา คิดว่าการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกว่าการรับประทานยาอย่างเดียว โดยมีค่าเฉลี่ย 4.26 (SD = 0.75) และควบคุมอาหาร เนื่องจากไม่อยากจะให้บุคคลในครอบครัวมีความกังวลหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.14 (SD = 0.71) ตามลำดับ ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดแต่อยู่ในระดับปานกลางคือ ความรู้สึกรู้สึกไม่อยากเป็นภาระของบุคคลรอบข้างจากการที่ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.64 (SD = 1.00) รองลงมาคือออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.82) ตามลำดับ

1.2.3 ด้านความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ความเข้าใจ โรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.6 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกายร่วมด้วย ร้อยละ 95.0 รองลงมาคือการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดภาวะโรคแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 94.4 และโรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 72.7 ตามลำดับ ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำทำให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 36.3 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดอาการชาตามแขนขา และทำให้แขนขาอ่อนแรงได้ และ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ ร้อยละ 33.4 ตามลำดับ

1.2.4 ด้านทัศนคติ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยรวมด้านทัศนคติต่อ โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง 3.59 (SD = 1.29) โดยมีประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไปเช่นไข้หวัด จำเป็นต้องกังวลต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.71 (SD = 1.27) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.61 (SD = 1.46) และการควบคุมอาหารไม่เป็นเรื่องที่ยาก และมีผลต่อการรักษา ระดับความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.59 (SD = 1.35) ตามลำดับ ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นเรื่องปกติทั่วไปมีความจำเป็นที่ต้องรักษา โดยมีค่าเฉลี่ย 3.50 (SD = 1.40) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรับการรักษา สามารถหายเป็นปกติได้เอง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.56 (SD = 1.39) ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมครอบคลุมมิติ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับการบูรณาการทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุดังกล่าวกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

1.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

ผลการศึกษา พบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลักที่ 3.99 (SD = 0.54) โดยมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว

มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.17 (SD = 0.63) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.94 (SD = 0.62) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีค่าเฉลี่ย 3.87 (SD = 0.67) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของบุคคลสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1.3.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก 3.94 (SD = 0.62) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD = 0.80) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยรับฟังปัญหา หรือเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.15 (SD = 0.75) และ ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วทำให้รู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 4.14 (SD = 0.76) ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้อยที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.02 (SD = 1.53) รองลงมาคือเมื่อมีความเครียดเนื่องจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มักได้รับความกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 3.04 (SD = 1.43) และได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีค่าเฉลี่ย 4.04 (SD = 0.86)

1.3.2 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับมาก 3.87 (SD = 0.67) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.97 (SD = 0.83) รองลงมาคือ ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD = 0.86) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD = 0.84) ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้อยที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงใด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.84) รองลงมาคือ ได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แล้วทำให้ท่านรู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 3.80 (SD = 0.86) และมีความรู้สึกตระหนักถึง

ผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีค่าเฉลี่ย 3.81 (SD = 0.82)

1.3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว อยู่ในระดับมาก 4.17 (SD = 0.63) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นแล้วพบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ บุคคลในครอบครัวได้รับการไว้วางใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 4.34 (SD = 0.75) รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวคอยรับฟังปัญหา หรือเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.32 (SD = 0.75) และบุคคลในครอบครัวทำให้รู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.06 (SD = 0.76) ในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลในครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD = 0.85) รองลงมาคือ ได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลในครอบครัว โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.88) และบุคคลในครอบครัวเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงให้ท่านเพียงใด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD = 0.85)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง 2.79 (SD = 0.35) โดยมีประเด็นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ รับประทานอาหารที่มีผักใบเขียวเป็นส่วนประกอบ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.63 (SD = 1.06) รองลงมาคือ มีกิจกรรมที่ชื่นชอบ หรือสนใจ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.52 (SD = 1.07) และมีการควบคุมปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายตามน้ำหนัก โดยมีค่าเฉลี่ย 3.28 (SD = 1.31) ตามลำดับในส่วนของประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.13 (SD = 1.70) รองลงมาคือ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง โดยไม่พบแพทย์ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 (SD = 1.40) และเมื่อมีความเครียดมักจะ ไม่เก็บตัวอยู่คนเดียว โดยมีค่าเฉลี่ย 2.28 (SD = 1.19)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการวิเคราะห์สมมุติฐาน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ระยะเวลาที่ป่วย และระดับความดันโลหิต ในส่วนของปัจจัยชีวภาพด้านอื่น ๆ นั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

1.4.2 ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้สูงอายุไม่พบว่ามีด้านใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

1.4.3 ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับ บุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงทุกปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการมีความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีค่าของความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือการมีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับของความสัมพันธ์น้อยที่สุด

2. อภิปรายผล

2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

2.1.1 เพศ

จากการศึกษาพบว่า เพศของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ว่าเพศสภาพใด มักได้รับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมือนกันโดยจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกเพศนั้นย่อมต้องการความปลอดภัยในชีวิตเหมือนกันไม่ว่าจะเป็นเพศหญิง หรือเพศชาย แต่ทุกคนล้วนแต่สวมบทบาทของผู้ป่วยทั้งสิ้น จึงทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก (2559) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมแตกต่างกัน

2.1.2 อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ถึงแม้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างจะแตกต่างกัน แต่ทั้งหมดอยู่ในกลุ่มวัยของผู้สูงอายุทั้งสิ้น จึงมีผลถึงความคิด การประเมินสถานการณ์ หรือการตัดสินใจที่คล้ายคลึงกันของกลุ่มดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของ ศิริสุข นาคะเสนีย์ (2559) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน

2.1.3 ดัชนีมวลกาย

จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีปัจจัยด้านต่าง ๆ ประกอบกัน เช่น ความรับผิดชอบต่อตนเอง ดัชนีมวลกายเป็นเครื่องชี้วัดความสมดุลของน้ำหนักตัวและส่วนสูง ซึ่งสามารถระบุสภาพรูปร่างของตัวผู้ปวยนั้นว่าอยู่ในระดับใด แต่ก็ไม่อาจทำให้นุคคลรู้สึกถึงความเสี่ยงที่ตนเองจะได้รับจากดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นหากขาดปัจจัยความรับผิดชอบต่อตนเองของบุคคล จึงทำให้ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.1.4 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ประสบการณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมในการรับมือกับสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อตอบสนองต่อความ

ต้องการการอยู่รอด ซึ่งการที่บุคคลป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีระยะเวลาการป่วยที่มากขึ้น ทำให้บุคคลนั้นยอมทำให้มีประสบการณ์ในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคได้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของกมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.1.5 ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองไม่ว่าจะมีบุคคลในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยหรือไม่ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จะให้ตนเองมีความปลอดภัยในชีวิต ทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ประวัติการเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ ขำมาก (2559) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่าง

2.1.6 ระดับความดันโลหิต

จากการศึกษาพบว่า ระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับความดันโลหิตเป็นตัวชี้วัดถึงระดับความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ ซึ่งระดับของความดันโลหิตที่สูง หรือไม่สามารถควบคุมได้นั้นเป็นผลมาจากการที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับความดันโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ จักรแก้ว (2561) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับความดันโลหิตไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2.1.7 ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆ

จากการศึกษาพบว่า ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวของตนเอง และให้ความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ประวัติโรคประจำตัวอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่าการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม

2.2.1 อารมณ์

จากการศึกษาพบว่า อารมณ์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าอารมณ์จะเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดีที่จะส่งผลถึงการมีสุขภาพกายที่ดีนั้น แม้ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปตามพื้นฐานของแต่ละบุคคล แต่ทุกรายจะได้รับการดูแล และการสนับสนุน ในการดูแลสุขภาพที่ไม่ต่างกัน จึงทำให้อารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sheldon Cohen (2004) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ พบว่าอารมณ์จะเป็นแรงเสริมทางด้านบวกต่อการที่บุคคลจะดูแลสุขภาพของตนเองได้

2.2.2 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยมักมีความต้องการให้ตนเองมีความปลอดภัยในชีวิตเป็นตัวขับเคลื่อนจูงใจก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองทุกราย การสร้างความรู้สึถึงความเป็นไปได้ และทำได้ด้วยตนเอง จึงทำให้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Wlodkowski & Ginsberg (2017) ที่ได้กล่าวไว้ว่า “แรงจูงใจ เป็นตัวกระตุ้นหรือชักนำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองต้องการ และ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.2.3 ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าความรู้ความเข้าใจจะมีส่วนสำคัญที่จะเป็นพื้นฐานให้ผู้ป่วยนั้นสามารถปฏิบัติตนดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง แต่การดูแลสุขภาพตนเองโรคความดันโลหิตสูงนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมช่วยให้สามารถรับมือกับสถานะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ รวมถึงความรู้ความเข้าใจอาจไม่ก่อให้เกิดความตระหนักในบุคคล จึงทำให้ความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2.4 ทักษะคิด

จากการศึกษาพบว่า ทักษะคิดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะคิดเป็นปัจจัยภายในตัวของผู้ป่วยทุกรายที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นที่จะบรรลุความต้องการพื้นฐานในการรักษาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จึงทำให้ทักษะคิดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2.3 ปัจจัยความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลที่เกี่ยวข้องหลัก

2.3.1 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทมากที่สุดในการวางแผนรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ความรู้และดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยได้พิจารณาแล้วว่าสิ่งนั้นส่งผลดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ความน่าเชื่อถือความรู้ความสามารถ ทักษะในการรักษาผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนความไว้วางใจ เชื่อใจ และความพึงพอใจมีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยส่งผลแก่บวกในการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงทำให้ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017) ที่ได้ทำการศึกษากลไกระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพ พบว่าการมีความสัมพันธ์ทางสังคมและการขาดความสัมพันธ์ต่อทางสังคมทำให้เกิดการตอบสนองและพฤติกรรมทางชีวภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ และการศึกษาของ Sheldon Cohen (2004) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุด้านด้วยบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลต่อสุขภาพในรูปลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้ และการศึกษาของ Shan Qiao (2015) ที่ได้ทำการศึกษา บทบาทของความสัมพันธทางสังคมในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผลกระทบต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจีน พบว่า ความไว้วางใจของผู้ป่วยในความเชี่ยวชาญ และอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้เกิดการปฏิบัติสัมพันธ์ที่ดี และมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อการกระตุ้นการดูแลสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง

2.3.2 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแรงผลักดันที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถ มีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพของตนเองให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และรับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการติดตามเยี่ยมบ่อยครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วย เปรียบเสมือนมีเพื่อนที่คอยให้กำลังใจ ในการดูแลตนเอง บางกรณีผู้ป่วยขาดนัดก็จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คอยติดตามให้ไปพบแพทย์ตามนัด นอกเหนือจากคนในครอบครัวแล้วอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้มากที่สุด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้บริการด้านสุขภาพ ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการคัดกรองโรค เป็นการให้บริการเชิงรุก เช่น วัดความดัน เจาะเลือดตรวจ น้ำตาล และนำยารักษาโรคไปที่บ้านจึงทำให้ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017) ที่ได้ทำการศึกษากลไกระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพ พบว่าการมีความสัมพันธ์ทางสังคมและการขาดความสัมพันธ์

ต่อทางสังคมทำให้เกิดการตอบสนองและพฤติกรรมทางชีวภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ และการศึกษาของ Sheldon Cohen (2004) ที่ได้ทำการศึกษา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุดำเนินด้วยบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลต่อสุขภาพในรูปแบบลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้ และการศึกษาของ ถนอมศักดิ์ บุญคู่ (2555) ที่ได้ทำการศึกษา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของภาครัฐได้มากขึ้น

2.3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลในครอบครัวที่มีความพร้อมในการดูแล และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และเพิ่มสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นจึงทำให้ความพึงพอใจในความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017) ที่ได้ทำการศึกษากลไกระหว่างบุคคลที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสุขภาพ พบว่าการมีความสัมพันธ์ทางสังคมและการขาดความสัมพันธ์ต่อทางสังคมทำให้เกิดการตอบสนองและพฤติกรรมทางชีวภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพ และการศึกษาของ Sheldon Cohen (2004) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพ พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือความสัมพันธ์ที่หลากหลาย การรวมตัวของชุมชนและการระบุดำเนินด้วยบทบาททางสังคมของหนึ่ง ความสัมพันธ์ทางสังคมมักส่งผลต่อสุขภาพในรูปแบบลักษณะของทางด้านสุขภาพจิต ความเครียด ซึ่งจะส่งผลถึงสุขภาพได้ และการศึกษาของกาญจนา สนิท (2558) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงราย พบว่า ควรส่งเสริมกิจกรรมสันทนาการระดับครอบครัว เพื่อให้มีชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพ และการศึกษาของพลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ควรสร้างความตระหนัก และความเข้าใจให้กับกลุ่มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตลอดจนการมาพบแพทย์ตรวจตามนัดโดยไม่ไปซื้อยามารับประทานเอง และหลีกเลี่ยงการเก็บตัวอยู่คนเดียวเมื่อมีอาการเครียด

3.1.2 ควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ และในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เริ่มป่วยในระยะแรก ให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง

3.1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคคลในครอบครัว ควรมีสัมพันธภาพ (ความสัมพันธ์ทางสังคม) ที่ดีโดยเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และกำลังใจ ตลอดจนการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง

3.2.2 ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมเช่น กลุ่มของบุคคลที่เกี่ยวข้องไปในกลุ่มของบุคคลในชุมชน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ในการศึกษาวิจัยอื่นๆต่อไป เพื่อให้ผลการวิจัยของการศึกษามีความชัดเจนของข้อมูลเชิงวิชาการเพิ่มขึ้น

3.2.3 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยที่ชัดเจน และตรงต่อความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อเข้าถึงปัญหา อุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์ และความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่แท้จริง จนนำไปสู่การพัฒนา นโยบาย หรือแนวทางในการตัดสินใจในการวางแผน และพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ จักรแก้ว. (2561). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอคอยสะแก จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2560). ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th>. (วันที่สืบค้น 23 มกราคม 2562)
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ผู้สูงอายุกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้นจาก <https://www.egov.go.th/th/government-agency/21/>. (วันที่สืบค้น 23 มกราคม 2562)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เอกสารสรุปผลการจัดสรรงบประมาณ กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care). สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th/>. (วันที่สืบค้น 23 มกราคม 2562)
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). โภชนาบัญญัติ 9 ประการ. สืบค้นจาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>. (วันที่สืบค้น 23 มกราคม 2562)
- กรมควบคุมโรค. (2561). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา สนิท. (2558). แนวทางการเตรียมพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, เชียงราย.
- กานดา จันทร์เยี่ยม. (2556). จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- จารุณี รัตนจินดา. (2559). ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เทศบาลตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- ชัชสิทธิ์ รัตตสาร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาริบัติ.

- ณัฐนรี ไชยภักดี. (2552). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมใน โครงการ 7 สี ปันรักให้โลกของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. (การค้นคว้าอิสระปริญญา นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.
- เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. สืบค้นจาก <http://www.ms.src.ku.ac.th>.
- ถนอมศักดิ์ บุญสูง. (2555). การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- ชญาต ธนธิต และกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. (2558). การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), น. 57-72.
- ธีรวิภา เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- นืออน กลิ่นรัตน์. (2533). ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ: การสร้างเครื่องมือวัดในการวิจัยทาง สาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นุจรี อ่อนสีน้อย และคณะ. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่ม ประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), น. 63-74.
- เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ*, 1(2), น. 28-137.
- บัวทอง พัฒนถาวร. (2562). ความอบอุ่นในครอบครัว. สืบค้นจาก <http://www.yorbor.com/index.php?topic=2421.270;wap2>. (สืบค้นวันที่ 23 มกราคม 2562)
- ประภาพร มโนรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกิ่งเมืองกิ่ง ชนบท :กรณีศึกษาบ้านนาโป่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(2), น. 96-111.
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2554). การบริหารงานวิชาการ. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ.
- ปัญญาเดช พันธุ์วัฒน์. (2550). รายงานการวิจัย ทักษะคิดของบุคลากรต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, กรุงเทพฯ.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

- พิทยา บวรวัฒนา. (2552). *ทฤษฎีองค์การสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สักดิโสภา.
- พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2554). *รายงานการวิจัย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี*.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์.
- มุกดา ศรียงค์. (2542). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ยุพา จิวพัฒนกุล. (2555). *การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ*
โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสมาชิกในครอบครัว. J Nurs Sci. 30(มกราคม - มีนาคม),
น. 81-90. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุภาพร นาคกลิ่ง และ ปราณี ทัดศรี. (2560). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถ*
ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดัน
โลหิตไม่ได้. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), น. 27-35.
- รัชชก มุลเกตุ. (2552). *ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน สายการพาณิชย์บริษัทการบินไทย*
จำกัด (มหาชน). (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏ
วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, ปทุมธานี.
- รัตต์ธนา อ้นภู. (2545). *ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการ*
รักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต),
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลัดดา คำริการเลิศ. (2559). *วิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพช่วยเพิ่มคุณค่าการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างไร*.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิไล อุดมพิทยสรรพ และคณะ. (2561). *พัฒนารูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมี*
วิจารณญาณในรายวิชาวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. ยะลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). *ผลของการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและ*
ความดันโลหิตใน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา. (2561). *การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. สืบค้นจาก
<https://www.posttoday.com/social/483875>. (สืบค้นวันที่ 23 มกราคม 2562)
- ศิรินทร์ ชั่งสุนทร. (2542). *การเปิดรับทัศนคติและพฤติกรรมการซื้อของกลุ่มวัยทำงานตอนต้น ที่มี*
ต่อการตลาดทางตรง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*.
วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 12(1), น. 39-48.

- โสภา ชูพิกุลชัย. (2547). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: วีเจพรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ในการทางพยาบาล ภาควิชาพยาบาล ศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรีนติ้ง.
- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), น. 153-169.
- สมศักดิ์ รอดลอย. (2557). *รูปแบบการดำเนินชีวิต การรับรู้ข่าวสาร และทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผักกาดก้านเขียวของผู้บริโภคในเขตจังหวัดนนทบุรี*. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.
- สร้อยญา พิจารณ์. (2547). *การสนับสนุนจากพยาบาล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลคอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สันติ แซ่ลี. (2559). *ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัว*. สืบค้นจาก <https://www.swpc.or.th/index.php/extras/k2/con-learn-61/itemlist/user/44-%e0%b8%aa%e0%b8%b1%e0%b8%99%e0%b8%95%e0%b8%b4%e0%b9%81%e0%b8%8b%e0%b9%88%e0%b8%a5%e0%b8%b5%e0%b9%89>. (สืบค้นวันที่ 23 มกราคม 2562)
- สำเร็จ บุญเรืองรัตน์. (2536). *การพัฒนาหลักสูตรวิชาศึกษาทั่วไปเพื่อสร้างคุณลักษณะบัณฑิตของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. เอกสารวิจัยส่วนบุคคลเสนอต่อวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2561). *รายงานผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. เพชรบุรี: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2562). *รายงานประกอบการตรวจราชการ*. เพชรบุรี: กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2544). *กระบวนการเรียนรู้ กับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ*. *วารสารการ*

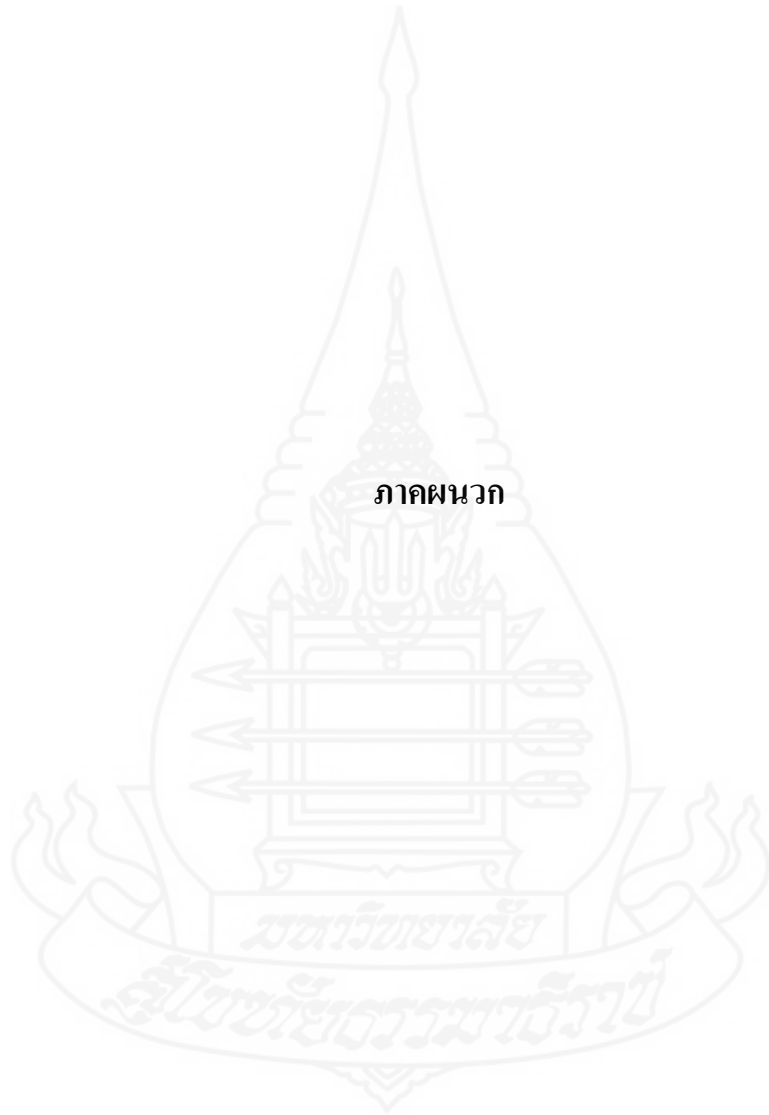
- ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 24(4), น. 41-49.
- สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ. (2543). นานาทักษะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง. *วารสารการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*, 2(2), น. 5.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2557). การสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. (2541). *ประชากรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดุลย์ จาตุรงค์กุล. (2550). *พฤติกรรมผู้บริโภค*. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Alderfer, C. P. (1972). Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational settings.
- Alan McFarland, D. F. (1981). *U.S. Patent No. 4,278,896*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Bard, P. (1939). Central nervous mechanisms for emotional behavior patterns in animals. *Research Publications of the Association for Research in Nervous & Mental Disease*.
- Baron, J. N. (1988). The employment relation as a social relation. *Journal of the Japanese and International Economies*, 2(4), pp.492-525.
- Beck, A. T., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *The American journal of psychiatry*.
- Beckwith, S. (2003). *Signifying God: Social Relation and Symbolic Act in the York Corpus Christi Plays*. University of Chicago Press.
- Berger, A. (1978). Long-term variations of daily insolation and Quaternary climatic changes. *Journal of the Atmospheric Sciences*, 35(12), pp. 2362-2367.
- Bloom, S. R. (1972). An enteroglucagon tumour. *Gut*, 13(7), pp. 520-523.
- Cantril, H., & Hunt, W. A. (1932). Emotional effects produced by the injection of adrenalin. *The American Journal of Psychology*, 44(2), pp. 300-307.
- Casey Jr, H. C. (1978). Room- temperature threshold- current dependence of GaAs- Al x Ga1-x As double- heterostructure lasers on x and active- layer thickness. *Journal of Applied Physics*, 49(7), pp. 3684-3692.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo Jr, J. L., ... & Roccella, E. J. (2003). The seventh report of the joint national committee on

- prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*, 289(19), pp. 2560-2571.
- Corman, M. L. (1983). Walter Bradford Cannon 1871–1945. *Diseases of the Colon & Rectum*, 26(9), pp. 634-647.
- DuBrin, A. J. (1981). *Instructor's Manual for Personnel and Human Resource Management*. Van Nostrand.
- Duck, S. (1982). A topography of relationship disengagement and dissolution. *Personal relationships*, 4, pp. 1-30.
- Edie, J. M. (1987). *William James and phenomenology*. Indiana University Press.
- Fanale, F. P., & Cannon, W. A. (1971). Adsorption on the Martian regolith. *Nature*, 230(5295), pp. 502.
- Flippo, R. V., & Holmes, L. H. (1966). *U.S. Patent No. 3,272,062*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Gellerman, J. L., & Schlenk, H. (1966). Pyrolysis for Structure Determination of Cyclopropane and Cyclopropene Fatty Acids. *Analytical chemistry*, 38(1), 72-76.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Good, T. L., Sikes, J. N., & Brophy, J. E. (1973). Effects of teacher sex and student sex on classroom interaction. *Journal of Educational Psychology*, 65(1), pp. 74.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-protective behavior: An exploratory study. *Journal of health and social behavior*, pp. 17-29.
- Henry, M. E., & Capitman, J. A. (1995). Finding satisfaction in adult day care: Analysis of a national demonstration of dementia care and respite services. *Journal of Applied Gerontology*, 14(3), pp. 302-320.
- Herzberg, F. (2017). *Motivation to work*. Routledge.
- Hickey, C. (2003). Challenging violence in schools: An issue of masculinities. *Australian educational researcher*, 30(1), pp. 127-129.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). *Self-care nursing: Promotion of health*. Prentice Hall.
- Jones, P. (1985). William James 1842–1910. *Royal Institute of Philosophy Supplements*, 19, pp. 43-68.
- Koontz, H.C., & O'Donnell., H.W. (1982). *Essentials of management* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Lange, C. G., & James, W. (1922). *The emotions* (Vol. 1). Williams & Wilkins.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2017). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. In *Interpersonal Development*. (pp. 57-89). Routledge.
- Marsh, D. G., Bias, W. B., Santilli Jr, J., Schacter, B., & Goodfriend, L. (1975). Ragweed allergen Ra5: a new tool in understanding the genetics and immunochemistry of immune response in man. *Immunochemistry*, 12(6-7), pp. 539-543.
- Maslow, A. H., Frager, R., Fadiman, J., McReynolds, C., & Cox, R. (1970). *Motivation and personality*. (Vol. 2).
- Maynard, D. W. (1996). On "realization" in everyday life: The forecasting of bad news as a social relation. *American sociological review*, pp. 109-131.
- McClelland, D. C. (1961). *The achievement society*. Princeton, NJ: Von Nostrand.
- McGregor, D. (1960). Theory X and theory Y. *Organization theory*, pp. 358-374.
- Morris, D. (1979). *Measuring the Condition of the World's Poor*. Pergamons Press.
- Moser, M. (2003). The JNC 7: Stepped care is alive and well. *The Journal of Clinical Hypertension*, 5(3), pp. 187-195.
- Norris, P. (1987). *Politics and Sexual Equality the Comparative Position of Women in Western Democracies*.
- Orem, D. E. (1991). *Concepts of practice*. Nursing.
- Organ, D. W., & Hamner, W. Clay (1982). *Organizational Behavior, An Applied Psychological Approach.*, Business Publications *Dnc. Texas*.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. A review of current research. *The Nursing Clinics of North America*, 26(4), pp. 815-832.
- Pender, M. P., & Sears, T. A. (1982). Conduction block in the peripheral nervous system in experimental allergic encephalomyelitis. *Nature*, 296(5860), pp. 860.
- Pender, D. J. (1987). *U.S. Patent No. 4,712,537*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Pender, J. L. (1996). Discount rates and credit markets: Theory and evidence from rural India. *Journal of development Economics*, 50(2), pp. 257-296.
- Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017). Interpersonal Mechanisms Linking Close Relationships to Health. Published in final edited form as: *Am Psychol*, 72(6), pp. 531–542.
- Posner, M. I., Gazzaniga, M., & Blakemore, C. (1975). *Handbook of psychobiology*.

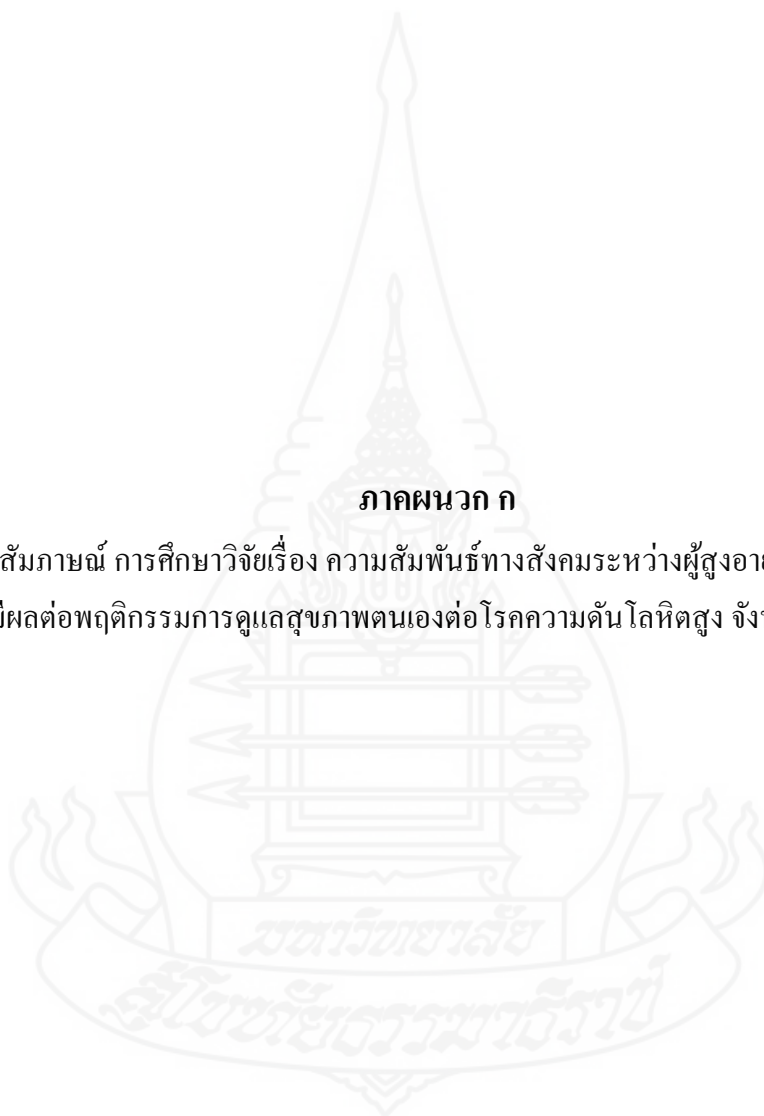
- Reardon, K. K. (1987). *Interpersonal communication: Where minds meet*. Wadsworth publishing company.
- Rokeach, M., & Parker, S. (1970). Values as social indicators of poverty and race relations in America. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 388(1), pp. 97-111.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), pp. 379.
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2000). *Consumer behavior*, 7th. NY: Prentice Hall.
- Schioldann, J. (2011). 'On periodical depressions and their pathogenesis' by Carl Lange (1886). *History of psychiatry*, 22(1), pp. 108-115.
- Shan Qiao. (2015). The role of social relationship in HIV healing and its implications in HIV cure in China. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. 3(1), pp. 115-12.
- Sheldon Cohen. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, November 2004, pp. 676-684.
- Spradling, A. C., Stern, D., Beaton, A., Rhem, E. J., Laverty, T., Mozden, N., ... & Rubin, G. M. (1999). The Berkeley Drosophila Genome Project gene disruption project: Single P-element insertions mutating 25% of vital Drosophila genes. *Genetics*, 153(1), pp. 135-177.
- Stanley, M. L., Stewart, G. W., & Brigard, F. D. (2017). Counterfactual plausibility and comparative similarity. *Cognitive science*, 41, pp. 1216-1228.
- Walker, J. M., Bowen, W. D., Walker, F. O., Matsumoto, R. R., De Costa, B., & Rice, K. C. (1990). Sigma receptors: biology and function. *Pharmacological reviews*, 42(4), pp. 355-402.
- Winch, C. (2002). *The philosophy of human learning*. Routledge.
- Wlodkowski, R. J., & Ginsberg, M. B. (2017). *Enhancing adult motivation to learn: A comprehensive guide for teaching all adults*. John Wiley & Sons.
- Young, D. F., & Tsai, F. Y. (1973). Flow characteristics in models of arterial stenoses—I. Steady flow. *Journal of biomechanics*, 6(4), pp. 395-402.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์ การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง
ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี



แบบสัมภาษณ์

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง
ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่อ โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง: แบบสอบถามสัมภาษณ์ มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

ด้านอารมณ์

จำนวน 5 ข้อ

ด้านแรงจูงใจ

จำนวน 5 ข้อ

ด้านความรู้ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง

จำนวน 10 ข้อ

ด้านทัศนคติ

จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง

จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง

จำนวน 15 ข้อ

การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ จะไม่มีผลเสียต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษา หรือ ใช้เป็นข้อมูล แนวทาง ในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการสร้างระบบการบริหารจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อันได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ ญาติหรือผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวรวมไปถึงตัวผู้ป่วยเอง ต่อไป สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ด้วย จะเป็นพระคุณและขอขอบคุนมา ณ โอกาสนี้

(ปฏิภาส สาเช)

ผู้ทำการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยภายในบุคคล

ตอนที่ 1 ปัจจัยชีวภาพ

คำชี้แจง: โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับลักษณะของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าช่องคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. ดัชนีมวลกาย

ส่วนสูง..... เซนติเมตร

น้ำหนัก..... กิโลกรัม

4. ระยะเวลาที่ป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ปี

5. ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตามสายเลือด ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ หรือน้อง

1. โรคอื่นๆ ที่บุคคลในครอบครัวเป็น

() (1) มี คือ

() โรคความดันโลหิตสูง

() โรคเบาหวาน

() โรคมะเร็ง

() โรคหัวใจ และหลอดเลือด

() (2) ไม่มี

6. ระดับความดันโลหิต มิลลิเมตรปรอท

7. โรคประจำตัวอื่นๆ

2. โรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

() (1) มี คือ

() โรคจอตาเสื่อม

() โรคเบาหวาน

() โรคหลอดเลือดหัวใจ

() โรคไต

() โรคไขมันในเส้นเลือดสูง

() โรคมะเร็ง

() โรคอื่นๆ (โปรดระบุ)

() (2) ไม่มี

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

คำชี้แจง: โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับลักษณะของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าช่องคำตอบ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ด้านอารมณ์

ข้อคำถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านเบื่อหน่าย ท้อแท้ กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด					
2. ท่านมีความรู้สึกที่อยากพบปะผู้คน					
3. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้ท่านรู้สึกขาดสมาธิ หรือกังวลใจจนไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไม่ได้					
4. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทำให้ท่านมีความคิดเกี่ยวกับการตาย หรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ					
5. ท่านสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ไม่รู้สึกเครียดกังวล หรือกลัว จากการทำท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง					

ด้านแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ข้อคำถาม	ระดับ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การที่ท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ					
2. ท่านคิดว่าการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมกว่าการรับประทานยาอย่างเดียว					
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำท่านออกกำลังกาย และท่านก็ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น					
4. ท่านควบคุมอาหาร เนื่องจากไม่อยากให้บุคคลในครอบครัวมีความกังวลหากท่านไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้					
5. ท่านรู้สึกไม่อยากเป็นภาระของบุคคลรอบข้างจากการที่ท่านป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง					

ด้านความรู้ ความเข้าใจโรคความดันโลหิตสูง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคอ้วนไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
2. การดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้		
3. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเป็นประจำทำให้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้		
4. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดอัมพาตได้		
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดอาการชาตามแขนขา และทำให้แขนขาอ่อนแรงได้		
6. โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
7. โรคไต โรคหัวใจ เส้นเลือดในสมองแตก เป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง		
8. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถลดภาวะโรคแทรกซ้อนได้		
9. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด		
10. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกายร่วมด้วย		

ด้านทัศนคติ

ข้อความ	ระดับ				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องปกติทั่วไปเช่นไข้หวัด ไม่จำเป็นต้องกังวลต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โรคความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรคที่เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง					
2. โรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องรับการรักษาสามารถหายเป็นปกติได้เอง					
3. โรคความดันโลหิตสูงไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
4. การป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องปกติทั่วไป ไม่มีความจำเป็นที่ต้องรักษา					
5. การควบคุมอาหารเป็นเรื่องที่ยาก และไม่มีผลต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง					

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง: โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับลักษณะของท่าน ให้คะแนนในแต่ละช่องว่างได้บุคคลที่เกี่ยวข้องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1)

ความสัมพันธ์	บุคคลที่เกี่ยวข้อง		
	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (1-5)	อสม. (1-5)	บุคคลใน ครอบครัว (1-5)
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม			
1. เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมักได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่อไปนี้เพียงใด			
2. เมื่อท่านมีความเครียดเนื่องจากอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ท่านได้รับความกังวลใจจากบุคคลต่อไปนี้เพียงใด			
3. ท่านได้รับความสนใจ และใส่ใจเรื่องของโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลต่อไปนี้เพียงใด			
4. ท่านได้รับความแนะนำในการปฏิบัติตัวเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลต่อไปนี้เพียงใด			
5. บุคคลต่อไปนี้เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงให้ท่านเพียงใด			
6. บุคคลต่อไปนี้คอยรับฟังปัญหาจากท่าน หรือเป็นที่ปรึกษาการปฏิบัติตนป้องกันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพียงใด			
7. บุคคลต่อไปนี้ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลาย หรือสบายใจแม้ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียงใด			
8. บุคคลต่อไปนี้ได้รับการไว้วางใจจากท่านเพียงใด			
ด้านการบูรณาการทางสังคม			
9. บุคคลต่อไปนี้ให้โอกาสท่านได้นำความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มาแลกเปลี่ยนกับคนในชุมชนเพียงใด			
10. ท่านได้รับความรู้ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับบุคคลต่อไปนี้เพียงใดแล้วทำให้ท่านรู้สึกถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น			
11. ท่านมีความรู้สึกตระหนักถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่ถูกต้อง หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่อไปนี้เพียงใด			

ความสัมพันธ์	บุคคลที่เกี่ยวข้อง		
	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (1-5)	อสม. (1-5)	บุคคลใน ครอบครัว (1-5)
12. ท่านมักจะมีได้รับประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนกับบุคคล ต่อไปนี้เพียงใด			

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทำ ตลอด หรือ ประจำ ทุกวัน	ทำบ่อย (4-5วัน/ สัปดาห์)	ทำ ปานกลาง (3 วัน/ สัปดาห์)	ทำน้อย 1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ทำ เลย
1. รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม หรือเติมน้ำปลาเพิ่ม					
2. มีการควบคุมปริมาณ และส่วนประกอบของอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายตามน้ำหนัก					
3. รับประทานอาหารที่มีผักใบเขียวเป็นส่วนประกอบ					
4. มีกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ หรือสนใจ					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิด อารมณ์เสีย จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หรือรู้สึกรำคาญบุคคลรอบข้าง					
6. เมื่อท่านมีความเครียดมักจะเก็บตัวอยู่คนเดียว					
7. ควบคุมน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสม					

ข้อคำถาม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทำ ตลอด หรือ ประจำ ทุกวัน	ทำบ่อย (4-5วัน/ สัปดาห์)	ทำ ปานกลาง (3 วัน/ สัปดาห์)	ทำน้อย 1-2 วัน/ สัปดาห์	ไม่ทำ เลย
8. ทำงานที่มีการออกแรงโดยการ เคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย และมี เหงื่อออก					
9. ออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง					
10. ท่านรับประทานยาครบตามคำสั่งแพทย์					
11. ท่านหยุดรับประทานยาที่แพทย์สั่งด้วย ตนเองเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว					
12. ท่านไปพบแพทย์ด้วยตนเองตามนัด					
13. ท่านซื้อยามารับประทานเอง โดยไม่ พบแพทย์					
14. ท่านสูบบุหรี่					
15. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ดร.ศุริยางค์ วาสนา

ตำแหน่ง	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์
การศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เกษตรศาสตรบัณฑิต (ส่งเสริมการป่าไม้และสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช วิทยาศาสตรบัณฑิต (อาหาร โภชนาการ และการประยุกต์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. นางกมลวรรณ วนิชชานนท์

ตำแหน่ง	หัวหน้าบริหารทั่วไปและบริหารวิชาการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

3. นางสาวณัฐกฤตา เขาวนัรารักษ์

ตำแหน่ง	หัวหน้างานสุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์)





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๐(บ)/๑๓๕๓

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอดำเนินการขอความเห็นชอบให้นักศึกษาเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยนายปฏิภาส สาข นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกบริหาร-สาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง” อยู่ในความควบคุมดูแลของ รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ ลัตยัธธรม อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์หลัก

ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้นักศึกษามีความประสงค์จะเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งอยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน โดยใช้วิธีการให้ตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ถึง วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงขอดำเนินการขอความเห็นชอบจากท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้นักศึกษาได้เก็บข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ตามที่เห็นสมควรด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สรารุช สุธรรมมาสา)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โทร. (๐๒) ๕๐๓-๓๖๑๐, (๐๒) ๕๐๕-๘๐๓๑-๓

โทรสาร.(๐๒) ๕๐๓-๓๕๓๗๐

ขอเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

เลขที่ คจ.พ.บ. 008/2562



สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข
 ที่อยู่เลขที่ 48 ถนนราชวิถี ตำบลคลองกระแชง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โทร. 032-425-100 ต่อ 109

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรีดำเนินการ
 ให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่
 Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline, และ International Conference
 On Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 ตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

รหัสเลขที่โครงการวิจัย : PBEC No. 012/2562

ผู้วิจัยหลัก : นายปฏิภาส สาณ

สังกัดหน่วยงาน : รพ.สต.ทับศาลา อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

วิธีทบทวน : แบบเร็ว (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : 1) ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
 2) ส่งเสนอใบสมัครหรือขอพบทนายวิจัย เมื่อดำเนินโครงการเสร็จสิ้น

เอกสารรับรอง : 1) เอกสารโครงการวิจัย 2) เอกสารยินยอม 3) เอกสารใบชี้แจง

ลงนาม (นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะ) ลงนาม (นายจิตรชัย สมนานีศิริ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ
 วันที่รับรอง : 21 มิถุนายน 2562 วันที่ลงนาม : 20 มิถุนายน 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไข ดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ไปยินยอม และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณา (ถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม **เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม** เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายการแรกที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ที่อยู่ 48 ถนนราชวิถี ตำบลคลองกระแชง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี รหัส ไปรษณีย์ 76000 (โทร.032-425-100 ต่อ 3107,109)
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการได้เสร็จภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (รหัสหมายเลขโครงการ : PBEC No. 012/2562)

ลงชื่อผู้รับใบรับรอง

(นายปฏิภาส สาแชน)

ตำแหน่ง ผู้วิจัย

วันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ.2562 ที่รับใบรับรอง

ลงชื่อพยานการรับใบรับรอง

(ดร.อุไรรัชต์ บุญแท้)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ 21 เดือน มิถุนายน พ.ศ.2562 ที่เป็นพยานการรับใบรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ผู้ทบทวน : 1. ดร.อุไรรัชต์ บุญแท้
2. นางพรวิมล พุทธบูชา

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายปฏิภาส สาเช
วัน เดือน ปีเกิด	25 กันยายน 2534
สถานที่เกิด	อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา 2557
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทับคาง อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

