

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัย นางวรรณ รัชตะไพบุลย์ **ปริญญา** คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาคอร์สและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ (2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมรรัตน์ ภิญ โยอนันตพงษ์ **ปีการศึกษา** 2549

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ในจังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ การดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ชุด โดยมีค่าความเที่ยงตรง 0.6552 , 0.6764 และ 0.9051 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า (1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (2) การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า อายุระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

Thesis title: The Relationships between Family Members' and Hypertension Patients' Knowledge and Understanding of Hypertension and the Latter's Awareness of Family Members' Participative Behaviors towards Taking Care of Them and Their Self-Healthcare Behaviors.

Researcher: Mrs. Wanna Rachtapaiboon; **Degree:** Master of Home Economics(Social and Family Development); **Thesis advisors:** (1) Rutchaneekorn Chotchaisatit, Associate Professor; (2) Dr. Amornrat Pinyoanantapong, Assistant Professor; **Acedemic year:** 2006

ABSTRACT

The objectives of this study were (1) to study relationships between patients' and family members' knowledge and understanding of hypertension and hypertension patients' self - healthcare behavior ; and (2) to study relationships between patients' awareness of family members' participative behaviors towards taking care of patients and hypertension patients' self - healthcare behaviors.

The samples were 400 hypertension patients and care givers in Samuthprakan province, who were diagnosed with hypertension for more than 1 year. The instrument for the study were questionnaires on hypertension knowledge, hypertension patients' self health care behavior and family members' participation of taking care. Questionnaire's reliability were 0.6552 , 0.6765 and 0.9051. Data were analyzed by using percent, mean and Pearson's correlation coefficient.

The findings were as follows (1) the patients' and family members' knowledge and understanding of hypertension were related to patients' self - healthcare behaviors ; and (2) patients' awareness of family members' participative behaviors towards taking care of patients were related to hypertension patients' self - healthcare behaviors at 0.05 level of statistical significance. In addition, age, duration of hypertension, patients and family members' relationship, average income, level of education, living in the same house were related to patients' self - healthcare behaviors.

Keywords: Hypertension Patients' Taking Care, Family Members' Participation, Self - Healthcare Behaviors

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ ภิญโญอนันตพงษ์ สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์

ขอขอบคุณ พันเอกนพ.สุรจิต สุนทรธรรม ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์พยาบาลแผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล คุณขรณี สุทธินุ่น พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ที่ให้คำแนะนำในการจัดทำแบบสอบถาม คุณผกาวิดี ละออเกียรติ นันท์ และ เจ้าหน้าที่พยาบาลใน โรงพยาบาลที่ช่วยเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

นอกจากนี้ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวของผู้วิจัย ที่ช่วยแบ่งเบาภาระอื่น ๆ และ เป็นกำลังใจสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ..... | ฉ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 6 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 7 |
| นิยามศัพท์..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 8 |
| บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... | 10 |
| ความรู้ เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง..... | 10 |
| สถานการณ์และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง..... | 19 |
| แนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย..... | 23 |
| แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม..... | 32 |
| แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้..... | 34 |
| ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 37 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... | 40 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 40 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 42 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 47 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 48 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 4 | |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 49 |
| ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย..... | 49 |
| ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย..... | 57 |
| ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย..... | 68 |
| ตอนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิก ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย..... | 72 |
| ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน..... | 75 |
| บทที่ 5 | |
| สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 80 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 80 |
| อภิปรายผล..... | 84 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 86 |
| บรรณานุกรม..... | 88 |
| ภาคผนวก..... | 94 |
| ก แบบสอบถาม..... | 95 |
| ข อัตราตายปรับฐาน โรคความดันโลหิตสูง | 107 |
| ค รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 112 |
| ประวัติผู้วิจัย..... | 114 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|--|------|
| ตารางที่ 2.1 การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป..... | 11 |
| ตารางที่ 2.2 ประเภทของกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสการเกิดอัมพาตและโรคหัวใจขาดเลือด ถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูง..... | 21 |
| ตารางที่ 3.1 ร้อยละ/จำนวนผู้ป่วยและจำนวนประชากรจำแนกตามอำเภอ..... | 40 |
| ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอและโรงพยาบาล..... | 42 |
| ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย..... | 50 |
| ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย..... | 54 |
| ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ระดับคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายชื่อ..... | 57 |
| ตารางที่ 4.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วย จำแนกรายชื่อ..... | 60 |
| ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย จำแนกรายชื่อ..... | 63 |
| ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วยจำแนกรายชื่อ.... | 65 |
| ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของค่าระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยจำแนกรายชื่อ..... | 68 |
| ตารางที่ 4.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย จำแนกรายชื่อ..... | 70 |
| ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละค่าระดับคะแนน การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับ พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย จำแนกรายชื่อ... | 73 |
| ตารางที่ 4.10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วย จำแนกรายชื่อ..... | 74 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย..... | 75 |
| ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และพฤติกรรม ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย..... | 76 |
| ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย | 78 |

สารบัญภาพ

| | |
|------------------------------------|------|
| | หน้า |
| ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 6 |

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ในสภาพปกติประชาชนจะดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ก่อนป่วย และเมื่อป่วยเล็กน้อย โดยเมื่อก่อนป่วยจะมีพฤติกรรม การกิน อยู่ ออกกำลังกาย ทำให้สุขภาพพลานามัยดีอยู่แล้ว เมื่อป่วยเล็กน้อยก็จะปล่อยให้หายเอง ซึ่อยากกินเอง หรือรักษาด้วยตนเอง เช่น เช็ดตัว พักผ่อน ฯลฯ ก็จะทำให้โรคภัยไข้เจ็บหายไปเองได้ แต่เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้น ประชาชนจะไปพึ่งระบบบริการของรัฐ เช่น สถานีอนามัย, แพทย์แผนไทย, อสม. เจ็บหนักมากขึ้นก็จะไปคลินิกแพทย์เอกชน หรือ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่าย ทำให้สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายสูง และสูญเสียเศรษฐกิจของชาติไปมาก ดังนั้นการปรับคุณภาพของประชาชน ตามหลักปรัชญา และให้ประชาชนพยายามสร้างสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยมากที่สุด และให้พึ่งบริการรัฐน้อยที่สุด ถ้าจำเป็นต้องไปพึ่งก็ขอให้ไปพึ่งการบริการระดับปฐมภูมิ (PCU : Primary Care Unit) ซึ่งเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ใจมากที่สุด ดังนั้น การสร้างคุณภาพด้านสุขภาพของประชาชน คือส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพ ให้พึ่งตนเองมากที่สุด และสร้างหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนและคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานให้มากที่สุด และส่งเสริมกรอบให้ประชาชนสร้างสุขภาพ และพึ่งตนเองให้ขยายใหญ่ขึ้น

ที่ผ่านมาจะพบว่า ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อย ครอบครัว/ชุมชนมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลสุขภาพ ซึ่งกระทบต่อการรักษาและการหายของโรค ทั้ง ๆ ที่โรคบางโรคสามารถหายได้เองถ้าผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จะเห็นได้จากแบบแผนความเจ็บป่วยที่สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเสนอแนะว่าควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย (นพวรรณ หาญพล, 2535 : ข) ในการปฏิรูประบบสุขภาพจึงปรับวิธีคิดเรื่องสุขภาพโดยการพัฒนาศักยภาพความสามารถให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยเล็กน้อย และต้องเสริมพลังอำนาจให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้รู้ เข้าใจ ตัดสินใจ

วางแผนและดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน ของตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยจะมีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระบบหลอดเลือดของสมอง หัวใจ และไต อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เกิดความพิการ หรือเกิดโรคเรื้อรังได้ ประมาณกันว่าชาวอเมริกันเป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ถึง 20% และเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Hypertension) ในกลุ่มที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประเภทนี้อยู่ในระดับระยะที่ 1 ร้อยละ 68 การจัดการให้มีแผนการรักษาทำให้อุบัติการณ์ของโรคลดต่ำลงในเวลาต่อมา ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary Hypertension) มีประมาณ 6 ถึง 8% ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นโรคอื่น เช่น โรคของต่อมไทรอยด์ โรคของตับ โรคของไต (Joint National Committee 1997 อ้างถึงใน ขนิษฐาทองหยอด 2538: 17) จากการศึกษาพบว่าชาวอเมริกันร้อยละ 68.4 เท่านั้นที่ทราบว่าตัวเองมีความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 53.6 ที่รับการรักษา และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 27.4 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

จากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งเนื่องจากความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เมื่อเป็นระยะแรกมักไม่ค่อยแสดงอาการบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน (เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์ 2537: 21) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นโรคนี้นักจะเป็นมาก และมีอาการของภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว (ดวงมณี วิเศษกุล 2525: 77) ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมความดันให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการทำลายอวัยวะสำคัญของร่างกาย และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะของโรค พร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล 2531 : 123 -124) ได้แก่ 1) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ 2) ควบคุมอาหารที่มีรสเค็ม อาหารไขมัน และคาร์โบไฮเดรตสูง 3) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดเว้นการออกกำลังกายที่เพิ่มความดันโลหิต เช่นการลาก ดึง หรือยกของหนัก 4) หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 5) ขจัดหรือผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสมและพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6) มาตรฐานตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (จิรภา หงษ์ตระกูล 2532 : 2 ; สุรางค์ เปื้องเดช 2533 : 2 ; เพ็ญศรี หงษ์พานิช 2536 : 3) การปฏิบัติดังกล่าวมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนมากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ได้

สม่ำเสมอ (Heynes , Taylor and Sackett cited in Craig 1985 : 61 -65 ; อ้างในจริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2532 : 3)

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2537 (ดวงกมล จันทน์นิมิตร 2538 : 4) สรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม รวมทั้งอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง เนื่องจากความชอบความเคยชิน และรับประทานอาหารตามที่บุคคลในครอบครัวจัดให้ ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมาตรวจไม่ตรงตามแพทย์นัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเครียดบ่อย เนื่องจากทะเลาะกับลูก หลาน บุคคลรอบข้างไม่เห็นความสำคัญ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นอกจากจะขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองแล้ว บุคคลในครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ประสบผลสำเร็จ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัว จะช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วย และจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น (Berkman & Synme 1979 : 109)

ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ในปัจจุบันมีการจัดการดูแลโรคความดันโลหิตสูง หลายโปรแกรมทำให้อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงลดลง และอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โรคของหลอดเลือดหัวใจ ลดลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การเพิ่มบทบาทดูแลทางด้านการศึกษาโดยไม่ใช้ยา บทบาทหนึ่งนั้นคือ การจัดการทางด้านโภชนาการในการป้องกัน และรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น บทบาทสำคัญของบุคลากร ในทีมสุขภาพนอกจากจะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม(Coons 1988 : 36) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้นแล้ว (Swain & Steckel 1981 : 213 – 220 อ้างถึงใน ดวงกมล จันทน์นิมิตร 2538: 4) การจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโดยการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย บุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย มาสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกทักษะ ในการปฏิบัติตัวร่วมกันจะช่วยส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และละเว้นพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schofield 1990: 182 อ้างถึงใน ดวงกมล จันทร์นิมิตร 2538: 14) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็มที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางวัตถุและจิตใจ มีความรักความผูกพัน มีความเป็นเพื่อน โดยเฉพาะสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ จะส่งเสริมให้ใช้ความสามารถ หรือเพิ่มเติมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem 1985 : 91 – 120)

จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ (2548) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าข้อมูลอัตราตายปรับฐานโรคความดันโลหิตสูง รายจังหวัด ประเทศไทย พ.ศ. 2537 – 2545 สำหรับจังหวัดสมุทรปราการ มีอัตราตายที่สูงเป็นอันดับ 4 รองจากจังหวัด นราธิวาส ระนอง และปัตตานี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2540 มีอัตราตาย 4.89 เพิ่มขึ้นเป็น 14.55 ในปี 2543 และ 16.73 ในปี 2545 ดังปรากฏในตาราง อัตราตายปรับฐานโรคความดันโลหิตสูง รายจังหวัด ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2545 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

จากการศึกษาข้อมูลประชากรจังหวัดสมุทรปราการ จากรายงานข้อมูลจังหวัดของสำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า จังหวัดสมุทรปราการมีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา กำหนดให้จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดที่รองรับการขยายตัวจากกรุงเทพมหานครทั้งในด้านการผลิต คืออุตสาหกรรม และการกระจายตัวของประชากร ทำให้มีประชากรย้ายถิ่นฐานจากที่อื่นเข้ามาในจังหวัดสมุทรปราการเป็นจำนวนมาก ซึ่งประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามามีทั้งที่ย้ายและไม่ย้ายทะเบียนราษฎรเข้ามาด้วย ทำให้มีประชากรที่อาศัยอยู่จริงมากกว่าจำนวนประชากรในทะเบียนราษฎร

และจากรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 พบว่า ในจังหวัดสมุทรปราการ โดยเฉพาะอำเภอบางบ่อ มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากถึง ร้อยละ 20.45 ในขณะที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ ซึ่งมีประชากรมากกว่าอำเภอบางบ่อถึง 6 เท่า แต่มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง ร้อยละ 3.04 ซึ่งมีความน่าสนใจในการศึกษาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นดังกล่าว ประกอบกับข้อมูลจากการศึกษาเรื่องการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย นอกเหนือจากการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว ซึ่งบุคคลรอบข้าง เช่น ญาติ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมด้วย ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย

ศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว อันส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย และเกิดแรงจูงใจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตอย่างมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.3 เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

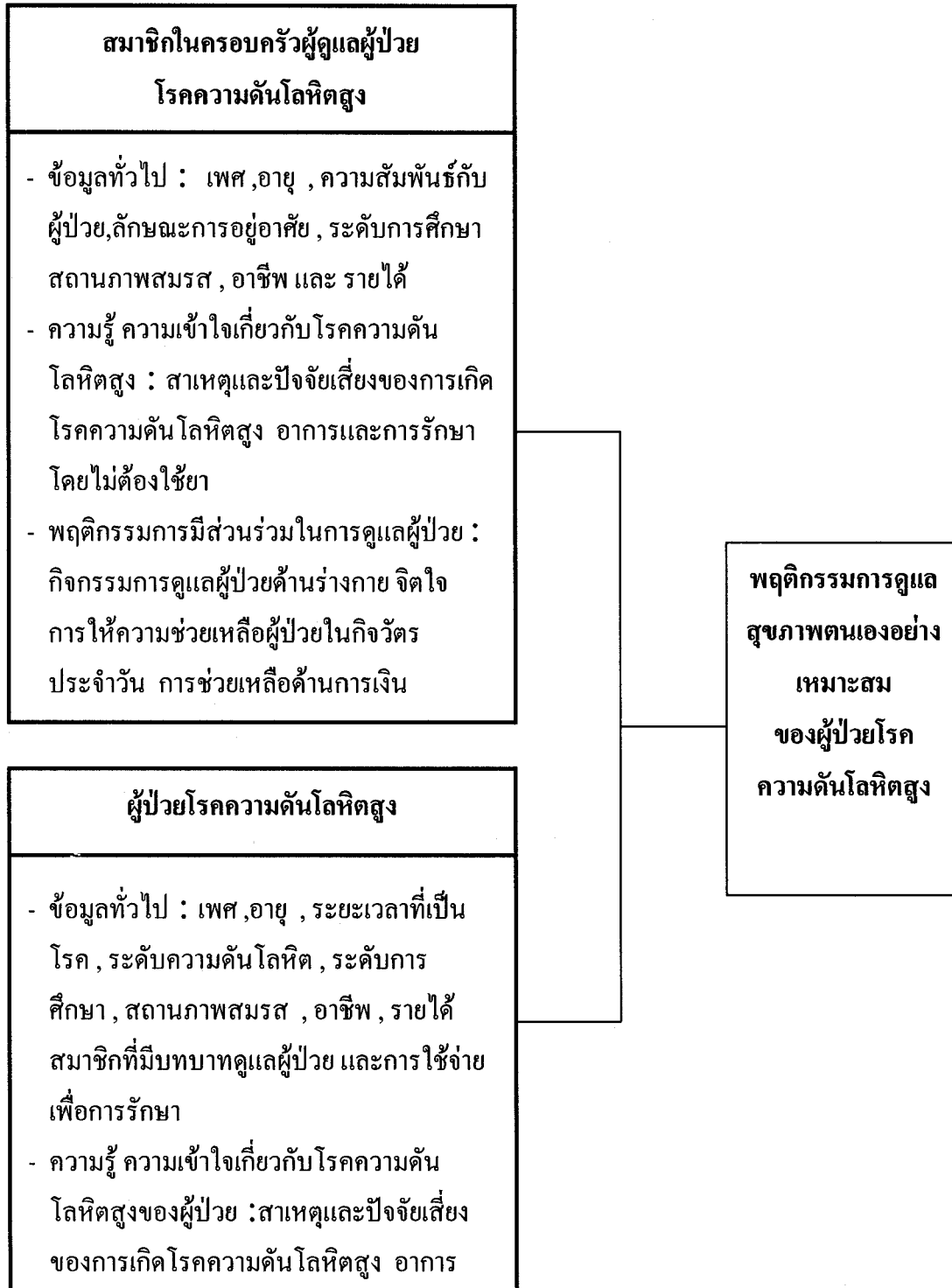
2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.6 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



4. สมมติฐานของการวิจัย

4.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ ทั้ง 5 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอบางบ่อ อำเภอพระประแดง อำเภอบางพลี และอำเภอพระสมุทรเจดีย์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยใช้ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสมุทรปราการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ปี 2547 ซึ่งมีจำนวน 44,230 คน และใช้สูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Yamane' ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหาในการศึกษา ศึกษาเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทฤษฎี ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การมีส่วนร่วม และการดูแลผู้ป่วย

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ผู้ศึกษาใช้เวลาเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม ถึงเดือน มิถุนายน

6. นิยามศัพท์

6.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการรักษามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

6.2 สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6.3 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ พยาธิสภาพ ของโรค โรคแทรกซ้อน แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

6.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ก่อนตอบแบบสอบถาม เพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6.5 การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแล และปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยวัดจากการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

6.6 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล ในด้านการเอาใจใส่ สนใจ ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การพูดคุยให้กำลังใจ ช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล การให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต การช่วยเหลือด้านการเงิน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นแนวทางในการให้ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แก่สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7.2 เป็นแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7.3 เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

7.4 เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการดำเนินการพัฒนางานดูแล
สุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนและดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
2. สถานการณ์และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย
4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

โรคความดันโลหิตสูงหรือความดันเลือดสูง (<http://www.thailabonline.com/hypertension.htm>) เป็นโรคเรื้อรัง และพบได้บ่อยในคนไทย ค่าความดันโลหิต 2 ค่าคือ ความดันซิสโตลิก (ค่าความดันโลหิตตัวบน : Systolic) เกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดในหัวใจ ความดันไดแอสโตลิก (ค่าความดันโลหิตตัวล่าง : Diastolic) เกี่ยวข้องกับความต้านทานของหลอดเลือด ระดับความดันโลหิต เกิดขึ้นโดยแรงดันเลือดจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดง ปริมาณของของเหลวในระบบหลอดเลือด (ซึ่งขึ้นกับความเข้มข้นของโซเดียมในเลือด) และความต้านทานของกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือด

ในคนปกติจะมีค่าความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดปกติ จะแตกต่างกันในแต่ละคน แต่ละอายุ ถ้าอายุมากขึ้นความดันเลือดจะสูงขึ้น หรืออาจเปลี่ยนแปลงได้ในเวลาต่างกัน เช่น เมื่อมีอารมณ์เครียด ความดันเลือดอาจสูงขึ้นได้ คนปกติขณะพัก (จิตใจสงบ ไม่ได้ออกกำลังกาย) จะมีค่าสูงสุดของความดันเลือดตามเกณฑ์อายุดังนี้

| | | | |
|-------------|------------|--------|---------------|
| วัยทารก | ไม่ควรเกิน | 90/60 | มิลลิเมตรปรอท |
| 3 – 6 ปี | ไม่ควรเกิน | 110/70 | มิลลิเมตรปรอท |
| 7 – 10 ปี | ไม่ควรเกิน | 120/80 | มิลลิเมตรปรอท |
| 11 – 17 ปี | ไม่ควรเกิน | 130/80 | มิลลิเมตรปรอท |
| 18 – 44 ปี | ไม่ควรเกิน | 140/90 | มิลลิเมตรปรอท |
| 45 – 64 ปี | ไม่ควรเกิน | 150/95 | มิลลิเมตรปรอท |
| 65 ปีขึ้นไป | ไม่ควรเกิน | 160/95 | มิลลิเมตรปรอท |

ในวัยผู้ใหญ่ถ้าความดันเลือดสูงกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท ควรนอนพักประมาณ 5-10 นาที แล้ววัดใหม่ ถ้าได้ค่าความดันเลือด เท่าเดิม หรือใกล้เคียงครั้งก่อน ควรวัดซ้ำในเวลา 2-3 สัปดาห์ อีก 2-3 ครั้ง ถ้าสูงตลอด จึงถือว่าเป็นความดันเลือดสูงได้

ตามมาตรฐานของ WHO / ISH (World Health Organization / International Society of Hypertension) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง(<http://dpc10.ddc.moph.go.th/hypt.htm>)ไว้ดังนี้คือ

"ความดันโลหิต ที่วัดอย่างถูกต้องหลาย ๆ ครั้งในต่างวาระและมีระดับความดันซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือ ระดับความดันไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท" โดยสามารถแบ่งภาวะความดันโลหิตสูงออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามตารางข้างล่าง ทั้งนี้เมื่อความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระดับที่ต่างกันให้ถือระดับที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระดับความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

| ระดับ | ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท) | ความดันไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| Grade 1 ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย | 140-159 | 90-99 |
| Grade 2 ความดันโลหิตสูงปานกลาง | 160-179 | 100-109 |
| Grade 3 ความดันโลหิตสูงรุนแรง | >180 | >110 |
| ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงเพียงอย่างเดียว | >140 | < 90 |

1.1 อาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่

1.1.1 ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณท้ายทอย จะเป็นในตอนเช้า ซึ่งจะพบในคนที่มีความดันโลหิตสูงค่อนข้างรุนแรง อาการปวดศีรษะจะหายไปได้เอง แต่ใช้เวลาหลายชั่วโมง อาจจะมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เหนื่อยง่าย ความรู้สึกทางเพศลดลง

1.1.2 เลือดกำเดาออก

1.1.3 บัสตภาวะเป็นเลือด

1.1.4 ตาพร่ามัว

1.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

กลไกที่มีปฏิกิริยาต่อการควบคุมระดับความดันเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ได้แก่ ไต คือมีการหลั่งฮอร์โมน การปรับความสมดุลของน้ำและการขับโซเดียม และระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic Nervous System , SNS) เมื่อน้ำที่เหล่านี้สูญเสียความควบคุมจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (<http://thailabonline.com/hypertension.htm>)

ความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลง หรือการหดตัวของหลอดเลือดเล็กๆ ทั่วร่างกาย การที่หลอดเลือดแดงแคบเล็กลงหรือหดตัวนั้นจะทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงร่างกายผ่านหลอดเลือดดังกล่าวได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือด ไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิด Congestive Heart Failure ความดันโลหิตสูงเป็นตัวเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวโดยผนังหลอดเลือดแดงอ่อนแอลง เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นเพื่อพยายามให้เลือดไหลผ่าน หลอดเลือดที่มีสิ่งมาเกาะตามผนัง เช่น ไขมัน และสิ่งอื่น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85-90) ของโรคนี้ไม่ทราบสาเหตุ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 10-15) เท่านั้นที่ทราบสาเหตุ อาจเกิดจาก

1. โรคไต จะเป็นทั้งชนิดของโรคไตอักเสบเฉียบพลัน หรือไตวายเรื้อรัง
2. โรคเนื้องอกของต่อมหมวกไตบางชนิด
3. โรคครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะของความดันโลหิตสูง ที่เกิดร่วมกับ การตั้งครรภ์ เมื่อคลอดบุตรแล้ว ความดันโลหิตจะลดลง
4. การใช้ยาสเตียรอยด์ หรือสตรีที่ใช้ยากุมกำเนิด เมื่อกุมกำเนิดแล้ว ความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติ
5. โรคกล้ามเนื้อหัวใจบางชนิด หรือโรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว

ด้วยเหตุผลที่ว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดในสมอง (stroke) โรคไตและโรคของหลอดเลือดของหัวใจ

1.3 ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านกรรมพันธุ์ร่วมกับปัจจัยอื่น เช่น ความอ้วน วิธีการดำรงชีวิต ส่วนประกอบของอาหารที่บริโภค และปัจจัยอื่นๆ มีผลต่อระดับความดันโลหิต

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสรีระวิทยา (Physiologic Risk Factors)

แม้ว่าความดันโลหิตสูงจะเกิดได้กับทุกคน แต่ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ ชนิด เพศชาย และวัยที่เพิ่มขึ้น คนผิวดำมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้มากกว่า 2 เท่า รวมทั้งความรุนแรงของโรค กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ภาวะอ้วน น้ำหนักมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความดันโลหิต ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในขณะเดียวกันการลดน้ำหนักลง มักพบว่าความดันโลหิตลดลงด้วย นอกจากนั้น ยังสามารถลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายและระดับของ Norepinephrine กลไกของความดันโลหิตที่สัมพันธ์กับความอ้วนยังไม่ชัดเจน แต่มีกลไกหนึ่งที่เป็นไปได้คือการเพิ่มโซเดียม การเพิ่มการดูดซึมโซเดียมเนื่องจากการเพิ่มระดับอินซูลินเอสโตรเจน สัดส่วนที่ไม่ได้ขนาดระหว่างมวลของร่างกายกับขนาดของไต ความไม่ได้สัดส่วนของปริมาณเลือดกับความสามารถของหลอดเลือด และมีการเพิ่มปฏิกริยาของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งเกิดจากการเพิ่มพลังงานในการบริโภค

คนอ้วนจะมีการคั่งของโซเดียมอยู่ในร่างกายมาก ทั้งนี้ มีความเกี่ยวข้องกับมีข้อบกพร่องในการขจัดโซเดียมออกจากร่างกาย และนอกจากนี้คนอ้วนจะบริโภคเกลือมากกว่าคนกลุ่มอื่น บริโภคโปแตสเซียมต่ำ ไขมันสูงและบริโภคอาหารที่มีแคลอรีสูงมากกว่าคนผอม

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Risk Factors)

ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในคนที่มีการได้น้อยและการศึกษาค่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีความเครียดและจัดการกับความเครียดแบบไม่ถูกวิธี การเคลื่อนย้ายจากชนบทไปสู่เขตเมืองพบว่ามีการเพิ่มระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ประชากรในเมืองเล็ก ๆ ที่มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย มีอุบัติการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าประชากรในเมืองขนาดใหญ่

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factors)

การได้รับสารอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอัตราอุบัติการณ์ ของโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ได้มีการศึกษาอย่างมากมาย ในเรื่องสารอาหารต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1) โซเดียม (Sodium) การที่โซเดียมมีส่วนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นยังไม่ชัดเจน การที่ไตบกพร่องในการขจัดโซเดียมอาจทำให้ระดับของโซเดียม, คลอไรด์และน้ำเพิ่มขึ้น

ในเลือด โดยปกติการเพิ่มปริมาณในพลาสมาจะถูกจัดออกโดย Natriuretic Hormone (Atrial Natriuretic Peptide) ในคนที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูง ไตไม่สามารถจัดปริมาณโซเดียมที่มีอยู่ตามปกติ เนื่องจาก Natriuretic บกพร่อง หนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้นคือ Plasma Insulin ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการดูดซึมโซเดียมในไต ผู้คนที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตหรือย้ายเข้าไปอยู่ประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น ได้รับโซเดียมในปริมาณมาก (9 ถึง 12 กรัม/วัน) พบว่ามีความดันโลหิตสูง และโรคของหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของผู้ใหญ่ คณะกรรมการอาหารและสุขภาพของ The National Research Council ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างยิ่งกับการกินเค็ม

นิสัยการกินเค็มอาจเพิ่มความเสี่ยงให้มีความดันโลหิตสูงมากขึ้น ผู้สูงอายุมากกว่า 75 ปี จะมีต่อมรับรส (Taste Bud) ลดลงถึง 64 เปอร์เซ็นต์ ทำให้การรับรสเสียไป ฉะนั้นผู้สูงอายุมักจะเติมเกลือมากขึ้นเพื่อที่จะรับรู้รสเค็มได้เท่าเดิม อย่างไรก็ตาม ไม่มีวิธีใดที่จะจำแนก 'Salt-Sensitive' ในบุคคลได้ Salt-Sensitive มักปรากฏในคนผิวดำและคนสูงอายุ (ทั้งนี้ อาจเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต) บางรายงานเสนอว่าคงไม่ใช่โซเดียมเพียงอย่างเดียว แต่อาจเป็นผลร่วมกันระหว่างโซเดียมและคลอไรด์ที่มีส่วนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้ Sodium Citrate ไม่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งต่างจาก Sodium Chloride

2) ไขมัน (Lipids) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated Fatty Acids, PUFA) เป็นสารเริ่มต้นของ Prostaglandins ซึ่ง Prostaglandins มีผลต่อการขยายตัวของไตและทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายผ่อนคลาย การจำกัดการบริโภคไขมันด้วย PUFA : กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid, SFA) สัดส่วนเท่ากับ 1 หรือมากกว่าทำให้ความดันโลหิตลดลงในคนที่เป็ นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่มีผลต่อผู้ที่มีความดันโลหิตปกติหรือความดันโลหิตอยู่ในระยะที่ 1 (Mild)

การบริโภคอาหารมังสวิรัตินำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ แม้ว่าทั้งสองกลุ่มจะได้รับเกลือในปริมาณที่เท่าๆ กัน ความแตกต่างที่สำคัญคือ High Ratio ของ PUFA : SFA ซึ่งมีอยู่ในส่วนประกอบของอาหารจากพืช หรือมีการเพิ่มโปแตสเซียมที่ได้รับจากผลไม้และผัก

3) คีมีกาแพ จากการศึกษพบว่า การคีมีกาแพมักทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที ภายหลังกีมีกาแพประมาณ 2-3 ถ้วย (250 มิลลิกรัมของคาเฟอีน) โดยมีระดับความดันโลหิตสูงเช่นนี้ราว 2 ชั่วโมง การคีมีกาแพเป็นประจำอาจจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงอย่างถาวร (เสวต นนทกานันท์ 2538: 133) แต่อาจมีผลทางอ้อมเมื่อ

ดื่มกาแฟจะมีผลทำให้นอนไม่หลับก็จะเกิดความเครียดได้ การมีความเครียดเป็นประจำก่อให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวรได้ (บรรลุ ศิริพานิช 2537: 79)

4) การสูบบุหรี่ ยังไม่มีผลชัดเจนของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความดันโลหิตสูง สารนิโคตินที่มีอยู่ในบุหรี่มีผลต่อการแข็งตัวของผนังหลอดเลือด จะทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงได้ในเวลาต่อมา การสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราวได้ ในผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะไม่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงโดยตรง แต่มีผลต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองและเส้นเลือดหัวใจอุดตัน (เสวต นนทกานันท์ 2538: 133)

5) แอลกอฮอล์ (Alcohol) กลไกที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกลุ่มคนที่ดื่มสุรานั้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่ามีหลายกลไกด้วยกันคือ มีการเพิ่มระดับของ Blood Cortisol เพิ่มระดับของ Catecholamine และมีผลกระทบต่อระบบ Renin-Angiotensin หรือผลกระทบต่อ Antidiuretic Hormone ในพวก Alcohol withdrawal จะชักนำให้มีการหลั่ง Adrenergic Hormone จำนวนมาก ซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบว่ามีความดันโลหิตสูงและยิ่งดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น ประมาณกันว่าร้อยละ 10 ของโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา

บางรายงาน กล่าวว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มสุราจำนวนมากจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอ (Cardiomyopathy) แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุทำให้มีไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) และสามารถเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อดื่มสุราในปริมาณมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดโรคหัวใจอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว มีบางรายงาน ได้รายงานขัดแย้งกันคือ การดื่มสุราเพียงเล็กน้อยจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มมากกว่า 2 ออนซ์ต่อวันจะเป็นสาเหตุของ Reversible Hypertension (ความดันโลหิตสูงบ้างต่ำบ้าง) ที่เป็นเช่นนั้นเพราะแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มระดับของ High Density Lipoprotein Cholesterol, HDL-C การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ออนซ์ต่อวันจะทำให้ความดันโลหิตลดลงและคลายความเครียด

1.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic Treatment)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาไม่ใช้จะก่อให้เกิดความปลอดภัยเสมอไป ในหน้าการรักษาด้วยยาอาจเป็นเพียงการเยียวยาและปกคดียังรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ได้รับคำรับรองแล้ว ได้แก่ การลดน้ำหนัก จำกัดโซเดียม ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เหมาะสม การออกกำลังกายแบบ Isotonic และการรักษาความเครียด (<http://thailabonline.com/hypertension.htm>)

1.4.1 การลดน้ำหนัก (Weight Management)

ประสิทธิภาพของการลดน้ำหนักได้ผลดีในกลุ่ม Mild และ Severe Hypertension น้ำหนักที่ลดลงเป็นผลมาจากการจำกัดพลังงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับ เมตาบอลิซึม ที่มีบทบาทสำคัญในระบบความดันโลหิต บุคคลที่มีประวัติในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรจะลดน้ำหนักลง 15 เปอร์เซ็นต์ (JNC VI 1997: 2422 อ้างถึงใน ขนิษฐา ทองหยอด 2543: 18)

1.4.2 การจำกัดโซเดียม (Sodium Restriction)

การจำกัดโซเดียมเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งในสี่ถึงครึ่งหนึ่ง ที่เป็นพวก Salt-Sensitive จึงเป็นข้อจำกัดหนึ่งในการดูแลรักษา เป็นการยากที่จะทำนายว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะตอบสนองต่อการจำกัดโซเดียม ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่จำกัดโซเดียมแล้วความดันโลหิตไม่ได้ลดลง อย่างไรก็ตามควรสร้างความเคยชินในการรับประทานอาหารที่มีรสไม่จัด โดยเฉพาะรสเค็ม หรือรับประทานเกลือโซเดียมคลอไรด์ไม่เกินวันละ 10-20 กรัม โดยเกลืออื่นที่มีในอาหารและเครื่องดื่มนั้นต่าง ๆ

1.4.3 การรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง (High Fiber Foods)

อาหารเส้นใยสูง เช่น ข้าวโอ๊ต ผลไม้ และผัก สามารถลดไขมันที่บริโภคและเปลี่ยนแปลงไขมันในเลือด สามารถทำให้ความดันโลหิตลดลง จากการศึกษาพบว่า total cholesterol ลดลง 9.9% ไตรกลีเซอไรด์ลดลง 7.7% และความดันโลหิตลดลง 9.0/8.0 มม.ปรอท high density lipoprotein cholesterol เพิ่มขึ้น 8.0% ผลการทดลองสรุปได้ว่าการลดลงของ lipoprotein metabolism และความดันโลหิต (มีทนา ประทีปะเสน 2542: 19)

1.4.4 ไขมัน (Lipids)

ส่วนประกอบของไขมันที่ได้รับการเสนอแนะ คือ การเพิ่มสัดส่วนของ PUFA : SFA ในขณะที่มีการกำหนดขีดจำกัดของไขมันทั้งหมด ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่ม Lipid Peroxides และการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของ Essential Fatty Acid มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นั่นคือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี Linoleic Acid และ Arachidonic Acid ต่ำกว่าคนปกติ

1.4.5 แอลกอฮอล์ (Alcohol)

การศึกษาของ Polter et. al. (อ้างถึงใน เสวต นนทกานันท์ 2538: 136) พบว่าผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 60 ซีซีต่อวัน มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม โดยที่ปริมาณของการดื่มไม่ควรเกิน 45 ซีซีต่อวัน การลดปริมาณการดื่มสุราลงสามารถลดระดับความดัน

โลหิตลงได้ ตามปริมาณการดื่มมากน้อยในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มมากกว่า 2 แก้วต่อวัน และผู้ที่หยุดดื่มสุราแล้วจะมีผลต่อความดันโลหิตเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่เคยดื่มสุรามาก่อน

การจำกัดแอลกอฮอล์ของคนทั่วไปโดยการดื่มไม่เกินวันละ 1 ออนซ์ (30 ซีซี) เบียร์ไม่เกิน 10 ออนซ์ ไวน์ไม่เกิน 2 ออนซ์ แต่สำหรับผู้หญิงและผู้สูงอายุจะจำกัดการดื่มเป็นครึ่งหนึ่งของคนทั่วไป การจำกัดการดื่มดังกล่าวไม่มีผลต่อความดันโลหิตสูง (JNC VI 1997: 2422 อ้างถึงใน ขนินฐา ทองหยอด 2543: 19)

1.4.6 การออกกำลังกาย (Exercise)

การขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดโรคหัวใจ CVA โรคอ้วน โรคท้องอืดจากภาวะอาหารไม่ย่อย Degenerative Joint และสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี ถ้าออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุลดลง เส้นเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น โอกาสจะถูกอุดตันน้อยลง ลดระดับคอเลสเตอรอล ลดระดับไตรกลีเซอไรด์และเพิ่ม HDL-C ลดและช่วยแก้ความเครียด

ในกรณีที่ต้องการลดน้ำหนัก การออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารสามารถช่วยได้ เช่น การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาที ซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรกจะใช้จากน้ำตาลร้อยละ 60 และจากไขมัน ร้อยละ 40 นาทีที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาลร้อยละ 50 และจากไขมันร้อยละ 50 หลังจากนั้นที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็นร้อยละ 60

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย 5 ประเภท (วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เดิน วิ่งอยู่กับที่) ทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 10 นาที จึงจะเริ่มเข้าสภาพที่เรียกว่า การออกกำลังกายที่ได้ประโยชน์เต็มที่หรือที่เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ระยะเวลาของการออกกำลังกายที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพต้องออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 นาที ความถี่ของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายทุกวัน วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 วัน ถ้าออกกำลังกายได้น้อยครั้ง ระยะเวลาจะต้องนานขึ้น

1.4.7 การผ่อนคลายความเครียด

ภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสริมให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาการหดหู่ก็มีบทบาทเช่นเดียวกัน การใช้เทคนิคการคลายเครียดในการรักษาผู้ป่วยเป็นรูปแบบการรักษาที่ใช้เพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาโดยการคลายเครียด มีการศึกษาหลายกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมมีผลเพียงเล็กน้อย การศึกษาในอเมริกาพบว่าการรักษาโดยคลายเครียดภายใน 3 เดือน มีผลต่อระดับ Systolic และ Diastolic ลดลง (JNC VI 1997: 2423 อ้างถึงใน ขนินฐา ทองหยอด 2543: 19)

1.4.8 การพบแพทย์ตามนัดและตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ การมาตรวจตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการตรวจติดตามผลการรักษา และค้นหาความผิดปกติของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เพื่อหาทางควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ล่วงหน้า ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความรู้และคำแนะนำต่างๆ จากแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือข้อคำถามก็สามารถซักถามบุคลากรทางการแพทย์ได้ และสิ่งสำคัญในการมาตรวจตามนัดคือ การมารับยา ซึ่งแพทย์จะปรับเปลี่ยนยาตามสถานะของโรคได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนยาด้วยตัวเอง เพราะอาจพบปัญหาสุขภาพที่เป็นภัยเงียบและเป็นอันตรายทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้

1.4.9 สรุปรูปอาหารที่บริโภค

- 1) พลังงานที่ได้รับจากอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ใช้ เพื่อให้
น้ำหนักตัวคงที่
- 2) ถ้ามีความดันโลหิตสูงควรลดอาหารและออกกำลังกาย ให้น้ำหนักตัว
เหลือร้อยละ 85 จากน้ำหนักตัวเดิม
- 3) รับประทานผลไม้อย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มปริมาณ โปแตสเซียมที่เสียไป
ในปัสสาวะจากการรับประทานยาขับปัสสาวะ
- 4) ลดอาหารเค็ม พวกอหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารที่แปรรูป
- 5) อาหารไขมัน ควรบริโภคไขมันชนิดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง
- 6) เพิ่มอาหารประเภทใยอาหาร
- 7) ลดน้ำตาล เพื่อลดอินซูลิน

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการดูแลทางด้านอาหาร จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถที่จะหลีกเลี่ยงจากภาวะเสี่ยงหรือหลีกเลี่ยง จากการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเมื่อเป็นแล้ว หรือลดความรุนแรงของโรคลง ซึ่งต้องอาศัยการปฏิบัติตนในเรื่องนี้ให้อย่างถูกต้อง โดยรับคำแนะนำจากแพทย์หรือนักโภชนาการ หมั่นตรวจสอร่างกายเป็นประจำหรือไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.5 ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา หรือปฏิบัติตนเองไม่ถูกต้อง จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น

สมอง เมื่อความดันโลหิตสูงมาก หลอดเลือดในสมองจะตีบ ตันหรือแตกได้ง่าย ทำให้เลือดออกในสมองได้ง่ายและบ่อยกว่าคนปกติ เกิดอาการอัมพาต / อัมพฤกษ์ ถ้ามีความดันโลหิตสูงมาก ๆ ในทันทีอาจทำให้ปวดศีรษะ ไม่รู้สึกตัวและชักได้ถ้ารักษาไม่ทันหรือไม่ถูกต้องอาจเสียชีวิตได้

หัวใจ ต้องทำงานหนักขึ้นเป็นผลให้หัวใจโต ถ้าเป็นมากอาจทำให้หัวใจล้มเหลวได้ และมีโอกาสเกิดเส้นเลือดในหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ไต ความดันโลหิตสูงทำให้ไตอักเสบและฝ่อ ไตที่พิการและเสียหายที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น

ตา ทำให้ตามัวจนถึงบอดได้

2. สถานการณ์และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง

ในการศึกษาสถานการณ์และธรรมชาติวิทยาขอโรคความดันโลหิตสูงในประชากร (<http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/hypt.htm>) พบข้อสังเกตสำคัญประกอบการกำหนดหลักการป้องกันควบคุมความดันโลหิตสูงในชุมชนดังนี้

2.1 ธรรมชาติของระดับความดันโลหิตในคนทุกคนมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

2.2 คนไทยมีค่าความดันโลหิตโดยเฉลี่ยของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเท่ากับ 115 ± 18.54 มิลลิเมตรปรอท ซิสโตลิก และ 74.6 ± 12.76 มิลลิเมตรปรอทไดแอสโตลิก

2.3 ในชุมชนไทยพบระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าในบางชุมชนของโลกพบว่าภาวะความดันโลหิตไม่สูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

2.4 ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูงคือมีความดันซิสโตลิก 130-139 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันไดแอสโตลิก 85-89 มิลลิเมตรปรอท จากการตรวจวัดความดันโลหิต ตามมาตรฐานครั้งแรกจะมีโอกาสการเกิดเป็นโรคความดันโลหิตสูงในสิบปีข้างหน้า

2.5 จากการประเมินขนาดของปัญหา พ.ศ. 2541 พบผู้สงสัยว่าเป็นภาวะความดันโลหิตสูง ในชุมชนไทยประมาณหกล้านสี่แสนคน โดยสองในสามพบในวัยทำงาน หนึ่งในสาม

พบในวัยสูงอายุ ประมาณครึ่งหนึ่งไม่ตระหนักว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นของผู้มีความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัย

2.6 ภาวะความดันโลหิตสูงพบในเขตชุมชนแออัดสูงสุด รองลงมาเป็นเขตเมืองและชนบท ตามลำดับ

2.7 หลักฐานเท่าที่มีอยู่ของชุมชนไทยพบแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นในประชากรไทย ได้แก่ การบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น เป็นสามเท่าของการบริโภคที่ยอมรับได้ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าของเมื่อสิบปีก่อน และแนวโน้มการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวที่เพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่การรับประทานผักผลไม้และกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกายในการเดินทางและอาชีพลดลง ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุระดับบุคคลที่สำคัญสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหรือโรคความดันโลหิตสูงหลายปัจจัย ได้แก่ อายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะมากกว่า 40 ปี มีสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะคนเมืองมากขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (=น้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงยกกำลังสอง) มากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป หรืออ้วนลงพุงค่าเอวต่อสะโพกมากกว่า 1 มีญาติที่เป็นพ่อแม่หรือพี่น้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะเครียดและการตอบสนองในการจัดการความเสี่ยง

2.8 การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ หมายถึงกิจกรรมทางกายใดๆในชีวิตประจำวัน ทั้งในและนอกเวลาทำงานรวมทั้งช่วงการเดินทางส่วนใหญ่จะเป็นการนั่งหรือยืนหรือเดินเพียงเล็กน้อย เช่น อ่านหนังสือ งานนั่งโต๊ะ ดูทีวี เป็นต้น หรือมีกิจกรรมทางกายปานกลางที่ทำให้หายใจเหนื่อยกว่า 20 นาทีอย่างน้อยที่สุด 4 ครั้งต่อสัปดาห์

2.9 มากกว่าร้อยละ 95 ของภาวะความดันโลหิตสูงเป็นประเภทไม่ทราบสาเหตุ อย่างไรก็ตามสาเหตุส่วนน้อยจะมีทั้งที่รักษาให้หายขาดและรักษาบรรเทาอาการ ได้แก่ เนื้องอกของต่อมหมวกไต โรคไต และโรคที่มีความผิดปกติของระบบไหลเวียน เป็นต้น

2.10 ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกล้วนมีความสำคัญเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดโดยทั่วไป จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติถึง 2-4 เท่า

อย่างไรก็ตามประเด็นสำคัญที่พบในการศึกษาธรรมชาติของภาวะความดันโลหิตในประชากร คือ " ภาวะความดันโลหิตสูง " นั้นทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่ออัมพาตและหัวใจขาดเลือดในทุกระดับของระดับความดันโลหิต โดยเฉพาะในกลุ่มระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อยและกลุ่มระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะมียกระดับความดันโลหิตที่ระดับใดก็ตาม แต่ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีหลักฐานของการทำลายอวัยวะส่วนปลายร่วมด้วย จะไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาสู่พยาธิสภาพของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิด

โรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าพิจารณาผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ จะพบโอกาสเสี่ยงต่ออัมพาตและโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้นตามตารางที่ 2.2 ดังนั้น การป้องกันควบคุมความดันโลหิตสูง เพื่อสนับสนุนการลดโอกาสการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องจึงมุ่งเน้นไปที่ การลดโอกาสการเพิ่มค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตของประชากรโดยรวมและค้นหาควบคุมกลุ่ม " ภาวะความดันโลหิตสูง" ที่สูงเล็กน้อยมากกว่า กลุ่มความดันโลหิตสูงปานกลางหรือรุนแรง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบร่วมกัน

ตารางที่ 2.2 ประเภทของกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสการเกิดอัมพาตและโรคหัวใจขาดเลือดถ้าไม่รักษาโรคความดันโลหิตสูง

| ภาวะความดันโลหิตสูง | ลักษณะของกลุ่ม | โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคในระยะเวลาสิบปี |
|---------------------|---|--------------------------------------|
| กลุ่มเสี่ยงต่ำ | กลุ่มที่มีความดันโลหิตระดับสูงเล็กน้อย และไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ | ใน 6-7คนเกิดโรค 1 คน |
| กลุ่มเสี่ยงปานกลาง | - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ 1-2 ปัจจัย - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงปานกลางอย่างเดียวหรือร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 ปัจจัย | ใน 5 คนเกิดโรค 1 คน |
| กลุ่มเสี่ยงสูง | - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย หรือปานกลางแต่ มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ 3 ปัจจัยหรือมากกว่า หรือเป็นเบาหวาน หรือมีการทำลายของอวัยวะส่วนปลาย - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงอย่างเดียวไม่มีปัจจัยเสี่ยง | ใน 4 คนเกิดโรค 1 คน |

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

| ภาวะความดันโลหิตสูง | ลักษณะของกลุ่ม | โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ในระยะเวลาสิบปี |
|---------------------|---|--|
| กลุ่มเสี่ยงสูงมาก | <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงและมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 ปัจจัยขึ้นไป - กลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือสูงปานกลาง แต่มีอาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วไม่ว่าอวัยวะใดก็ตาม | ใน 3 คนเกิดโรค 1 คน |

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ ระดับความดันโลหิต อายุมาก (หมายถึง ชาย มากกว่า 45 ปี หญิงมากกว่า 55 ปี) มีประวัติครอบครัว (ประวัติเป็นอัมพาตหรือโรคหัวใจขาดเลือดหรือตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควรคือ ผู้ชาย < 55 ปี ผู้หญิง < 65 ปี) เบาหวาน ไขมันผิดปกติ (หมายถึง คอเลสเตอรอลมากกว่า 240 มก./ค.ล.) อ้วน หน้าที่ของไตผิดปกติ (มีไข่ขาวในปัสสาวะ) สูบบุหรี่ วิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ เป็นต้น

จากการคาดประมาณพบว่าถ้าลดการบริโภคเกลือแกงโดยทั่วไปลง 50 มิลลิโมล/วัน จะทำให้ลดจำนวน ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่จะต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตลงครึ่งหนึ่ง ลดจำนวนการตายจากอัมพาตลง ร้อยละ 22 และลดจำนวนการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดลง ร้อยละ 16 จึงได้เสนอแนะว่า ควรรับประทานเกลือแกงที่ปนอยู่ในอาหารและเครื่องปรุงรสต่าง ๆ ต่อวัน น้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน และยังพบว่า การบริโภคผักผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง และการรับประทานอาหารที่ครบถ้วนทางโภชนาการ ช่วยลดระดับความดันโลหิตทั้งในระดับความดันปกติและสูง

นอกจากนั้น การดำเนินโรคของภาวะความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการหรืออาการแสดง จะมีอาการต่อเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือโรคที่เป็นผลจากความเสียหายของความดันโลหิตสูงที่สูงอยู่นาน การสร้างความตระหนักต่อการรู้จักความดันโลหิตของตนเอง และค้นหาผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตั้งแต่ระยะต้นจึงเป็นแนวทางสนับสนุนการควบคุมป้องกันอีกแนวทางหนึ่งที่จะสนับสนุนการควบคุมความดันและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงร่วม

3. แนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย

3.1 รูปแบบการดูแล

รูปแบบการดูแล เป็นการรวมเอากิจกรรมการดูแลหลาย ๆ อย่างเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งมีผู้เสนอไว้หลายลักษณะ เช่น บราวน์ (Brown 1981 : 60 – 70 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ 2539: 41) ได้เสนอไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะและการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ อันเป็นการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็ว เมื่อผู้รับบริการต้องการการดูแลในทันทีและรูปแบบที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการ และเอกลักษณ์ของบุคคลโดยมุ่งให้เวลากับผู้รับบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง และใช้เวลาในการดูแลโดยกระทำร่วมกันทั้งสองรูปแบบ

เบลทเนอร์ (Blattner 1981 : 82 – 94 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ 2539: 41) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลไว้ 3 รูปแบบคือ

1. รูปแบบการดูแลตนเอง (Intrapersonal Caring) เป็นความเอาใจใส่ต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ โดยเกิดจากการรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม สร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพ
2. รูปแบบการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นโดยผ่านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสัมผัส การให้การสนับสนุน
3. รูปแบบการดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นการช่วยเหลือกันภายในชุมชนในเรื่องของสุขภาพอนามัย โดยมีเป้าหมายที่การพึ่งตนเองของชุมชน

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแล หรือ “Family Caregiver” หรือ “Informal Caregiver” หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Davis 1922: 2 ; Horowitz 1985a: 199 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โฉ 2540: 12) ซึ่งมีผู้สรุปความหมายของญาติผู้ดูแลที่ปรากฏใช้ในวรรณกรรมทางการแพทย์ มีลักษณะดังนี้ (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม 2539: 86)

1. ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต
2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง หรือรางวัล

4. สถานการณ์ ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย นอกจากนี้ ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 a : 201 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ 2540: 12) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับ ขอบเขต ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาดูแล ประกอบด้วย

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct Care) อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

2. ญาติผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) เป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลัก หรือมีญาติผู้ดูแลทั้งสองลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อมูลสนับสนุนสะท้อนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (ชนิตา มณีวรรณ และคนอื่น ๆ 2537 :236 -244) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน ซึ่งให้การดูแลบิดามารดา บุตร หรือสามี ที่มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านอารมณ์ และการรู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลเพศหญิง 7 ใน 10 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (deMeneses & Perry, 1993 : 11 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ 2540: 14) นั่นคือ เพศหญิงมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกของครอบครัวมากกว่าเพศชาย

การศึกษาของ ชวลี เข้มวงษ์ (2538) สะท้อนให้เห็นว่า การรับบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วย มีลักษณะเป็นความต่อเนื่องระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพที่ตึงระหว่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวที่มีการแบ่งความรับผิดชอบแก่กัน โดยพบข้อ สังเกตเกี่ยวกับการกำหนดบุคคลผู้รับผิดชอบดูแล 2 ลักษณะดังนี้

1. กลุ่มที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยไว้อย่างแน่นอน พบในรายที่มีปัญหาเจ็บป่วย หรือมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และญาติเคยทำหน้าที่ให้การดูแลมาก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลมีความเต็มใจเข้าไปมีส่วนร่วมดูแลอย่างเต็มที่ เพราะรู้สึกว่าคุณเป็นผู้รู้ใจ รับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด

2. กลุ่มที่ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลไว้อย่างแน่นอน พบในรายที่ไม่มีปัญหาเจ็บป่วย หรือไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีการ

คาดการณ์และรับรู้ถึงการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย จึงมีการกำหนดบุคคลที่รับผิดชอบให้การดูแลในลักษณะดังนี้

2.1 สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้การจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เหลือให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลด้านอื่น ๆ

2.2 สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลัดภาระความรับผิดชอบแก่กัน

3.3 บทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985a : 202 -207 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ 2540: 17) พบว่าญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง 2) การช่วยเหลือระดับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ 3) การติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่นๆ 4) การช่วยเหลือด้านการเงินหรือวัตถุสิ่งของที่จำเป็น 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน 6) เป็นที่ปรึกษาติดต่อกับชุมชน สังคมที่อยู่อาศัย เช่น เกี่ยวกับการศึกษาเชิงสำรวจของ เครช และบรูคส์ (Krach & Brooks, 1995 : 41 – 50 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ 2540: 17) จากญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ ทั้งที่อยู่บ้าน และผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหรือสถานพักฟื้น พบว่า หน้าที่ความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วย จัดการด้านการเดินทาง ช่วยทำงานบ้าน ให้การดูแลโดยตรง และดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาและการบำบัดรักษา

3.4 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ความต้องการเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอยู่ตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลได้บรรลุถึงความต้องการตามวัตถุประสงค์ของตนก็จะเกิดความเชื่อมั่น ความมั่นใจในตนเอง และมีความพยายามต่อไป เพราะความต้องการเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม หากผิดหวังหรือไม่สมปรารถนาก็จะเกิดความไม่มั่นใจ ท้อแท้ และสิ้นหวัง (อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2534 : 4) ความต้องการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

จอห์นสันและคณะ (Johnson & Others , 1970 : 18 – 19) ได้ขยายความหมายของความ ต้องการให้มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วย โดยเน้นให้พยาบาลได้เข้าใจถึงความ ต้องการพื้นฐานของบุคคลเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพราะภาวะความสมดุลทางด้านความต้องการพื้นฐาน เมื่อถูกรบกวนไม่ว่าจะเป็นในทางชีววิทยา ฟิสิกส์ หรือทางเคมีก็ตาม จะทำให้บุคคลผู้นั้นเกิดปัญหาขึ้นได้ ความต้องการพื้นฐานของบุคคลจะมีลำดับตามความสำคัญก่อนหลัง ความต้องการ

ทางร่างกายมาก่อนความต้องการด้านจิตใจ ถ้าร่างกายถูกกระทบกระเทือน เช่น เสียความสมดุล ทางด้านความต้องการอาหาร คือได้รับอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยย่อมเสียความสมดุลทางจิตใจ ตามลำดับชั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความสุขสบาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การได้รับอาหาร ออกซิเจน การทรงตัวที่ถูกต้อง การรับรู้การสัมผัส ความสมดุลน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และความสมดุลของฮอร์โมน ที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย การขับถ่ายของเสีย

2. ความต้องการความปลอดภัย ปราศจากสิ่งรบกวนทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ความร้อน การติดเชื้อจากแบคทีเรีย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

3. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ เช่น ความมั่นคง ความรัก ความพอใจ การมีเพื่อน

4. ความต้องการยอมรับทั้งในตัวตน ยอมรับนับถือในความเป็นบุคคล

5. ความต้องการแสดงออกซึ่งความคิดริเริ่ม พยายามทำให้ตนเป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมการผลิตสิ่งใหม่ ๆ แปลก ๆ เป็นต้น

6. ความต้องการรู้และเข้าใจ เช่น ต้องการความรู้ ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเกี่ยวข้องกับตัว สามารถควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ เช่น สภาพการณ์เจ็บป่วยเพื่อยอมรับสภาพ การเปลี่ยนแปลงของตนเอง

7. ความต้องการทางสุนทรียภาพ เช่น ความงาม ความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความเป็นส่วนตัว ความไว้วางใจ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังได้กล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยโดยแบ่งกลุ่มความต้องการเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอากาศ การพักผ่อน การนอนหลับ อาหาร น้ำ ภาวะ ขับถ่าย อุณหภูมิที่เหมาะสม ความปลอดภัย ความสะอาดของร่างกาย การได้อยู่ในสภาพที่เงียบสงบ การเคลื่อนไหว ต้องการเป็นอิสระจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งได้รับการกระตุ้นทางด้านประสาทสัมผัสทั้ง 5

2. ด้านความต้องการทางจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการมีเอกสิทธิ์ในการเลือก หรือควบคุมตนเอง ความสำเร็จ ความมั่นคงปลอดภัย ความรู้ ความเข้าใจที่กระจ่างเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ความรักจากเพื่อนมนุษย์ การยอมรับนับถือ การเห็นคุณค่า ได้รับการสรรเสริญ ความมีศักดิ์ศรี มีชื่อเสียง การได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากบุคคลอื่น มีความเป็นส่วนตัวทั้งทางร่างกาย และข้อมูลที่ต้องการเก็บเป็นความลับของตน

3. ด้านความต้องการทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเรียบง่าย ไม่ซับซ้อน ความยืดหยุ่นได้ การประเมินค่าทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความปลอดภัยจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

3.5 แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care) เป็นความสามารถและการปฏิบัติการดูแลของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการที่จะปรับปรุงกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม เพื่อสุขภาพ สวัสดิภาพ ความผาสุก ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ทั้งในยามเจ็บป่วย และในภาวะปกติ ในด้านสังคมศาสตร์ ไคลน์แมน (Kleinman 1980 : 50 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2534: 20) ถือว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐาน และเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นการพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ จัดเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องช่วยกันพิจารณาหาแนวทางและกลวิธีที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผสมผสานกับการแพทย์พื้นบ้านสู่ระบบการแพทย์วิชาชีพ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดั้งเดิมในส่วนที่ดี และมีประโยชน์ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2534 : 20 -21)

องค์การอนามัยโลกได้สรุปความหมายของ “การดูแลสุขภาพตนเอง” ว่าหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยการรักษาและการปฏิบัติตนหลังรับบริการเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยองค์การสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้นำนโยบายไปเป็นหลักปฏิบัติ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในด้านรูปแบบจากความหลากหลายของวัฒนธรรมความเชื่อ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533 : 100 – 104) ได้เสนอกรอบแนวคิดการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับการยกระดับสุขภาพของประชาชนว่าควรประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ

1. ควรมีลักษณะส่งเสริมการมีส่วนร่วม (Participation) โดยที่นักวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุขควรเป็นผู้ให้ข้อมูลและข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ประชาชนได้ตัดสินใจด้วยตนเอง (Self Decision) และจัดการด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Self Management)
2. ระบบสาธารณสุข ควรปรับเปลี่ยนให้สนับสนุนและเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ โดยครอบคลุมถึงครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ผู้สนับสนุนทางสังคม ให้มีการใช้บริการสาธารณสุขอย่างสมเหตุผล

3. มีการฟื้นฟูภูมิปัญญาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม และการรักษาความเจ็บป่วยที่ใช้กันในบ้าน (Home Remedies) ซึ่งประกอบด้วยยาแผนโบราณและสมุนไพรเพื่อเพิ่มพูนการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นใจ ภูมิใจแก่ประชาชนท้องถิ่น

4. สนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขั้นมูลฐาน ที่สามารถนำไปปฏิบัติ โดยบุคคลและครอบครัว (Family Based) โดยสนับสนุนและช่วยเสริม (Supplement) การปฏิบัติที่ดีอยู่แล้ว และแก้ไขการปฏิบัติที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ

3.6 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self Care) เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงศักยภาพของบุคคลในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองซึ่ง โอเรียม (Orem 1985, 1991) ได้ให้ความหมายว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เป็นการกระทำเกิดจากความตั้งใจหรือจงใจเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ โดยอาศัยความรู้และความพยายามในการเรียนรู้ และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้การทำหน้าที่และพัฒนาการดำเนินการไปถึงขีดสูงสุด โดยมีความสอดคล้องกับแนวคิดบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งให้ประชาชนมีการพึ่งตนเอง

นอกจากนี้การดูแลตนเองยังมีประโยชน์และโทษ ซึ่งจะต้องพิจารณาอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการดูแลที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ การดูแลที่เป็นประโยชน์ต้องเป็นการดูแลที่สามารถส่งเสริมการทำหน้าที่และกระบวนการของชีวิต การป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดอันตราย รักษาเยียวการเจ็บป่วย รวมถึงการปรับชดเชยความพร้อมหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Orem 1991 อ้างในพิกุล นันทชัยพันธ์ 2539) โดยทั่วไปบุคคลจะมีความต้องการในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุก ส่งเสริมภาวะสุขภาพซึ่ง โอเรียม เรียกว่าเป็น “ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด” (Therapeutic Self Care Demand) ซึ่งประกอบด้วยความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน (Orem 1989 ; 1991)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในเรื่อง อาหาร อากาศ น้ำ การขับถ่าย การกระทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ตามลำพังและการมีส่วนร่วมในสังคม การสังสรรค์กับบุคคลอื่นและการปกป้องอันตรายต่อชีวิต

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisites) เป็นการดูแลที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาชีวิตมนุษย์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

เพื่อส่งเสริมการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการในระยะต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการหยุดชะงัก เช่น มีการปรับตัว สุขภาพไม่ดี เป็นต้น

3. การดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทู่พพลภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและเกิดปัญหาตามมา จากการดูแลในระยะนี้เป็นการควบคุมกลวิธีเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้รับบริการ ให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้เกิดผลสำเร็จ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกาย การติดตามควบคุมความไม่สุขสบายหรือผลที่เป็นอันตรายจากการรักษาพยาบาล การยอมรับภาวะสุขภาพ รวมถึงการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตกับผลของพยาธิสภาพ

ในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และครอบครัวที่มีความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีที่แตกต่างกัน ต้องอาศัยความร่วมมือในการประเมินปัญหาและพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดทางเลือก ในการตัดสินใจลงมือปฏิบัติของผู้รับบริการแต่ละราย โดยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมควรเป็นการสร้างเจตคติที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งถือเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับหลักธรรมชาติด้านการกิน การนอน การพักผ่อน และการออกกำลังกายที่สำคัญที่สุดคือ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ถูกต้องและมั่นใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (ลือชัย ศรีเงินยวง 2533 : 227-228) ซึ่งระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญคือการใช้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง เมื่อผู้รับบริการและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ จะสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา และมีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองได้ จากการศึกษาวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นถึงผลดีของการให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง โดยทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพ้นจากสภาพความเจ็บป่วยได้รวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมสนับสนุนการรักษาผู้รับบริการที่ได้ผลดีที่สุด โดยมีส่วนกำหนดในการนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา (ยาใจ สิทธิมงคล 2538 : 32)

3.7 ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson's Theory of Transpersonal Caring) วัตสัน (Watson 1985 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ 2539: 42) ได้เสนอทฤษฎีการดูแลมนุษย์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลบุคคลแบบองค์รวม เป้าหมายของการดูแลคือ การเกิดดุลยภาพของกาย จิต วิญญาณ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าและการดูแลเยียวยาตนเอง กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ทั้งสองฝ่ายมีการเข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน เป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค โดยกระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้

1. การสร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ในการดูแลผู้รับบริการ ต้องยึดมั่นในค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้รับบริการ และมีเมตตาซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญประการแรก โดยพยาบาลมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความเข้าใจและยอมรับผู้รับบริการ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความตระหนักและมีสติอยู่เสมอ
2. การสร้างศรัทธาและความหวัง ในการเสริมสร้างศรัทธาและความหวังให้กับผู้รับบริการ ต้องกระทำภายใต้พื้นฐานความเชื่อของผู้รับบริการ เพื่อเป็นการเสริมสร้างกำลังใจ และความหวัง ทำให้เกิดพลังในการต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย เป็นที่พึ่งแก่ผู้รับบริการและญาติ
3. วัตถุประสงค์รับรู้ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลต้องมีความตื่นตัวอยู่เสมอ และตรวจสอบความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง สังเกตปฏิกิริยาที่อาจมีผลกระทบต่อผู้รับบริการเพื่อให้การช่วยเหลือ แก้ไขความไม่สุขสบายต่าง ๆ
4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน กระทำได้ด้วยการให้ข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม
5. เปิดเผยความรู้สึกกับผู้รับบริการที่จะช่วยให้รู้จักกัน และปรับให้เข้ากันได้มากขึ้น ให้ความเห็นอกเห็นใจ ตอบสนองต่อความรู้สึก ของผู้รับบริการและครอบครัวอย่างเหมาะสม ด้วยคำพูด กิริยาท่าทาง และการแสดงออกที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความอบอุ่นใจ
6. ยอมรับการแสดงออกถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบ ในสถานการณ์การดูแล ที่ผู้รับบริการและญาติมีความตึงเครียดและวิตกกังวล อาจแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้สามารถยอมรับความรู้สึกของผู้รับบริการ ที่แสดงออกทั้งทางบวกและทางลบ โดยไม่ตำหนิและให้อภัยต่อการแสดงออก เพื่อแก้ปัญหา และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ต้องกระทำอย่างมีหลักการและเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตามแผน ประเมินผลการปฏิบัติ และเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม

7. มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน พยาบาลต้องเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพที่เข้าใจซึ่งกันและกันกับผู้รับบริการ อันเป็นพื้นฐานที่จำเป็นในกระบวนการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหา โดยนำประสบการณ์และความรู้ของพยาบาลมาผสมผสานกับประสบการณ์ตรง จากการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ เพื่อวางแผนทางการแก้ไขร่วมกัน

8. ปรึกษาประคอง สนับสนุนแก้ไขสิ่งแวดล้อม เป็นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ให้มีเวลาเป็นส่วนตัวในการอยู่กับครอบครัว หรือผ่อนคลายอารมณ์ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมและการรักษาพยาบาลรวมถึงการดูแลความสะอาดและความสวยงาม

9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลเรื่องน้ำ อาหาร ความสะอาด การขับถ่าย การหายใจ ความต้องการด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ ดูแลให้เกิดความปลอดภัย

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ การช่วยเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ เป็นการดูแลที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้ผู้รับบริการได้พบความหมายของประสบการณ์ในอดีต และยอมรับความจริงของชีวิต เปิดโอกาสให้กระทำตามความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งที่ยึดมั่น เพื่อเป็นความหวังและเป็นกำลังใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ตนเองตลอดจนการควบคุมและดูแล เยียวยาตนเองให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ยอมรับความเป็นจริงที่จะก่อให้เกิดการเยียวยาตนเอง ให้ดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของการมีชีวิตอยู่

บราวน์ (Brown 1986 : 58 – 60 อ้างถึงใน ชดช้อย วัฒนะ 2539: 46) ได้ศึกษาการดูแล และรวบรวมพฤติกรรมดูแลที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่

1. การตระหนักถึงคุณภาพและความต้องการของบุคคล
2. สนับสนุน ให้กำลังใจและสร้างความรู้สึกสบาย
3. ให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ
4. แสดงออกถึงความรู้ และทักษะเชิงวิชาชีพ ให้ผู้รับบริการรับรู้ได้ว่ามีความเฉพาะอันเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ
5. ช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ เช่นเมื่อมีความเจ็บปวด
6. ให้เวลาแก่ผู้รับบริการอย่างเพียงพอกับความต้องการ

7. สร้างเสริมเอกลักษณ์แห่งตน เป็นการรักษาศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และตัดสินใจอย่างเหมาะสมทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษา

8. ระมัดระวังอันตรายแก่ผู้รับบริการ ทั้งทางร่างกายและจิตสังคม

4. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (Theory of Social Action)

รีดเดอร์ (Reeder 1974: 39-53 อ้างถึงใน ครรชนี มหาชานิกะ 2547: 20) ได้กล่าวว่า การกระทำทางสังคม (Social Action) ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัยหลายประการ มิได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยหนึ่ง และได้อธิบายถึงเหตุผลในการกระทำสิ่งใดสิ่งใดของบุคคลว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ที่เรียกว่าความเชื่อ หรือความไม่เชื่อ (Believes or Disbelieves) มิได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้ เป้าหมาย (Goal) ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (Believes Orientation) ค่านิยมมาตรฐาน (Standard Values) นิสัยและขนบธรรมเนียมประเพณี (Habit and Custom) ความคาดหวัง (Expectation) ความผูกพัน (Commitments) แรงเสริม (Reinforcement) โอกาส (Opportunity) ความสามารถ (Ability) การสนับสนุน (Support) จากทฤษฎีดังกล่าว สรุปได้ว่า การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ต้องมีสิ่งเร้าต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory)

โรเจอร์ (Roger 1973: 45 อ้างถึงใน ครรชนี มหาชานิกะ 2547: 22) ได้ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับของใหม่กับกระบวนการติดต่อสื่อสารไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการรับของใหม่นั้น ขึ้นอยู่กับกระบวนการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ ระดับการศึกษา และช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล ซึ่งกระบวนการติดต่อสื่อสารมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความรู้ สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ ย่อมส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

คีธ (Keith, 1972 : 136 อ้างถึงใน ธันชิตา สุขชม 2547: 20) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่า หมายถึงความเกี่ยวข้องทางจิตใจ และอารมณ์ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าว เป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

ไวท์(White ,1982 : 18 อ้างถึงใน ชันชิตา สุขชม 2547: 21) กล่าวว่าการมีส่วนร่วมประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ดังนี้

มิติที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะไรควรทำและทำอย่างไร

มิติที่ 2 การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาการลงมือปฏิบัติการตามที่ได้ตัดสินใจ

มิติที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ ที่เกิดจากการดำเนินงาน

โคเฮนและยูฮอฟ (Cohen & Uphoff 1980 : 213-218 อ้างถึงใน เกษร วงศ์มณี 2545: 16) ได้แบ่งลักษณะการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 มิติ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคม หรือผลประโยชน์ด้านบุคคล

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทำให้ทราบถึงความก้าวหน้าของสิ่งที่ได้ดำเนินการอยู่ นั้นว่าจะสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่

องค์การสหประชาชาติ ได้มีมติประกาศกลวิธีทศวรรษที่สามของการพัฒนาระหว่างประเทศปี 2543 โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการผลักดันให้ครอบครัวมีกิจกรรม มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) โดยมีหลักว่า

1. เป็นวิธีการที่จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการและเจตคติของครอบครัว
2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา วางแผน และยอมรับแผนงานนั้น
3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวในฐานะที่มีหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวทุกคนย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้ และจะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว ให้คืนสู่สภาพเดิมให้เร็วที่สุด การรับหน้าที่ของครอบครัว ในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยควรประกอบด้วย (มัลลิกา มัตติโก 2530 : 120-121)

1. ครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน และครอบครัวต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระ

2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคนและช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย

3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการวินิจฉัยโรค และการทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต เก้าอี้เข็น เตียง เป็นต้น

4. ครอบครัวต้องให้ความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งหาความรู้ความชำนาญได้จากแหล่งข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ ทางหนังสือ วิทยุ และโทรทัศน์

5. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่ไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

5. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory) การรับรู้เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่สำคัญของบุคคล เพราะการตอบสนองพฤติกรรมใด ๆ จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตน และสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้น ๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการรับรู้ และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยการรับรู้ประกอบด้วยประสาทสัมผัส และปัจจัยทางจิต คือความรู้เดิม ความต้องการและเจตคติ เป็นต้น การรับรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้าน คือ การรับสัมผัส การแปลความหมาย และอารมณ์

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลต่าง ๆ จากสิ่งเร้าเข้าสู่กระบวนการรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบ ความคิด และบุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล แล้วกระบวนการจดจำแปลความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติ ภายในบุคคล เช่น ตัวกลางในการกลั่นกรอง แปลความนั้น และมีพฤติกรรม การแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจและผลจากการแสดงออกก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) สู่อุปกรณ์การรับรู้อีก

5.1 ความหมายของการรับรู้

แกริสันและมากูน (Garison & Magoon , 1972 :637) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือ แปลความหมายของข้อมูล ที่ได้จากการสัมผัสของร่างกาย กับสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่เราจะรับรู้สิ่งเร้าที่มาสัมผัสได้นั้นจะต้องอาศัยประสบการณ์ของเรา เป็นเครื่องช่วยตีความหมายหรือแปลความ

แชพลิน (Chaplin, 1968 cited by Bunting, 1988 : 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมาย โดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพินิจพิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ และเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประมวลรวมกัน

กรองแก้ว อยู่สุข(2541 : 78) การรับรู้คือกระบวนการที่แต่ละคนรวบรวม จัดและทำความเข้าใจต่อสิ่งที่มองเห็น หรือ ได้ยินหรือรู้สึก

คิง (King, 1984 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528 : 377) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

จากความหมายของการรับรู้ สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจ และความตระหนักต่อสิ่งเร้า ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทางใดทางหนึ่ง หรือทั้งหมด โดยมีการตีความหรือแปลความหมายของสมอง โดยอาศัยประสบการณ์เดิม อารมณ์ ความรู้สึกของตนเป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความหมาย

5.2 กระบวนการของการรับรู้

การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้า นั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย (Sensation) เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล และกระบวนการจดจำแปลความหมาย ของข้อมูลที่จะเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติในตัวเองของบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความหมายนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว จึงสรุปได้ว่ากระบวนการรับรู้ นั้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การเลือก (Selection) การจัดระบบ (Organization) และการแปลความ (Interpretation) (ลัทธิน โชค วรานุสันติกุล, 2524 : 59-65) ซึ่งต่อจากนั้นก็จะมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกก็จะป้อนกลับ (Feed Back) สู่กระบวนการรับรู้ อีก ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการตอบสนองสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจโดยไม่หยุดนิ่ง และมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space - Time Continuum)

(Mc Ghie, 1986 : 215-216) ด้วยเหตุนี้การรับรู้ของแต่ละบุคคล จึงเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งสามารถวัดได้จากการให้บุคคลเลือกลักษณะที่คิดว่าจริง หรือสอดคล้องกับสิ่งที่ถูกรับรู้ตามความคิดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

5.3 ความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมี ความคิด ความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีนั้น จะต้องเริ่มจากการมีการรับรู้ที่ดีเสียก่อน กันยา สุวรรณแสง (2536 : 150) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้คือ

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ ความจำเดิม จะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าเป็นอะไร
2. การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึก และมีอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด

5.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

กรองแก้ว อยู่สุข (2541 : 78) กล่าวว่า การรับรู้เกิดจากหลาย ๆ สิ่งประกอบกัน เช่น อายุ เพศ ฐานะ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมอื่น ค่านิยมและทัศนคติ ส่วนตน ทำให้เกิดปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่ได้พบเห็นตามที่ตนรับรู้ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ได้แก่ ค่านิยม และทัศนคติ บุคลิกภาพ สิ่งจูงใจ ความสนใจ ประสบการณ์ และความคาดหวัง

กันยา สุวรรณแสง(2536 : 152) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะของผู้รับรู้ ได้แก่
 - 1.1 ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม (Past Experience) ของแต่ละบุคคลจะทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน
 - 1.2 ความต้องการ ความปรารถนา (Needs) หรือแรงขับ
 - 1.3 สภาพของจิตใจ หรือภาวะอารมณ์ คนเราขณะอารมณ์ดี มักมองเห็นสิ่งนั้นดีไปหมด แต่ถ้าหากอยู่ในภาวะอารมณ์ไม่ดี มักจะมองอะไรไม่ชอบใจไปหมด หากว่าอารมณ์เสียมาก ๆ อาจจะไม่รับรู้อะไรเลย หรือรับรู้ผิดพลาดมาก
 - 1.4 เจตคติ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล
 - 1.5 อิทธิพลของสังคม (Social Factors) สภาพความเป็นอยู่ของสังคม และลักษณะของวัฒนธรรม ปทัสถาน (Norms) เป็นกรอบของการอ้างอิง (Frames of Reference) จาริต

ประเพณี ค่านิยมเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคน ทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป

1.6 ความตั้งใจ (Attention) และความสนใจ

1.7 คุณค่า (Value) เมื่อเห็นคุณค่าก็จะเพิ่มความสนใจ ใส่ใจต่อการที่จะรับรู้
คนเราสนใจต่อสิ่งใดก็จะบังเกิดความตั้งใจ

1.8 เซวี่ ปัญญา คนที่เฉลียวฉลาดรับรู้ได้ดี เร็ว ถูกต้อง และแปลความหมาย
ได้ดี มีเหตุผลกว่าผู้มีสติปัญญาต่ำ

1.9 ความพร้อม หรือการเตรียมพร้อมที่จะรับรู้ (Preparatory Set)

1.10 การคาดหวัง (Expectancy) บางครั้งคนเรามีความคาดหวังล่วงหน้า ซึ่ง
เป็นการทำให้มีการเตรียมพร้อมในการรับรู้สิ่งใหม่

2. ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะรับรู้สิ่งใด มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับ
คุณสมบัติและคุณลักษณะของสิ่งเร้า ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ ถ้าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจ
ก็จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ดีขึ้น

คิง (King , 1984 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล , 2528 : 378) กล่าวว่า
การรับรู้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถหาข้อมูลได้โดยการสังเกตพฤติกรรม และถามบุคคล
นั้นว่าคิดและรู้สึกอย่างไร

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บราวน์ (Brown ,1986 :4-9) ศึกษาการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดย
ตั้งสมมติฐานว่าการแสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ ครอบครัวที่ชอบวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) แสดง
ความไม่เป็นมิตร (Hostility) และแสดงความผูกพันทางอารมณ์ ต่อผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional
Overinvolvement) การแสดงออกทั้ง 3 ลักษณะรวมเรียกว่า Expressed Emotion พบว่าการ
แสดงออกทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าว เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของ
ผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ มีความไม่เป็นมิตรหรือแสดงความ
ผูกพันทางอารมณ์มาก มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่อยู่ใน
ครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่ำ มี
อัตราเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในระดับต่ำ

ปรีดีหทัย แก้วฉัตรรัตน์ (2534 : 64) ศึกษาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ที่ทำบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

สวนสราญรมย์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีที่สุด คือการให้กำลังใจ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิหลังและสถานภาพในครอบครัวต่างกัน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวพบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยที่ดี ร้อยละ 40.00 และสัมพันธภาพของสมาชิกที่ไม่ดี ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ดี ร้อยละ 32.67

ธันชิตา สุขชม (2547 : 106-107) ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะของโรคเดียวกัน มีความแตกต่างกันในระดับความผาสุก ซึ่งเชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีระดับความผาสุก ทุกข์โศกปานกลาง และทุกข์โศกมาก คล้ายคลึงกันในเรื่องการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย การดูแลด้านกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการของผู้ป่วย แต่จะแตกต่างกันในเรื่องการดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการการเงินและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านคอกบัว อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ และความสนใจในการรับฟังข่าวสาร โรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อายุ และรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ยุคลธร ทองรัตน์(2540 : 68-69) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ถูกต้องคือร้อยละ 65 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการให้สุขศึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาโรครธาลัสซีเมียในเด็ก การสอนและแนะนำผู้เลี้ยงดู และผู้ป่วยให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับ

โรค ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้อง นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสิทธิภาพการรักษา ยาวนานประมาณ 6-12 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลการเรียนดี หรือเกรดเฉลี่ย (GPA) อยู่ ในช่วง 3.01-4.00 มีส่วนช่วยสนับสนุนให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องดี

จากอัตราตายปรับฐาน โรคความดันโลหิตสูง ระดับจังหวัดของประเทศไทย พ.ศ.2535-2545 พบว่า 5 จังหวัดอันดับแรก ที่มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง คือ จังหวัด นราธิวาส ระนอง ปัตตานี สมุทรปราการ และจังหวัดลพบุรี ซึ่งแต่ละจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นจังหวัด ลพบุรี 3 อันดับแรกเป็นจังหวัดในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกันในการ ดำรงชีวิต และวัฒนธรรม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาสนใจศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากเป็นจังหวัดที่อัตราตายในอันดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ที่สำคัญคือเป็นจังหวัดใน เขตปริมณฑล ซึ่งมีลักษณะการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในอันดับต้น ๆ ด้วยกัน จึงนับว่า เป็นจังหวัดที่น่าสนใจในการศึกษาพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นประชากรที่มีประวัติการเจ็บป่วยและรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 5 อำเภอ ซึ่งจากการศึกษารวบรวมข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2547 (รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2547) พบว่ามีจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งสิ้น 44,230 คน แยกตามอำเภอ นำเสนอในตารางที่ 3.1 ดังนี้

ตารางที่ 3.1 ร้อยละ/จำนวนผู้ป่วยและจำนวนประชากร จำแนกตามอำเภอ

| อำเภอ | จำนวนประชากร* | จำนวนผู้ป่วย** | ร้อยละ |
|------------------|---------------|----------------|--------|
| เมืองสมุทรปราการ | 460,476 | 14,010 | 3.04 |
| พระประแดง | 206,224 | 5,545 | 2.69 |
| บางพลี | 157,379 | 4,246 | 2.70 |
| พระสมุทรเจดีย์ | 94,597 | 2,300 | 2.43 |
| บางบ่อ | 88,635 | 18,129 | 20.45 |
| รวม | 1,007,311 | 44,230 | 4.39 |

ที่มา : * ที่ทำการปกครองจังหวัดสมุทรปราการ : ข้อมูลจำนวนประชากร ณ เดือนมิถุนายน 2547

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ : ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2547

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ผู้ศึกษาได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane' (1970 : 580 – 581) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ

| | | |
|---|---|--------------------|
| n | = | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| N | = | จำนวนประชากร |
| e | = | ค่าความคลาดเคลื่อน |

ในการคำนวณจากสูตรดังกล่าว ผู้ศึกษาได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการสุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 95% ดังนั้นค่าความคลาดเคลื่อน (e) จึงเท่ากับ 5 % หรือ 0.05 จึงสามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{\text{จำนวนประชากร}}{1+\text{จำนวนประชากร}(0.05)^2} \\ &= \frac{44,230}{1+44,230(0.05)^2} \\ &= 396.4 \end{aligned}$$

จากผลการคำนวณที่ได้ ผู้ศึกษาใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) กล่าวคือ จำแนกจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้งจังหวัด นำมาคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนร้อยละของจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอ และนำจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละอำเภอมาหาสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล แต่เนื่องจากมีโรงพยาบาลของรัฐเพียงอำเภอละหนึ่งแห่งจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยการปิดเศษ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน นำเสนอในตารางที่ 3.2 ดังนี้

ตารางที่ 3.2 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอำเภอและโรงพยาบาล

| อำเภอ(โรงพยาบาล) | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง |
|------------------------------------|---------|---------------|
| เมืองสมุทรปราการ (รพ.สมุทรปราการ) | 14,010 | 127 |
| พระประแดง (รพ.เมืองสมุทร) | 5,545 | 50 |
| บางพลี (รพ.บางพลี) | 4,246 | 38 |
| พระสมุทรเจดีย์ (รพ.พระสมุทรเจดีย์) | 2,300 | 21 |
| บางบ่อ (รพ.บางบ่อ) | 18,129 | 164 |
| รวม | 44,230 | 400 |

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ : จำนวนประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ปี 2547

สำหรับการสุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ผู้ศึกษาใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) กล่าวคือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่พบในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นมีจำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วย และแบบสอบถามญาติผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาในแต่ละชุด ดังนี้

2.1.1 แบบสอบถามผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ส่วน

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติ ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตสูงที่วัดได้ครั้งล่าสุด ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด การใช้ยาเพื่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2) ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหา ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเสี่ยงด้าน สรีระ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต และความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษา

โดยไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การรักษาโดยใช้โภชนาการ การละเว้นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ในแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก โดยแปลความหมายของคำตอบ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|----------|--------------|-------------|
| ใช่ | 2 คะแนน | 0 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ | 1 คะแนน | 1 คะแนน |
| ไม่ใช่ | 0 คะแนน | 2 คะแนน |

3) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เนื้อหา

ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม การปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และเรื่องการยอมรับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ความเครียด โดยใช้ข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 ตัวเลือก ในแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก โดยแปลความหมายของคำตอบ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|---|--------------|-------------|
| มากกว่า 3 ครั้ง มากกว่า 30 นาที พูดคุยระบายกับเพื่อนญาติ ทุกครั้งที่แพทย์นัดหรือมีอาการผิดปกติ | 2 คะแนน | 0 คะแนน |
| 1-3 ครั้ง 15 - 30 นาที หาทางแก้ไขด้วยตนเอง เมื่อมีอาการผิดปกติ | 1 คะแนน | 1 คะแนน |

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|---|--------------|-------------|
| ไม่เลย น้อยกว่า 15 นาที ไม่พูดคุยกับใคร ไม่ไปเลย | 0 คะแนน | 2 คะแนน |

4) ส่วนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการ
มีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้าน
ร่างกาย และด้านจิตใจ และพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติในด้านกิจวัตรประจำวัน และ
ด้านการเงิน โดยใช้ข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 5
ระดับ ให้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

โดยแปลความหมายของคำตอบ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|-------|--------------|-------------|
| 5 | 5 คะแนน | 1 คะแนน |
| 4 | 4 คะแนน | 2 คะแนน |
| 3 | 3 คะแนน | 3 คะแนน |
| 2 | 2 คะแนน | 4 คะแนน |
| 1 | 1 คะแนน | 5 คะแนน |

2.1.2 แบบสอบถามญาติผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะการอยู่อาศัยของญาติกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้

2) ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เนื้อหาประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสรีระ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต และความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษา โดยไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การรักษาโดยใช้โภชนาการ การละเว้นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 25 ข้อ คำตอบเป็นตัวเลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ในแต่ละข้อให้เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก โดยแปลความหมายของคำตอบ ตามเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|----------|--------------|-------------|
| ใช่ | 2 คะแนน | 0 คะแนน |
| ไม่แน่ใจ | 1 คะแนน | 1 คะแนน |
| ไม่ใช่ | 0 คะแนน | 2 คะแนน |

2.2 การสร้างเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดทฤษฎีการดูแลผู้ป่วย แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของครอบครัว แนวคิดเรื่องการรับรู้ โดยแบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบสอบถามปลายปิดทั้งหมด แบ่งเป็นแบบสอบถามผู้ป่วย และแบบสอบถามญาติผู้ป่วย โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

2.2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ทั้งแบบสอบถามผู้ป่วย และแบบสอบถามญาติผู้ป่วย โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก) ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว อาจารย์พยาบาล และพยาบาล พิจารณาตรวจแก้ไขการใช้ภาษา และเนื้อหา เพื่อให้สามารถเข้าใจง่ายและวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข

2.2.2 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และญาติผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลไทรน้อย จำนวน

กลุ่มละ 30 คน และทำการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alfa – Coefficient) ตามวิธี ของ Cronbach's Alpha ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \frac{(1 - \sum s_i^2)}{s^2}$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
 K = จำนวนข้อคำถาม
 $\sum s_i^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
 s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.6552 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.6764 และแบบสอบถามพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.9051

2.3 เกณฑ์การแปลผล

2.3.1 ระดับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและญาติ

ผู้ศึกษาได้ใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ ในการสรุประดับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

| ระดับคะแนนเฉลี่ย | ระดับ ความรู้ ความเข้าใจ |
|------------------|--------------------------|
| 0.00 – 0.66 | ต่ำ |
| 0.67 – 1.33 | ปานกลาง |
| 1.34 – 2.00 | สูง |

2.3.2 ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ศึกษาได้ใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ ในการสรุประดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

| ระดับคะแนนเฉลี่ย | ระดับการดูแลตนเอง |
|------------------|-------------------|
| 0.00 – 0.66 | ไม่เหมาะสม |
| 0.67 – 1.33 | ปานกลาง |
| 1.34 – 2.00 | เหมาะสม |

2.3.3 ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ศึกษาได้ใช้ระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ ในการสรุประดับการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

| ระดับคะแนนเฉลี่ย | ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย |
|------------------|--------------------------|
| 1.00 – 2.33 | ต่ำ |
| 2.34 – 3.66 | ปานกลาง |
| 3.67 – 5.00 | สูง |

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในส่วนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรปราการ รพ.บางบ่อ รพ.เมืองสมุทร รพ.บางพลี และรพ.พระสมุทรเจดีย์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจกับเนื้อหาแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ประสานขออนุญาต ผู้บริหาร โรงพยาบาล ก่อนทำการเก็บข้อมูล

3.2 แจกผู้ป่วย และญาติ ให้ทราบวัตถุประสงค์ และขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม

3.3 ทำความเข้าใจกับผู้ช่วยในการเก็บข้อมูล โดยให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ เป็นผู้สอบถามกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ และความครบถ้วนของข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลมีความเข้าใจในรายละเอียดตรงกัน

3.4 การเก็บข้อมูล ส่งแบบสอบถามให้ผู้เก็บข้อมูลจำนวน 420 ชุด ในเดือนมีนาคม 2549 ได้แบบสอบถามกลับคืนในเดือนมิถุนายน 2549 จำนวน 400 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 95.24

3.5 รวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับ ตรวจสอบความเรียบร้อยและความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ และทำการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS for window โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าทางสถิติพื้นฐาน เพื่อแสดงการกระจาย และอธิบายลักษณะของข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อนำมาสรุปความคิดเห็นโดยรวมแต่ละด้าน

4.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าทางสถิติพื้นฐาน เพื่อแสดงการกระจาย และอธิบายลักษณะของข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) คะแนนต่ำสุด และ คะแนนสูงสุด

4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าทางสถิติพื้นฐาน เพื่อแสดงการกระจาย และอธิบายลักษณะของข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) คะแนนต่ำสุด และ คะแนนสูงสุด

4.4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่าทางสถิติพื้นฐาน เพื่อแสดงการกระจาย และอธิบายลักษณะของข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) คะแนนต่ำสุด และ คะแนนสูงสุด

4.5 ความสัมพันธ์ของตัวแปร ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐาน โดยใช้การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาได้แบ่งการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 5 ส่วนหลัก ๆ โดยมีหัวข้อดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ตอนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบรายละเอียดดังในตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | | จำนวน | ร้อยละ |
|--|---------------|-----------|--------|
| | | (N = 400) | |
| เพศ | | | |
| ชาย | | 164 | 41.00 |
| หญิง | | 236 | 59.00 |
| อายุ | | | |
| 20-40 ปี | | 50 | 12.50 |
| 41-50 ปี | | 101 | 25.25 |
| 51-60 ปี | | 122 | 30.50 |
| 61-70 ปี | | 75 | 18.75 |
| มากกว่า 70 ปี | | 52 | 13.00 |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| ไม่เกิน 5 ปี | | 192 | 48.00 |
| 6-10 ปี | | 85 | 21.25 |
| 11-15 ปี | | 68 | 17.00 |
| 16-20 ปี | | 36 | 9.00 |
| มากกว่า 20 ปี | | 19 | 4.75 |
| ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งล่าสุด | | | |
| ค่าซิสโตลิก | ค่าไดแอสโตลิก | | |
| น้อยกว่า 140 | น้อยกว่า 90 | 156 | 39.00 |
| 140-159 | 90-99 | 179 | 44.75 |
| 160-179 | 100-109 | 25 | 6.25 |
| มากกว่า 180 | มากกว่า 110 | 2 | 0.50 |
| มากกว่า 140 | น้อยกว่า 90 | 38 | 9.50 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | จำนวน (N = 400) | ร้อยละ |
|----------------------------|--------------------|--------|
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 10 | 2.50 |
| ประถมศึกษา | 179 | 44.75 |
| มัธยมศึกษา | 76 | 19.00 |
| อนุปริญญา | 46 | 11.50 |
| ปริญญาตรี | 87 | 21.75 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 2 | 0.50 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 61 | 15.25 |
| สมรส | 245 | 61.25 |
| หย่า / หม้าย | 88 | 22.00 |
| แยกกันอยู่ | 6 | 1.50 |
| อาชีพหลัก | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 128 | 32.00 |
| รับจ้าง | 68 | 17.00 |
| เกษตรกรกรรม | 31 | 7.75 |
| ค้าขาย | 88 | 22.00 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 34 | 8.50 |
| รับราชการ | 49 | 12.25 |
| ไม่ตอบ | 2 | 0.50 |

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | จำนวน (N = 400) | ร้อยละ |
|--|--------------------|--------|
| รายได้เฉลี่ยต่อปี | | |
| ไม่มีรายได้ | 91 | 22.75 |
| น้อยกว่า20000 บาทต่อปี | 8 | 2.00 |
| 20000-50000 บาทต่อปี | 21 | 5.25 |
| 50001-100000 บาทต่อปี | 45 | 11.25 |
| 100001-200000 บาทต่อปี | 96 | 24.00 |
| มากกว่า200000 บาทต่อปี | 139 | 34.75 |
| สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด | | |
| สามี ภรรยา | 183 | 45.75 |
| บุตร หลาน | 155 | 38.75 |
| ญาติผู้ป่วย | 32 | 8.00 |
| ญาติฝ่ายคู่ครอง | 8 | 2.00 |
| เพื่อนบ้าน คนใช้ | 22 | 5.50 |
| ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง | | |
| จ่ายเอง | 48 | 12.00 |
| สวัสดิการข้าราชการ | 101 | 25.25 |
| บัตรทอง | 194 | 48.50 |
| ประกันสังคม | 41 | 10.25 |
| ประกันชีวิต | 7 | 1.75 |
| อื่น ๆ | 9 | 2.25 |

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59 และเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 41 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.25

ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา ไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48 รองลงมามีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 21.25

ระดับความดันโลหิต ที่วัดได้ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ระดับความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Grade 1) คือ ความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159 และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 90-99 คิดเป็นร้อยละ 44.75 รองลงมามีระดับความดันโลหิตปกติ คือ มีความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 และ ความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 คิดเป็นร้อยละ 39

ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.75 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 21.75

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 61.25 รองลงมามีสถานภาพหย่า / หม้าย คิดเป็นร้อยละ 22

อาชีพหลัก ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมามีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 22

รายได้เฉลี่ย ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย มากกว่า 200,000 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 34.75 รองลงมามีรายได้เฉลี่ย 100,001 – 200,000 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 24

สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็น สามี ภรรยา คิดเป็นร้อยละ 45.75 รองลงมาเป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 38.75

การใช้จ่ายเพื่อรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาใช้จ่ายเพื่อการรักษาโดยใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 25.25

1.2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย พบว่ามีรายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4.2 ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย | จำนวน (N = 400) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|--------------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 135 | 33.75 |
| หญิง | 265 | 66.25 |
| อายุ | | |
| ไม่เกิน 20 ปี | 47 | 11.75 |
| 21-30 ปี | 55 | 13.75 |
| 31-40 ปี | 76 | 19.00 |
| 41-50 ปี | 114 | 28.50 |
| 51-60 ปี | 76 | 19.00 |
| >60 ปี | 32 | 8.00 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | |
| สามี ภรรยา | 168 | 42.00 |
| บุตร หลาน | 162 | 40.50 |
| ญาติผู้ป่วย | 36 | 9.00 |
| เพื่อนบ้าน คนใช้ | 34 | 8.50 |
| ลักษณะการอยู่อาศัยกับผู้ป่วย | | |
| บ้านเดียวกัน | 300 | 75.00 |
| คนละบ้าน ใกล้กัน | 57 | 14.25 |
| คนละบ้าน ห่างกัน | 43 | 10.75 |

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย | จำนวน (N = 400) | ร้อยละ |
|----------------------------|--------------------|--------|
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้ศึกษา | 6 | 1.50 |
| ประถมศึกษา | 96 | 24.00 |
| มัธยมศึกษา | 83 | 20.75 |
| อนุปริญญา | 77 | 19.25 |
| ปริญญาตรี | 126 | 31.50 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 10 | 2.50 |
| ไม่ตอบ | 2 | 0.50 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 137 | 34.25 |
| สมรส | 255 | 63.75 |
| หย่า หม้าย | 6 | 1.50 |
| แยกกันอยู่ | 2 | 0.50 |
| อาชีพหลัก | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 76 | 19.00 |
| รับจ้าง | 144 | 36.00 |
| เกษตรกรกรรม | 21 | 5.25 |
| ค้าขาย | 66 | 16.50 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 34 | 8.50 |
| รับราชการ | 59 | 14.75 |

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย | จำนวน (N = 400) | ร้อยละ |
|----------------------------|--------------------|--------|
| รายได้เฉลี่ยต่อปี | | |
| ไม่มีรายได้ | 66 | 16.50 |
| น้อยกว่า20000 บาทต่อปี | 15 | 3.75 |
| 20000-50000 บาทต่อปี | 22 | 5.50 |
| 50001-100000 บาทต่อปี | 26 | 6.50 |
| 100001-200000 บาทต่อปี | 90 | 22.50 |
| มากกว่า200000 บาทต่อปี | 181 | 45.25 |

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ญาติผู้ป่วยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.25 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.75 โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.5 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 19

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นสามี ภรรยาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 42 รองลงมาเป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 40.5

ลักษณะการอยู่อาศัยกับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา อาศัยอยู่คนละบ้านแต่อยู่ใกล้กัน คิดเป็นร้อยละ 14.25

ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 31.5 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24

สถานภาพสมรสของญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 63.75 รองลงมา มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 34.25

อาชีพหลักของญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36 รองลงมา ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 19

รายได้เฉลี่ย ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี มากกว่า 200,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.25 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 100,001 – 200,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.5

ตอนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

2.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

2.1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสรีระ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร เป็นคำถามข้อที่ 1-6 จำนวน 6 ข้อ

2.1.2 ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต เป็นคำถามข้อที่ 7 – 15 จำนวน 9 ข้อ และ

2.1.3 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การรักษาภาวะจิตใจ เป็นคำถามข้อที่ 16 – 25 จำนวน 10 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ ความเข้าใจ ต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 – 0.66 มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.67 – 1.33 และมีความรู้ ความเข้าใจระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.34 – 2.00 สำหรับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4.3 และ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละ ระดับคะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

| ข้อคำถาม | ระดับคะแนน | | |
|--|---------------|---------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| ความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค | | | |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 16 (4%) | 39 (9.75%) | 345 (86.25%) |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | 1 (0.25%) | 0 (0) | 399 (99.75%) |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | 17 (4.25%) | 19 (4.75%) | 364 (91%) |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| ข้อความ | ระดับคะแนน | | |
|--|-----------------|----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | 14 (3.5%) | 10 (2.5%) | 376 (94%) |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า | 25 (6.25%) | 19 (4.75%) | 356 (89%) |
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | 71 (17.75%) | 10 (2.5%) | 319 (79.75%) |
| ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรค | | | |
| 7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีอาการปวดศีรษะทุกราย | 79 (19.75%) | 52 (13%) | 269 (67.25%) |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง | 18 (4.5%) | 18 (4.5%) | 364 (91%) |
| 9. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | 18 (4.5%) | 12 (3%) | 370 (92.5%) |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | 21 (5.25%) | 25 (6.25%) | 351 (87.75%) |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิต อย่างกะทันหันได้ | 17 (4.25%) | 4 (1%) | 379 (94.75%) |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัวหรือตาบอด | 125 (31.25%) | 79 (19.75%) | 196 (49%) |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | 17 (4.25%) | 14 (3.5%) | 368 (92%) |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | 106 (26.5%) | 73 (18.25%) | 219 (54.75%) |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | 20 (5%) | 7 (1.75%) | 373 (93.25%) |

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

| ข้อความถาม | ระดับคะแนน | | |
|---|----------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| <u>ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา</u> | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | 59 (14.75%) | 135 (33.75%) | 205 (51.25%) |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | 14 (3.5%) | 4 (1%) | 382 (95.5%) |
| 18. การรับประทานอาหารเค็ม มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | 17 (4.25%) | 12 (3%) | 371 (92.75%) |
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | 12 (3%) | 30 (7.5%) | 357 (89.25%) |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | 21 (5.25%) | 14 (3.5%) | 365 (91.25%) |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | 11 (2.75%) | 28 (7%) | 361 (90.25%) |
| 22. การรับประทานอาหารมั่งสรวีรติ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | 22 (5.5%) | 98 (24.5%) | 280 (70%) |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 31 (7.75%) | 12 (3%) | 357 (89.25%) |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | 284 (71%) | 32 (8%) | 84 (21%) |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | 19 (4.75%) | 14 (3.5%) | 367 (91.75%) |
| รวมจำนวนตามระดับคะแนนรวม | 0 (0%) | 35 (8.75%) | 365 (91.25%) |

ตารางที่ 4.4 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วย

| ข้อคำถาม | Mean | Std. Deviation | แปลผลคะแนน |
|--|------|----------------|------------|
| ความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค | | | |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 1.82 | 0.476 | สูง |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | 2 | 0.1 | สูง |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | 1.87 | 0.448 | สูง |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | 1.91 | 0.395 | สูง |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า | 1.83 | 0.518 | สูง |
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | 1.62 | 0.769 | สูง |
| ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรค | | | |
| 7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีการปวดศีรษะทุกระยะ | 1.48 | 0.804 | สูง |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอ | 1.87 | 0.455 | สูง |
| 9. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | 1.88 | 0.443 | สูง |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | 1.83 | 0.497 | สูง |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิต อย่างกะทันหันได้ | 1.91 | 0.414 | สูง |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัวหรือตาบอด | 1.18 | 0.879 | ปานกลาง |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | 1.88 | 0.438 | สูง |

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

| ข้อความ | Std. | | แปลผล |
|---|------|-----------|---------|
| | Mean | Deviation | |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | 1.28 | 0.859 | ปานกลาง |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | 1.88 | 0.452 | สูง |
| <u>ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา</u> | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | 1.37 | 0.727 | สูง |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | 1.92 | 0.379 | สูง |
| 18. การรับประทานอาหารเค็ม มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | 1.89 | 0.433 | สูง |
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | 1.86 | 0.421 | สูง |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | 1.86 | 0.475 | สูง |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | 1.88 | 0.406 | สูง |
| 22. การรับประทานอาหารมั่งสวัริติ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | 1.65 | 0.583 | สูง |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 1.82 | 0.554 | สูง |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | 0.5 | 0.82 | ต่ำ |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | 1.87 | 0.457 | สูง |
| รวม | 1.76 | 0.208 | สูง |

จากตารางที่ 4.3 และตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละข้ออยู่ในระดับคะแนน 2 ยกเว้นข้อ “ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับ ประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน” ซึ่งส่วนมากตอบผิด คิดเป็นร้อยละ 71 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนรวมทุกข้ออยู่ในระดับสูง ตามเกณฑ์การจัดระดับคะแนน คิดเป็นร้อยละ 91.25 และส่วนที่เหลือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 8.75 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 1.71 โดยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้ออยู่ในช่วง 1.62 – 2.00 โดยมีระดับความรู้ ความเข้าใจในแต่ละเรื่อง ดังนี้

ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 1.48 – 1.88 ยกเว้นความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด และความดันโลหิตสูงจะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น มีระดับความรู้ ความเข้าใจในระดับปานกลาง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.18 และ 1.28 ตามลำดับ

สำหรับ ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจ ในระดับสูง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.37 – 1.92 ยกเว้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา ด้านโภชนาการ ในข้อการรับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ อยู่ในระดับต่ำ คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 0.5

2.1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

2.1.1 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความเสี่ยงด้านสตรีระ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอาหาร เป็นคำถามข้อที่ 1-6 จำนวน 6 ข้อ

2.1.2 ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต เป็นคำถามข้อที่ 7 – 15 จำนวน 9 ข้อ และ

2.1.3 ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสภาวะจิตใจ เป็นคำถามข้อที่ 16 – 25 จำนวน 10 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ ความเข้าใจ ต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 – 0.66 มีความรู้ ความเข้าใจ ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.67 – 1.33 และ มีความรู้ ความเข้าใจระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.34 – 2.00 สำหรับความรู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย

| ข้อคำถาม | ระดับคะแนน | | |
|--|---------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| ความรู้ ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค | | | |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 29 (7.25%) | 4 (1%) | 365 (91.25%) |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | 4 (1%) | 9 (2.25%) | 387 (96.75%) |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | 20 (5%) | 24 (6%) | 356 (89%) |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | 22 (5.5%) | 10 (2.5%) | 368 (92%) |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า | 23 (5.75%) | 22 (5.5%) | 355 (88.75%) |
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | 49 (12.3%) | 16 (4%) | 335 (83.75%) |
| ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรค | | | |
| 7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีอาการปวดศีรษะทุกราย | 49 (12.3%) | 241 (60.25%) | 110 (27.5%) |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง | 30 (7.5%) | 31 (7.75%) | 339 (84.75%) |
| 9. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | 20 (5%) | 18 (4.5%) | 362 (90.5%) |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

| ข้อความถาม | ระดับคะแนน | | |
|---|----------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | 33 (8.25%) | 22 (5.5%) | 345 (86.25%) |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต อย่างกะทันหันได้ | 9 (2.25%) | 21 (5.25%) | 368 (92%) |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด | 77 (19.3%) | 116 (29%) | 207 (51.75%) |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | 16 (4%) | 14 (3.5%) | 370 (92.5%) |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | 74 (18.5%) | 103 (25.75%) | 223 (55.75%) |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | 9 (2.25%) | 20 (5%) | 371 (92.75%) |
| <u>ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา</u> | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | 133 (33.3%) | 57 (14.25%) | 210 (52.5%) |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | 13 (3.25%) | 20 (5%) | 367 (91.75%) |
| 18. การรับประทานอาหารเค็ม มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | 18 (4.5%) | 20 (5%) | 362 (90.5%) |
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | 20 (5%) | 20 (5%) | 360 (90%) |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | 18 (4.5%) | 21 (5.25%) | 361 (90.25%) |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | 12 (3%) | 13 (3.25%) | 375 (93.75%) |

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

| ข้อความ | ระดับคะแนน | | |
|---|----------------|----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 22. การรับประทานอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | 102 (25.5%) | 22 (5.5%) | 276 (69%) |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 18 (4.5%) | 21 (5.25%) | 361 (90.25%) |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | 30 (7.5%) | 93 (23.25%) | 277 (69.25%) |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | 20 (5%) | 21 (5.25%) | 359 (89.75%) |
| รวมจำนวนตามระดับคะแนนรวม | 6 (1.5%) | 16 (4%) | 378 (94.5%) |

ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของญาติผู้ป่วย

| ข้อความ | Mean | Std. Deviation | แปลผลคะแนน |
|--|------|----------------|------------|
| <u>ความรู้ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค</u> | | | |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 1.84 | 0.53 | สูง |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | 1.96 | 0.25 | สูง |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | 1.84 | 0.49 | สูง |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | 1.87 | 0.48 | สูง |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า | 1.83 | 0.51 | สูง |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

| ข้อคำถาม | Mean | Std. Deviation | แปลผล คะแนน |
|--|------|----------------|----------------|
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | 1.72 | 0.67 | สูง |
| <u>ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรค</u> | | | |
| 7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีอาการปวดศีรษะทุกราย | 1.15 | 0.61 | ปานกลาง |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอ | 1.77 | 0.57 | สูง |
| 9. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | 1.86 | 0.47 | สูง |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | 1.78 | 0.58 | สูง |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิต อย่างกะทันหันได้ | 1.90 | 0.37 | สูง |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัวหรือตาบอด | 1.33 | 0.78 | ปานกลาง |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | 1.89 | 0.43 | สูง |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | 1.37 | 0.78 | สูง |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | 1.91 | 0.36 | สูง |
| <u>ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการรักษา โดยไม่ต้องใช้ยา</u> | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | 1.19 | 0.91 | ปานกลาง |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | 1.89 | 0.41 | สูง |
| 18. การรับประทานอาหารเช้า มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | 1.86 | 0.46 | สูง |

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

| ข้อความ | Mean | Std. Deviation | แปลผลคะแนน |
|---|------|----------------|------------|
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | 1.85 | 0.48 | สูง |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | 1.86 | 0.46 | สูง |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | 1.91 | 0.38 | สูง |
| 22. การรับประทานอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | 1.44 | 0.87 | สูง |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 1.86 | 0.46 | สูง |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | 1.62 | 0.62 | สูง |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | 1.85 | 0.48 | สูง |
| รวม | 1.8 | 0.27 | สูง |

จากตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6 พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละข้ออยู่ในระดับคะแนน 2 ยกเว้นข้อ “ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีการปวดศีรษะทุกราย” ซึ่งส่วนมากตอบไม่แน่ใจ คิดเป็นร้อยละ 60.25 โดยส่วนใหญ่มีคะแนนรวมทุกข้ออยู่ในระดับสูง ตามเกณฑ์การจัดระดับคะแนน คิดเป็นร้อยละ 94.5 และส่วนที่เหลือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4 และ 1.5 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 1.73 ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้ออยู่ในช่วง 1.72 – 1.96 และมีระดับความรู้ความเข้าใจในแต่ละเรื่อง ดังนี้

ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อาการด้านสมอง อาการด้านระบบไหลเวียนโลหิต ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 1.37 – 1.91 ยกเว้น ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ต้องมีอาการปวดศีรษะทุกราย และความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด มีระดับความรู้ ความเข้าใจในระดับปานกลาง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.15 และ 1.33 ตามลำดับ

สำหรับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจ ในระดับสูง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.44 – 1.91 ยกเว้น ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาโดยไม่ต้องใช้ยาในด้านโภชนาการ หัวข้อการรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ อยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.19

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น พฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม เป็นคำถามข้อ 1- 14 และ ข้อ 18 – 19 จำนวน 16 ข้อ และพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื่องการยอมรับภาวะสุขภาพ ได้แก่ความสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ความเครียด เป็นคำถามข้อ 15 – 17 และ ข้อ 20 จำนวน 4 ข้อ รวมคำถามทั้งหมด 20 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.00 – 0.66 ระดับพฤติกรรมปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.67 – 1.33 และ ระดับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.34 – 2.00 โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8 ดังนี้

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของค่าระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

| ข้อคำถาม | ระดับคะแนน | | |
|--|--------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 1. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น | 64 (16%) | 168 (42%) | 168 (42%) |
| 2. ท่านรับประทานขนมหวานที่หวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง | 22 (5.5%) | 235 (58.75%) | 143 (35.75%) |

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

| ข้อความคำถาม | ระดับคะแนน | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 3. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดเค็ม | 37 (9.25%) | 212 (53%) | 151 (37.75%) |
| 4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ | 38 (9.5%) | 260 (65%) | 102 (25.5%) |
| 5. ท่านรับประทานอาหารที่ใช้ไขมันทอด เช่น ปลาทอด หมู ทอด ไข่เจียว | 74 (18.5%) | 302 (75.5%) | 24 (6%) |
| 6. ท่านรับประทานผักผลไม้ | 13 (3.25%) | 211 (52.75%) | 176 (44%) |
| 7. ท่านดื่มชา กาแฟ | 155 (38.75%) | 133 (33.25%) | 112 (28%) |
| 8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม | 34 (8.5%) | 118 (29.5%) | 248 (62%) |
| 9. ท่านสูบบุหรี่ | 57 (14.25%) | 48 (12%) | 295 (73.75%) |
| 10. ท่านออกกำลังกายที่มีใช้การทำงานประจำ | 241 (60.25%) | 115 (28.75%) | 44 (11%) |
| 11. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน | 289 (72.25%) | 66 (16.5%) | 45 (11.25%) |
| 12. ท่านรับประทานยาลดความดัน เมื่อรู้สึกว่าการความดันสูง | 50 (12.5%) | 38 (9.5%) | 312 (78%) |
| 13. ท่านดื่มรับประทานยาความดันโลหิตสูง | 29 (7.25%) | 143 (35.75%) | 227 (56.75%) |
| 14. ท่านรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง | 38 (9.5%) | 114 (28.5%) | 248 (62%) |
| 15. ท่านรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิด เครียด | 62 (15.5%) | 243 (60.75%) | 95 (23.75%) |

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

| ข้อความถาม | ระดับคะแนน | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| 16. ท่านสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือฟังเพลง เพื่อให้จิตใจสบาย ไม่คิดมาก | 27 (6.75%) | 130 (32.5%) | 243 (60.75%) |
| 17. ท่านนอนหลับสนิท เป็นเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง | 8 (2%) | 183 (45.75%) | 209 (52.25%) |
| 18. การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลา | 235 (58.75%) | 126 (31.5%) | 39 (9.75%) |
| 19. ท่านจะไปตรวจ/พบแพทย์ เมื่อ | 0 (0%) | 49 (12.25%) | 351 (87.75%) |
| 20. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจมีความทุกข์ กังวลใจ ท่านแก้ปัญหาโดย | 4 (1%) | 114 (28.5%) | 282 (70.5%) |
| รวมจำนวนตามระดับคะแนนรวม | 9 (2.25%) | 216 (54%) | 175 (43.75%) |

ตารางที่ 4.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย | Mean | Std. Deviation | แปลผลคะแนน |
|---|------|----------------|------------|
| 1. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น | 1.26 | 0.72 | ปานกลาง |
| 2. ท่านรับประทานขนมหวานที่หวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง | 1.30 | 0.57 | ปานกลาง |
| 3. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดเค็ม | 1.29 | 0.62 | ปานกลาง |
| 4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเทโพ | 1.16 | 0.57 | ปานกลาง |

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

| พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย | Mean | Std. Deviation | แปลผล คะแนน |
|---|------|----------------|----------------|
| 5. ท่านรับประทานอาหารที่ใช้ไขมันทอด เช่นปลาทอด หมู ทอด ไข่เจียว | 0.88 | 0.48 | ปานกลาง |
| 6. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ | 1.41 | 0.55 | เหมาะสม |
| 7. ท่านดื่มชา กาแฟ | 0.89 | 0.81 | ปานกลาง |
| 8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม | 1.54 | 0.65 | เหมาะสม |
| 9. ท่านสูบบุหรี่ | 1.60 | 0.73 | เหมาะสม |
| 10. ท่านออกกำลังกายที่มีใช้การทำงานประจำ | 0.51 | 0.69 | ไม่ เหมาะสม |
| 11. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน | 0.39 | 0.68 | ไม่ เหมาะสม |
| 12. ท่านรับประทานยาลดความดัน เมื่อรู้สึกว่าการความดัน สูง | 1.66 | 0.69 | เหมาะสม |
| 13. ท่านดื่มรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง | 1.50 | 0.63 | เหมาะสม |
| 14. ท่านรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง | 1.53 | 0.66 | เหมาะสม |
| 15. ท่านรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิด เครียด | 1.08 | 0.62 | ปานกลาง |
| 16. ท่านสวมมนต์ นั่งสมาธิ หรือฟังเพลง เพื่อให้จิตใจ สบาย ไม่คิดมาก | 1.54 | 0.62 | เหมาะสม |
| 17. ท่านนอนหลับสนิท เป็นเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง | 1.50 | 0.54 | เหมาะสม |
| 18. ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง | 0.51 | 0.67 | ไม่ เหมาะสม |
| 19. การไปตรวจ/ พบแพทย์ | 1.88 | 0.33 | เหมาะสม |
| 20. การแก้ปัญหาเมื่อรู้สึกไม่สบายใจมีความทุกข์ กังวล ใจ | 1.70 | 0.49 | เหมาะสม |
| รวม | 1.25 | 0.266 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 4.7 และตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 43.75 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คือมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.25 โดยมีพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม 7 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 43.75 ในด้านการรับประทานยา การรับประทานผักผลไม้ การไม่สูบบุหรี่ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมในระดับปานกลาง 6 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ในด้านการรับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารที่ปรุงจากกะทิ อาหารทอด อาหารหวานจัด และระดับไม่เหมาะสม 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 18.75 โดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้าน การออกกำลังกาย

สำหรับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเรื่องการยอมรับภาวะสุขภาพ ได้แก่ความสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ความเครียด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 75 และพฤติกรรมระดับปานกลาง จำนวน 1 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 25 ในข้อ พฤติกรรมโกรธง่าย หงุดหงิด เครียด

ตอนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เป็นคำถามข้อ 1 – 10 จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติในด้านกิจวัตรประจำวัน และด้านการเงิน เป็นคำถามข้อ 11 – 12 จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 การรับรู้ของผู้ป่วยระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 การรับรู้ของผู้ป่วยระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 มีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 9 และตารางที่ 10 ดังนี้

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละค่าระดับคะแนน การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมมี
ส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

| ข้อความ | ระดับคะแนน | | | | |
|---|-----------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. เข้าใจความรู้สึกของท่านได้ดี | 0 (0%) | 2 (0.5%) | 45 (11.25%) | 177 (44.25%) | 176 (44%) |
| 2. ไม่สนใจ ไม่ห่วงใยความเจ็บป่วย ของท่าน | 22 (5.5%) | 25 (6.25%) | 36 (9%) | 66 (16.5%) | 251 (62.75%) |
| 3. มักถามอาการความเจ็บป่วยของ ท่าน | 0 (0%) | 10 (2.5%) | 25 (6.25%) | 216 (54%) | 149 (37.25%) |
| 4. มักจะพูดคุยให้ท่านคลายความ วิตกกังวลได้ดี | 0 (0%) | 10 (2.5%) | 30 (7.5%) | 220 (55%) | 140 (35%) |
| 5. สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ เมื่อ ท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ | 2 (0.5%) | 6 (1.5%) | 34 (8.5%) | 214 (53.5%) | 144 (36%) |
| 6. ให้การแนะนำเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพได้เป็นอย่างดี | 0 (0%) | 20 (5%) | 53 (13.25%) | 190 (47.5%) | 137 (34.25%) |
| 7. มักจะพูดให้กำลังใจท่าน เมื่อ รู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับการเป็นโรค ความดันโลหิตสูง | 0 (0%) | 2 (0.5%) | 29 (7.25%) | 224 (56%) | 145 (36.25%) |
| 8. แสวงหาความรู้ ความเข้าใจเรื่อง โรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาใช้ ในการดูแลท่าน | 2 (0.5%) | 31 (7.75%) | 72 (18%) | 155 (38.75%) | 140 (35%) |
| 9. สามารถให้การดูแลท่านได้อย่าง เหมาะสมเมื่อมีอาการเจ็บป่วย | 1 (0.25%) | 18 (4.5%) | 45 (11.25%) | 196 (49%) | 140 (35%) |
| 10. พาท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุก ครั้ง | 157 (39.25%) | 24 (6%) | 16 (4%) | 84 (21%) | 119 (29.75%) |
| 11. ให้ความช่วยเหลือท่านเสมอ ด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ | 113 (28.25%) | 32 (8%) | 9 (2.25%) | 129 (32.25%) | 117 (29.25%) |

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

| ข้อความถาม | ระดับคะแนน | | | | |
|----------------------|------------|--------|---------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. ช่วยเหลืองานบ้าน | 41 | 38 | 17 | 144 | 160 |
| | (10.25%) | (9.5%) | (4.25%) | (36%) | (40%) |

ตารางที่ 4.10 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนน การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย

| การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วย | Mean | Std. Deviation | แปลผลคะแนน |
|---|------|----------------|------------|
| 1. เข้าใจความรู้สึกของท่านได้ดี | 4.32 | 0.69 | สูง |
| 2. ไม่สนใจ ไม่ห่วงใยความเจ็บป่วยของท่าน | 4.25 | 1.19 | สูง |
| 3. มักถามอาการความเจ็บป่วยของท่าน | 4.26 | 0.68 | สูง |
| 4. มักจะพูดคุยให้ท่านคลายความวิตกกังวลได้ดี | 4.23 | 0.69 | สูง |
| 5. สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ เมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ | 4.23 | 0.71 | สูง |
| 6. ให้การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี | 4.11 | 0.82 | สูง |
| 7. มักจะพูดให้กำลังใจท่าน เมื่อรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | 4.28 | 0.61 | สูง |
| 8. แสวงหาความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาใช้ในการดูแลท่าน | 4.00 | 0.94 | สูง |
| 9. สามารถให้การดูแลท่านได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการเจ็บป่วย | 4.14 | 0.80 | สูง |
| 10. พาท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง | 2.96 | 1.74 | ปานกลาง |
| 11. ให้ความช่วยเหลือท่านเสมอด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ | 3.26 | 1.62 | ปานกลาง |
| 12. ช่วยเหลืองานบ้าน | 3.86 | 1.32 | สูง |
| รวม | 3.99 | 0.61 | สูง |

จากตารางที่ 4.9 และตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง คือมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.99 โดยมีการรับรู้ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ยกเว้น การพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับสูง สำหรับการรับรู้พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติผู้ป่วยในด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังแสดงในตารางที่ 4.11 ดังนี้

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

| ตัวแปรต้น | พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง | |
|--|-------------------------|-----------------|
| | Pearson Correlation | Sig. (2-tailed) |
| - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย | 0.471** | 0.00 |
| - ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย | 0.237** | 0.00 |
| - การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย | 0.285** | 0.00 |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ มีค่าเท่ากับ 0.471 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ มีค่าเท่ากับ 0.237 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

จากตารางที่ 4.11 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ มีค่าเท่ากับ 0.285 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

5.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังแสดงในตารางที่ 4.12 ดังนี้

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง | |
|-----------------------------------|----------------------------|-----------------|
| | Pearson Correlation | Sig. (2-tailed) |
| เพศ | -0.048 | 0.338 |
| อายุ | 0.322** | 0.000 |
| ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | 0.177** | 0.000 |

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย | พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง | |
|--|-----------------------------|--------------------|
| | Pearson Correlation | Sig. (2-tailed) |
| ระดับความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งล่าสุด | -0.301** | 0.000 |
| ระดับการศึกษา | 0.056 | 0.260 |
| สถานภาพสมรส | 0.078 | 0.118 |
| อาชีพหลัก | -0.121** | 0.016 |
| รายได้เฉลี่ยต่อปี | 0.103** | 0.040 |
| สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด | -0.010 | 0.837 |
| ค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง | -0.026 | 0.600 |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.12 พบว่า

เพศของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กัน
อายุของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
 ของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน

ระดับความดันโลหิตสูงที่วัดได้ครั้งล่าสุดของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ
 ตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน

ระดับการศึกษาของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มี
 ความสัมพันธ์กัน

สถานภาพสมรสของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มี
 ความสัมพันธ์กัน

อาชีพหลักของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
 ความสัมพันธ์กัน

รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์
 กัน

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กัน

การใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กัน

5.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย สามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4.13 ดังนี้

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

| ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย | พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง | |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| | Pearson Correlation | Sig. (2-tailed) |
| เพศ | 0.097 | 0.054 |
| อายุ | 0.184** | 0.000 |
| ความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วย | -0.158** | 0.002 |
| ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้ป่วยและญาติ | -0.254** | 0.000 |
| ระดับการศึกษา | 0.336** | 0.000 |
| สถานภาพสมรส | -0.125* | 0.013 |
| อาชีพหลัก | 0.220** | 0.000 |
| รายได้เฉลี่ยต่อปี | 0.314* | 0.000 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 4.13 พบว่า

เพศของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์
กัน

อายุของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน
ความสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแล กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
ความสัมพันธ์กัน

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้ป่วยและญาติ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน

ระดับการศึกษาของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
ความสัมพันธ์กัน

สถานภาพสมรสของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
ความสัมพันธ์กัน

อาชีพหลักของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
ความสัมพันธ์กัน

รายได้เฉลี่ยของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มี
ความสัมพันธ์กัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับ ความรู้ ความเข้าใจ โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับความรู้ ความเข้าใจ โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1.1.1 ศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.1.2 ศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.1.3 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 1.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงของสมาชิกในครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 1.1.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
- 1.1.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยและการรักษา มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 400 ราย

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามปลายปิด เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและ ญาติผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกใน ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติร้อยละ และค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐาน โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

1.3 ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ มีรายละเอียดสรุปได้ ดังนี้

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55 ปี มีประวัติเป็น โรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ยนาน 8 ปี ระดับความดันโลหิต ที่วัดได้ครั้งล่าสุด อยู่ที่ระดับความ ดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Grade 1) คือ ความดันซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรส ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย มากกว่า 200,000 บาทต่อปี มีสามี / ภรรยา เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาโรค ความดันโลหิตสูง

1.3.2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

ญาติผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41 ปี มีความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย คือเป็นสามี / ภรรยาของผู้ป่วย อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย การศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพสมรส อาชีพหลักรับจ้าง และมีรายได้เฉลี่ยต่อปี มากกว่า 200,000 บาท

1.3.3 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 91.25 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ที่ 1.71 โดยมีระดับความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรคความดันโลหิตสูง และความรู้ ความเข้าใจเรื่อง

การรักษาโดยไม่ต้องใช้ยา อยู่ในระดับสูง แต่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ ผลของโรคความดันโลหิตสูง ที่ทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด และ ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ในระดับปานกลาง ในขณะที่มีความรู้ ความเข้าใจว่าการรับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

1.3.4 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของญาติผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่าร้อยละ 94.5 ของญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ที่ระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.73 โดยมีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรคความดันโลหิตสูง และการรักษา โดยไม่ต้องใช้ยา อยู่ในระดับสูง แต่มีความรู้เกี่ยวกับอาการตาพร่ามัว หรือตาบอดจากความดันโลหิตสูง และความรู้ ความเข้าใจว่าการรับประทานผักผลไม้ทุกมื้อสามารถลดความดันโลหิตได้ อยู่ในระดับปานกลาง

1.3.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และระดับที่เหมาะสม จำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 54 และ 43.75 ตามลำดับ โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในเรื่อง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การรับประทานยา การตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม และความสามารถในการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา ความเครียด แต่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม หงุดหงิด ในระดับปานกลาง ในขณะที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้าน การออกกำลังกาย

1.3.6 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 71.25 ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับสูง ที่ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.99 โดยผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในด้าน ร่างกาย และด้านจิตใจ การช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติในด้านกิจวัตรประจำวัน ในระดับสูง ยกเว้นการพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด และการช่วยเหลือในด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง

1.3.7 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสม

1.3.8 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของ ญาติผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยญาติผู้ป่วยที่มีระดับ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในระดับที่เหมาะสม

1.3.9 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของ สมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแล ผู้ป่วย ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสม

1.3.10 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การมี รายได้เฉลี่ยต่อปีสูง มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดได้ ครั้งล่าสุดในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสม

ในขณะที่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประเภทของสมาชิกใน ครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และการใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

1.3.11 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ป่วยที่มีอายุมาก ญาติผู้ดูแลที่เป็นสามี / ภรรยา ของผู้ป่วย ญาติที่มีระดับการศึกษาสูง การอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ญาติที่มีสถานภาพ สมรสโสด มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้เฉลี่ยต่อปีสูง จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในระดับที่เหมาะสม และพบว่า เพศของญาติผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ กันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง ว่างกลางคน และเป็นสามี / ภรรยา หรือบุตร/หลานของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดามณีวรรณ และคนอื่น ๆ พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงว่างกลางคน ซึ่งให้การดูแลบิดามารดา บุตร หรือสามี ที่มีปัญหาความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านอารมณ์ และการรู้คิด นอกจากนี้ยังพบว่าญาติผู้ดูแลเพศหญิง 7 ใน 10 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (deMeneses & Perry, 1993 : 11 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโณ 2540: 14) นั่นคือ เพศหญิงมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกของครอบครัวมากกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน และมีระดับความดันโลหิตที่วัดได้ครั้งล่าสุดในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุคลธร ทองรัตน์(2540 : 68-69) ซึ่งศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การรักษายาวนานประมาณ 6-12 ปี มีส่วนช่วยสนับสนุนให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องดี ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการดูแลต่อเนื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งต้องเฝ้าติดตาม ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นระยะ เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทั้งของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย มีความจำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามแม้จะพบว่าผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ก็ยังพบว่าผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างปฏิบัติได้ยาก เนื่องจากเป็นความเคยชินของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารรสเค็มจัด อาหารที่ปรุงจากกะทิ อาหารทอด และอาหารหวานจัด เป็นต้น และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์และธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นในประชากรไทย ได้แก่ การบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่มขึ้น เป็นสามเท่าของการบริโภคที่ยอมรับได้ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าของเมื่อสิบปีก่อน และแนวโน้มการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวที่เพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่การรับประทานผักผลไม้และกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกายในการเดินทางและอาชีพลดลง เนื่องจากสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะคนเมืองมากขึ้น

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยต่อพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงผลดีของการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพ้นจากสภาพความเจ็บป่วยได้รวดเร็ว ซึ่งในปัจจุบันครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมสนับสนุนการรักษาผู้รับบริการที่ได้ผลดีที่สุด โดยมีส่วนกำหนดในการนำผู้ป่วยมารักษาและยุติการรักษา (ยาใจ สิทธิมงคล 2538 : 32) และสอดคล้องกับการศึกษาของปริดิททัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : 64) ที่ศึกษาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ที่ทำบำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีที่สุด คือการให้กำลังใจ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิหลังและสถานภาพในครอบครัวต่างกัน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัวพบว่า สัมพันธภาพของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยที่ดี ร้อยละ 40.00 และสัมพันธภาพของสมาชิกที่ไม่ดี ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ดี ร้อยละ 32.67 และการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่า มีคนรักใคร่ เอื้ออาทร ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจมั่นคงขึ้น พร้อมเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้เผชิญอยู่อย่างเดียวดาย แต่ยังมีบุคคลอื่นคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ สิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนการบรรเทาภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้อาการทุเลาและหายเร็วขึ้น(ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์ 2540 :111)

ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมกรรมกรดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย และด้านจิตใจ การช่วยเหลือผู้ป่วยของญาติในด้านกิจวัตรประจำวัน ในระดับสูง ยกเว้น การพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด และการช่วยเหลือในด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธันชิตา สุขขม (2547 : 106-107) ซึ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีภาวะของโรคเดียวกัน มีความแตกต่างกันในระดับความผาสุก ซึ่งเชื่อมโยงกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน ในเรื่องการ

ดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย การดูแลด้านกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการของผู้ป่วย แต่จะแตกต่างกันในเรื่องการดูแลและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการการเงินและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และการศึกษาของพัชราพร ชัยศรีสวัสดิสุข (2540) พบว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลดีมาก ในด้านการรักษาพยาบาล รองลงมาให้การดูแลปานกลางในด้านเศรษฐกิจ ด้านความเป็นอยู่และด้านสังคมตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของสมาชิกผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ทำให้ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัด และเป็นข้อจำกัดในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงิน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ควรให้ความรู้เพิ่มเติมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อคลายความเครียด ความหงุดหงิด และสนับสนุนให้มีการออกกำลังกาย

3.1.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรเน้นในเรื่องอาการแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการรักษาโดยไม่ใช้ยา

3.1.3 การสร้างเจตคติที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพอนามัยโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับหลักธรรมชาติด้านการกิน การนอน การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่สำคัญที่สุดคือ การส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ถูกต้องและมั่นใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

3.1.4 ระบบบริการสุขภาพควรเน้นการส่งเสริม สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง ควรเลือก สามี/ภรรยา ของผู้ป่วย หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยปรับให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ จะสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหา และมีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองได้

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นจังหวัดที่มีอัตราการตายปรับฐานโรคความดันโลหิตสูงในอันดับที่ 4 ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา ระนอง

ปีตตานี ซึ่งมีปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงเป็นข้อจำกัดในการเลือกศึกษา หากมีโอกาสควรได้ศึกษาเพิ่มเติมในจังหวัดซึ่งเป็น 3 อันดับต้น

3.2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด เนื่องจากแต่ละโรคจะมีเงื่อนไขและความยากง่ายในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทำให้ได้เห็นมุมมองในการดูแลผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัวที่หลากหลายขึ้น

3.2.3 ควรใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จะทำให้ได้ความเห็นและแนวทางในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนมากขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรองแก้ว อยู่สุข (2541) พฤติกรรมองค์กร กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2528) ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้ กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- กันยา สุวรรณแสง (2536) จิตวิทยาทั่วไป กรุงเทพมหานคร อักษรพิทยา
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2543) การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล กรุงเทพมหานคร ซีเค
แอนด์ เอส โฟโต้สตูดิโอ
- เกษมศรี วงศ์เลิศวิทย์ (2537) ความดันโลหิตสูง พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร เจริญวิทย์การพิมพ์
- เกษร วงศ์มณี (2545) “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการก่อตั้งและดำเนินการโรงพยาบาลตำบล”
วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- จริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2532) “ผลของการใช้วิธีการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการ
รักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จริยาวัตร คมพัยค์ม์ (2539) “การศึกษาศักยภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพตนเอง ของชุมชน
ชนบทในประเทศไทย” กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยมหิดล
- จอม สุวรรณโณ (2540) "ความสามารถของญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล" วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จิรภาพงษ์ตระกูล (2532) "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับ
ความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ"
วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชดช้อย วัฒนนะ (2539) “การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ
ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง รพ.แก่งหางแมว อ.เมือง จ.จันทบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

- ชนิตา มณีวรรณ และคนอื่นๆ (2537) “ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน”
ใน วารสารพยาบาล 43, 4 : 236-244
- ชวลี เข้มวงษ์ (2538) “ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตาม ทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการกระทำ กิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล” วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดร.รชนี มหาชานิกะ (2547) “การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กนอกระบบระดับเขต ปี 2547” การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ดวงกมล จันทร์นิมิตร (2538) “อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดวงมณี วิเศษกุล (2525) โรคความดันโลหิตสูง โรคและอาหารเฉพาะโรค พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
- ทัศนีย์ อนันตพันธ์พงศ์ (2538) “ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติต่อพยาบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธันชิตา สุขชม (2547) “การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาระบบครอบครัวและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- นพวรรณ หาญพล (2535) “ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บรรลุ เจริญพานิช (2537) 20 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร คบไฟ

- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธ์ (2546) *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย* พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร จามจุรีโปรดักท์
- ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534) “การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พัชรพร ชัยศรีสวัสดิสุข (2540) “บทบาทสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรงพยาบาลรามธิบดี” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) “รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์” วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญศรี หงส์พานิช (2536) “ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- มัทนา ประทีปะเสน และ วงเดือน ปิ่นดี (2542) *อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด โดยส่วนพฤติกรรมและสังคม* สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- มัลลิกา มัตติโก (2530) “ครอบครัวและการดูแลสุขภาพตนเอง” ใน *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม* ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ อัจฉรา เอ็นซ์ (2541) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้การดูแลให้บริการและกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ” รายงานเบื้องต้น สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ยาใจ สิทธิมงคล (2538) “พยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว : ประยุกต์ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 9 เรื่อง ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล : 32-37 ประจิด ศราพันธ์ บรรณาธิการ นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

- ยุคธรร ทองรัตน์ (2540) “การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย” *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2, 1 : 84-93
- “รายละเอียดของโรคและอาการ การดูแลโรคความดันโลหิตสูง” ค้นวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2548 จาก <http://www.thailabonline.com/hypertension.htm>
- ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง* ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เสวต นนทกานันท์ (2538) “ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง” ใน *เอกสารรายงานการสัมมนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในประเทศไทย* วันที่ 18-20 มกราคม 2538 กาญจนบุรี โรงแรมเฟลิกซ์ ริเวอร์แคว รีสอร์ท หน้า 83-90
- “สถานการณ์และธรรมชาติวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง” ค้นวันที่ 15 มีนาคม 2548 จาก <http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/hypt.htm>
- สมจิต หนูเจริญกุล (2531) “การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” ใน *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 7* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2541) *จิตวิทยาสังคม* กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครการพิมพ์
- สุจิตรา บุญยรัตพันธุ์ (2535) *ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับรัฐประศาสนศาสตร์* กรุงเทพมหานคร เทพรัดนการพิมพ์
- สุรางค์ เบื้องเดช (2533) “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล (2537) “การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ฯ หมู่บ้านคอกบัว ตำบลท่าวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา” วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ (2548) “อัตราตาย และอัตราตายปรับฐานต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง” สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข คำนวณวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2548 จาก http://epid.moph.go.th/NCDweb2/Dr_lee/File_1.html
- อุไรพร พงศ์พัฒน์วูฒิ (2532) "ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต" วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- Brown, M.A. "Social Support During Pregnancy: An Unidimensional or Multidimension Construct." *Nursing Research*. 35(January-February 1986): 4-9.
- Bunting, S.M. (1988). "The Concept of Perception in Nursing Theories." *Nursing Science Quarterly*, 9 (November): 169.
- Cohen, John M. & Uphoff, Norman T. (1980) "Participation's Place in rural Development Seeking Clarity Through Specificity." *World Development*.
- Garrison, K.C. & Magoon, R. (1972). *Educational Psychology*. Ohio : Charles E. Merrill Publishing.
- Johnson, I.P., Mccauley, C.R., & Coplwy, J.B. 1(1982) "The quality of life of hemodialysis and Transplant patients" *Kidney International*, 22: 286-291.
- Keith, Davis D. (1972) "Human Behavior at Work-Human Relations and Organizational Behavior." New York : McGraw-Hill Book.
- Mc Ghie. (1986). *A Psychology as Applied to Nursing*. 8th ed. London : Churchill Livingstone.
- Orem, O.I. (1985) *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book. PP. 255-256.
- Orem, D.E. (1991) *Nursing : Concepts of Practice*. 4th ed. Philadelphia : Mosby year book.
- Taro Yamane. (1973) *Statistics : An Introductory Analysis*. 3rd ed., Tokyo Harper International Edition.
- White, Alastair T. (1982) "Why Community Participation? A Discussion of the Argument go, Community Participation : CURRENT Issue and Lesson Learned." : United Nations Children's fund.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ให้คำตอบด้วยข้อมูลที่ตรงตามความจริงที่สุด เพื่อผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาแนวทางเพื่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี (จำนวนเต็มปี)
3. ท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูง มานาน _____ ปี
4. ระดับความดันโลหิตสูงที่วัดได้ครั้งล่าสุด _____ / _____ มิลลิเมตรปรอท
5. การศึกษาระดับสูงสุดของท่าน

| | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี |
6. สถานภาพสมรส

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> สมรส |
| <input type="checkbox"/> หย่า/ หม้าย | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ |

7. อาชีพหลักของท่าน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |

8. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อปี

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ | <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20,000 บาท/ปี |
| <input type="checkbox"/> 20,000 – 50,000 บาท/ปี | <input type="checkbox"/> 50,001 – 100,000 บาท/ปี |
| <input type="checkbox"/> 100,001 – 200,000บาท/ปี | <input type="checkbox"/> มากกว่า 200,000บาท/ปี |

9. สมาชิกในครอบครัวของท่านที่มีบทบาทดูแลท่านมากที่สุด มีความสัมพันธ์กับท่านในฐานะ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สามี / ภรรยา | <input type="checkbox"/> บุตร / หลาน |
| <input type="checkbox"/> ญาติฝ่ายผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ญาติฝ่ายคู่ครองผู้ป่วย |
| <input type="checkbox"/> ลูกเขย / ลูกสะใภ้ / หลานเขย / หลานสะใภ้ | <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน / คนรับใช้ |

10. การใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ออกค่าใช้จ่ายเอง | <input type="checkbox"/> สวัสดิการข้าราชการ |
| <input type="checkbox"/> บัตรทอง 30 บาท | <input type="checkbox"/> ประกันสังคม |
| <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่กำหนดให้ตามความเข้าใจของท่าน

| คำถาม | คำตอบ | | |
|--|-------|--------|----------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | | | |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | | | |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า | | | |
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | | | |
| 7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีการปวดศีรษะทุกราย | | | |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอ | | | |
| 9. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | | | |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | | | |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ | | | |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด | | | |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | | | |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | | | |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | | | |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | | | |

| คำถาม | คำตอบ | | |
|---|-------|--------|----------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
| 18. การรับประทานอาหารเช้า มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | | | |
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | | | |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | | | |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | | | |
| 22. การรับประทานอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | | | |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | | | |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | | | |

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

| พฤติกรรมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา | มากกว่า 3 ครั้ง | 1-3 ครั้ง | ไม่เคย |
|---|-----------------|-----------|--------|
| 1. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูสามชั้น | | | |
| 2. ท่านรับประทานขนมหวานที่หวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง | | | |
| 3. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดเค็ม | | | |
| 4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงจากกะทิ เช่น แกงเจียวหวาน แกงเทโพ | | | |
| 5. ท่านรับประทานอาหารที่ใช้ไขมันทอด เช่น ปลาทอด หมูทอด ไข่เจียว | | | |
| 6. ท่านรับประทานผักผลไม้ | | | |
| 7. ท่านดื่มชา กาแฟ | | | |
| 8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม | | | |
| 9. ท่านสูบบุหรี่ | | | |
| 10. ท่านออกกำลังกายที่มีใช้การทำงานประจำ | | | |
| 11. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีวิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน | | | |
| 12. ท่านรับประทานยาลดความดัน เมื่อรู้สึกว่าการความดันสูง | | | |
| 13. ท่านลิ้มรับประทานยาความดันโลหิตสูง | | | |
| 14. ท่านรับประทานยาไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง | | | |
| 15. ท่านรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิด เครียด | | | |
| 16. ท่านสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือฟังเพลง เพื่อให้จิตใจสบาย ไม่คิดมาก | | | |
| 17. ท่านนอนหลับสนิท เป็นเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง | | | |

18. การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลา

- มากกว่า 30 นาที 15 – 30 นาที ไม่ได้ออกกำลังกาย

19. ท่านจะไปตรวจ/ พบแพทย์ เมื่อ

- ทุกครั้งที่แพทย์นัดหรือมีอาการผิดปกติ เมื่อมีอาการผิดปกติ ไม่ไปเลย

20. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจมีความทุกข์ กังวลใจ ท่านแก้ปัญหาโดย

- พูดคุยระบายกับเพื่อน /ญาติ หาทางแก้ไขด้วยตนเอง ไม่พูดคุยกับใคร

ส่วนที่ 4 การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมของ

สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ท่านเลือก โดยกำหนดให้หมายเลขแต่ละช่องมีความหมายต่อไปนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

| ลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อท่าน | คำตอบ | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 1. เข้าใจความรู้สึกของท่านได้ดี | | | | | |
| 2. ไม่สนใจ ไม่ห่วงใยความเจ็บป่วยของท่าน | | | | | |
| 3. มักถามอาการความเจ็บป่วยของท่าน | | | | | |
| 4. มักจะพูดคุยให้ท่านคลายความวิตกกังวลได้ดี | | | | | |
| 5. สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ เมื่อท่านมีความทุกข์ ไม่สบายใจ | | | | | |
| 6. ให้การแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี | | | | | |
| 7. มักจะพูดให้กำลังใจท่าน เมื่อรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | | | |
| 8. แสวงหาความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำมาใช้ในการดูแลท่าน | | | | | |
| 9. สามารถให้การดูแลท่านได้อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการเจ็บป่วย | | | | | |
| 10. พาท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง | | | | | |
| 11. ให้ความช่วยเหลือท่านเสมอด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ | | | | | |
| 12. ช่วยเหลืองานบ้าน | | | | | |

แบบสอบถามญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ให้คำตอบด้วยข้อมูลที่ตรงตามความจริงที่สุด เพื่อผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาแนวทางเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณในความร่วมมือนอกแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี (จำนวนเต็มปี)
3. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สามี / ภรรยา | <input type="checkbox"/> บุตร / หลาน |
| <input type="checkbox"/> ญาติฝ่ายผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> ญาติฝ่ายคู่ครองผู้ป่วย |
| <input type="checkbox"/> ลูกเขย / ลูกสะใภ้ / หลานเขย / หลานสะใภ้ | <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน / คนรับใช้ |
4. ลักษณะการอยู่อาศัยของท่านและผู้ป่วย

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน |
| <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่คนละบ้าน แต่บริเวณใกล้เคียงกัน สามารถเดินทางไปหากันได้ |
| <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่คนละบ้าน ห่างกัน |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ |
5. ระดับการศึกษา

| | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี |

6. สถานภาพสมรส

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โสด | <input type="checkbox"/> สมรส |
| <input type="checkbox"/> หย่า/ หม้าย | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ |

7. อาชีพหลักของท่าน

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว | <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ |

8. รายได้ของท่านเฉลี่ยต่อปี

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ | <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 20,000 บาท/ปี |
| <input type="checkbox"/> 20,000 – 50,000 บาท/ปี | <input type="checkbox"/> 50,001 – 100,000 บาท/ปี |
| <input type="checkbox"/> 100,001 – 200,000บาท/ปี | <input type="checkbox"/> มากกว่า 200,000บาท/ปี |

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่กำหนดให้ตามความเข้าใจของท่าน

| คำถาม | คำตอบ | | |
|--|-------|--------|----------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
| 1. ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ลูก ๆ มักจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 2. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง และทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ | | | |
| 3. การสูบบุหรี่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 4. อาหารรสเค็มจัด มีผลทำให้ไตต้องทำงานมากกว่าปกติ | | | |
| 5. คนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า | | | |
| 6. การดื่มสุรา มีผลกับความดันโลหิตสูง | | | |
| 7. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีการปวดศีรษะทุกระยะ | | | |
| 8. ถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงนาน ๆ จะมีผลกับอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอ | | | |
| 9. คนที่เป็นความดันโลหิตสูงมีโอกาเป็นโรคหัวใจได้ง่ายกว่าคนปกติ | | | |
| 10. ภาวะความดันโลหิตสูงมีผลทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง | | | |
| 11. เส้นเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน อาจทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ | | | |
| 12. ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดอาการตาพร่ามัว หรือตาบอด | | | |
| 13. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้หัวใจวาย | | | |
| 14. ความดันโลหิตสูง จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น | | | |
| 15. โรคความดันโลหิตสูง สามารถทำให้เกิดอาการอัมพาตได้ | | | |
| 16. การรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกมื้อ สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ | | | |
| 17. การทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ทำให้ความดันโลหิตสูงลดลง | | | |

| คำถาม | คำตอบ | | |
|---|-------|--------|----------|
| | ใช่ | ไม่ใช่ | ไม่แน่ใจ |
| 18. การรับประทานอาหารเช้า มีผลกับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตสูง | | | |
| 19. การออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ | | | |
| 20. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และไม่ออกกำลังกาย จะอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ | | | |
| 21. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น | | | |
| 22. การรับประทานอาหารมังสวิรัต ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้น้อยกว่าการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ | | | |
| 23. การควบคุมน้ำหนักมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง | | | |
| 24. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาลดความดันอย่างเดียว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ | | | |
| 25. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น | | | |

ภาคผนวก ข

อัตราตายปรับฐาน โรคความดันโลหิตสูง

อัตราตายปรับฐานโรคความดันโลหิตสูง รายจังหวัด ประเทศไทย พ.ศ. 2537-2545

| จังหวัด | 2537 | 2538 | 2539 | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 |
|--------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| กรุงเทพมหานคร | 17.43 | 16.95 | 6.61 | 4.41 | 4.26 | 10.28 | 13.65 | 13.87 | 8.52 |
| สมุทรปราการ | 27.55 | 15.49 | 5.74 | 4.89 | 4.74 | 12.85 | 14.55 | 19.32 | 16.73 |
| นนทบุรี | 6.74 | 6.03 | 6.50 | 5.04 | 4.77 | 7.91 | 7.21 | 10.13 | 4.98 |
| ปทุมธานี | 5.71 | 14.68 | 12.74 | 4.93 | 4.54 | 10.49 | 17.22 | 21.89 | 7.53 |
| พระนครศรีอยุธยา | 5.16 | 4.21 | 11.02 | 5.65 | 5.50 | 8.91 | 8.50 | 9.40 | 4.59 |
| อ่างทอง | 9.36 | 12.46 | 11.07 | 9.44 | 9.17 | 10.11 | 8.51 | 9.00 | 10.82 |
| ลพบุรี | 12.20 | 7.22 | 10.72 | 8.38 | 8.20 | 12.98 | 13.35 | 17.13 | 13.91 |
| สิงห์บุรี | 20.23 | 13.08 | 4.62 | 5.95 | 5.80 | 13.69 | 13.20 | 12.12 | 10.47 |
| ชัยนาท | 3.48 | 5.80 | 11.17 | 11.64 | 11.33 | 6.25 | 9.86 | 10.22 | 2.34 |
| สระบุรี | 9.16 | 13.79 | 12.04 | 7.47 | 7.10 | 10.71 | 8.96 | 10.33 | 2.87 |
| ชลบุรี | 5.15 | 7.56 | 12.53 | 5.44 | 5.23 | 16.08 | 16.57 | 17.36 | 12.19 |
| ระยอง | 16.06 | 9.32 | 10.32 | 4.85 | 4.56 | 8.91 | 5.53 | 11.03 | 11.61 |
| จันทบุรี | 15.06 | 19.32 | 8.62 | 4.40 | 4.31 | 2.22 | 5.34 | 22.30 | 3.89 |
| ตราด | 0.00 | 21.69 | 11.25 | 7.29 | 7.07 | 11.73 | 9.07 | 15.42 | 8.67 |
| ฉะเชิงเทรา | 5.25 | 5.91 | 8.98 | 7.08 | 6.83 | 5.11 | 10.98 | 14.34 | 7.41 |
| ปราจีนบุรี | 22.60 | 9.70 | 8.41 | 6.32 | 6.14 | 6.66 | 9.27 | 19.87 | 12.60 |
| นครนายก | 6.65 | 2.46 | 9.54 | 1.38 | 1.35 | 6.50 | 5.99 | 2.98 | 9.53 |
| สระแก้ว | 5.59 | 9.25 | 10.33 | 7.13 | 6.87 | 3.48 | 6.58 | 5.81 | 8.97 |
| นครราชสีมา | 5.53 | 4.35 | 7.47 | 3.71 | 3.62 | 6.27 | 8.77 | 7.21 | 5.28 |
| บุรีรัมย์ | 3.70 | 4.19 | 2.07 | 3.61 | 3.49 | 2.47 | 2.25 | 3.03 | 2.67 |

| จังหวัด | 2537 | 2538 | 2539 | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|
| สุรินทร์ | 8.27 | 8.03 | 4.57 | 2.04 | 1.98 | 1.74 | 1.50 | 2.29 | 3.02 |
| ศรีสะเกษ | 3.73 | 3.42 | 3.71 | 3.40 | 3.25 | 2.65 | 3.41 | 2.91 | 2.60 |
| อุบลราชธานี | 2.60 | 11.00 | 2.84 | 2.32 | 2.24 | 3.64 | 3.33 | 4.56 | 3.76 |
| ยโสธร | 4.26 | 5.11 | 5.31 | 2.48 | 2.41 | 3.50 | 2.10 | 7.37 | 4.06 |
| ชัยภูมิ | 3.52 | 2.02 | 4.64 | 2.38 | 2.30 | 2.92 | 3.41 | 7.11 | 2.76 |
| อำนาจเจริญ | 4.04 | 2.96 | 5.11 | 6.25 | 5.97 | 3.66 | 3.42 | 5.15 | 2.89 |
| หนองบัวลำภู | 7.64 | 2.42 | 1.29 | 1.90 | 1.85 | 2.56 | 4.00 | 3.71 | 2.41 |
| ขอนแก่น | 5.46 | 3.86 | 3.99 | 4.10 | 3.87 | 2.38 | 2.67 | 6.72 | 8.60 |
| อุดรธานี | 4.49 | 3.34 | 4.85 | 3.16 | 3.03 | 4.39 | 4.59 | 5.50 | 5.66 |
| เลย | 4.50 | 3.09 | 3.10 | 1.98 | 1.89 | 2.47 | 2.56 | 2.04 | 0.85 |
| หนองคาย | 3.45 | 3.93 | 2.82 | 3.26 | 3.12 | 1.66 | 1.27 | 3.88 | 4.32 |
| มหาสารคาม | 7.61 | 9.55 | 3.10 | 4.48 | 4.35 | 2.91 | 2.78 | 2.05 | 3.01 |
| ร้อยเอ็ด | 4.39 | 2.92 | 5.84 | 4.57 | 4.43 | 3.16 | 4.42 | 3.14 | 3.80 |
| กาฬสินธุ์ | 4.91 | 5.60 | 4.18 | 2.83 | 2.74 | 2.31 | 2.77 | 2.33 | 3.17 |
| สกลนคร | 3.98 | 3.42 | 4.04 | 2.89 | 2.81 | 2.54 | 3.06 | 3.70 | 2.33 |
| นครพนม | 3.42 | 3.14 | 3.64 | 1.53 | 1.49 | 2.70 | 2.33 | 3.32 | 1.73 |
| มุกดาหาร | 4.42 | 3.36 | 5.96 | 4.58 | 4.43 | 3.59 | 2.86 | 4.13 | 1.98 |
| เชียงใหม่ | 6.47 | 8.29 | 11.94 | 4.36 | 4.24 | 13.29 | 11.93 | 11.70 | 7.32 |
| ลำพูน | 6.53 | 8.21 | 9.40 | 4.81 | 4.72 | 10.23 | 9.23 | 7.29 | 9.76 |
| ลำปาง | 2.20 | 4.93 | 11.84 | 8.33 | 8.10 | 12.89 | 7.86 | 13.09 | 6.22 |
| อุดรดิตถ์ | 10.14 | 15.85 | 15.25 | 10.32 | 9.93 | 14.83 | 12.36 | 8.95 | 8.38 |
| แพร่ | 19.11 | 15.22 | 11.44 | 9.76 | 9.46 | 10.86 | 11.54 | 7.01 | 4.97 |

| จังหวัด | 2537 | 2538 | 2539 | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| น่าน | 2.58 | 2.81 | 5.18 | 2.88 | 2.79 | 7.52 | 8.10 | 16.64 | 9.09 |
| พะเยา | 13.94 | 9.93 | 11.73 | 6.00 | 5.91 | 5.54 | 4.94 | 9.51 | 9.84 |
| เชียงราย | 0.00 | 9.33 | 10.50 | 9.54 | 9.26 | 11.01 | 8.27 | 8.81 | 6.00 |
| แม่ฮ่องสอน | 1.86 | 3.05 | 2.92 | 1.60 | 1.58 | 3.89 | 7.90 | 2.87 | 6.54 |
| นครสวรรค์ | 9.47 | 12.50 | 12.20 | 9.68 | 9.46 | 8.44 | 8.07 | 12.93 | 7.96 |
| อุทัยธานี | 6.80 | 14.30 | 9.21 | 5.00 | 4.88 | 4.54 | 6.28 | 5.82 | 4.38 |
| กำแพงเพชร | 13.26 | 15.91 | 10.20 | 7.81 | 7.46 | 4.69 | 5.60 | 4.60 | 4.56 |
| ตาก) | 5.21 | 3.52 | 10.30 | 5.34 | 5.10 | 4.02 | 9.67 | 6.79 | 7.37 |
| สุโขทัย | 13.82 | 9.18 | 11.17 | 8.81 | 8.51 | 7.20 | 15.45 | 11.35 | 8.32 |
| พิษณุโลก | 15.16 | 14.88 | 13.18 | 4.15 | 4.07 | 8.52 | 10.94 | 7.06 | 5.80 |
| พิจิตร | 3.05 | 4.29 | 10.11 | 4.44 | 4.28 | 4.76 | 5.72 | 4.46 | 3.29 |
| เพชรบูรณ์ | 6.93 | 7.99 | 5.95 | 2.90 | 2.79 | 4.48 | 4.82 | 6.94 | 2.31 |
| ราชบุรี | 16.19 | 15.71 | 9.11 | 7.48 | 7.31 | 12.06 | 6.06 | 6.47 | 7.24 |
| กาญจนบุรี | 23.17 | 14.27 | 11.46 | 6.18 | 5.98 | 7.51 | 10.59 | 10.84 | 2.62 |
| สุพรรณบุรี | 10.86 | 11.45 | 6.98 | 5.65 | 5.56 | 8.06 | 8.64 | 8.20 | 5.76 |
| นครปฐม | 16.00 | 9.08 | 11.99 | 8.10 | 7.70 | 13.12 | 12.21 | 12.94 | 10.47 |
| สมุทรสาคร | 0.82 | 10.12 | 6.23 | 5.36 | 5.15 | 4.05 | 5.22 | 4.31 | 4.67 |
| สมุทรสงคราม | 7.42 | 4.11 | 8.82 | 2.21 | 2.21 | 10.04 | 10.74 | 8.51 | 9.00 |
| เพชรบุรี | 11.03 | 4.12 | 9.35 | 4.07 | 3.95 | 9.00 | 12.07 | 11.06 | 4.72 |
| ประจวบคีรีขันธ์ | 10.78 | 6.94 | 17.28 | 11.75 | 11.31 | 10.10 | 11.28 | 12.97 | 5.39 |
| นครศรีธรรมราช | 1.67 | 1.03 | 4.88 | 1.93 | 1.93 | 3.50 | 2.48 | 11.30 | 7.91 |
| กระบี่ | 4.49 | 8.37 | 4.74 | 6.50 | 6.42 | 5.25 | 3.12 | 11.52 | 7.00 |

| จังหวัด | 2537 | 2538 | 2539 | 2540 | 2541 | 2542 | 2543 | 2544 | 2545 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| พังงา | 5.44 | 2.36 | 9.06 | 1.91 | 1.89 | 10.76 | 5.24 | 16.89 | 10.36 |
| ภูเก็ต | 14.70 | 13.72 | 11.33 | 7.38 | 7.17 | 4.35 | 10.15 | 6.57 | 10.75 |
| สุราษฎร์ธานี | 2.38 | 3.48 | 4.03 | 2.83 | 2.77 | 3.67 | 15.32 | 9.72 | 7.55 |
| ระนอง | 14.54 | 16.11 | 11.67 | 10.76 | 10.45 | 10.29 | 20.86 | 34.12 | 31.19 |
| ชุมพร | 14.48 | 14.40 | 9.65 | 4.38 | 4.23 | 8.79 | 4.55 | 10.12 | 5.05 |
| สงขลา | 4.09 | 3.72 | 2.68 | 1.19 | 1.16 | 9.88 | 8.88 | 10.50 | 8.35 |
| สตูล | 2.40 | 0.00 | 2.77 | 2.17 | 2.14 | 4.06 | 4.00 | 3.34 | 2.90 |
| ตรัง | 3.15 | 4.10 | 2.08 | 2.82 | 2.72 | 1.67 | 4.04 | 3.31 | 3.19 |
| พัทลุง | 1.51 | 0.00 | 2.90 | 1.67 | 1.64 | 3.24 | 4.35 | 19.52 | 8.11 |
| ปัตตานี | 11.88 | 14.32 | 13.88 | 11.65 | 11.31 | 12.78 | 19.00 | 19.08 | 23.79 |
| ยะลา | 8.68 | 6.92 | 14.56 | 14.71 | 13.97 | 15.19 | 21.98 | 30.48 | 12.67 |
| นราธิวาส | 25.71 | 26.30 | 23.57 | 20.88 | 20.44 | 26.17 | 37.10 | 41.73 | 35.15 |
| รวม | 8.34 | 8.41 | 7.74 | 5.12 | 4.95 | 7.27 | 8.19 | 9.55 | 6.84 |

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลสถิติการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
วิเคราะห์และจัดทำโดย : ดร.อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. พันเอก นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ รองศาสตราจารย์
แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวรณิ สุทธินันท์ พยาบาลวิชาชีพ 7
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้วิจัย

| | |
|------------------|---|
| ชื่อ | นางวรรณ รัชตะไพบูลย์ |
| วัน เดือน ปีเกิด | 5 พฤศจิกายน 2506 |
| สถานที่เกิด | จังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| ประวัติการศึกษา | วิทยาศาสตรบัณฑิต(การพยาบาลและการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2528 คหกรรมศาสตรบัณฑิต (พัฒนาการเด็กและครอบครัว) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2537 |
| สถานที่ทำงาน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี |
| ตำแหน่ง | เจ้าหน้าที่บริหารงานประกันสุขภาพ |