

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปงป่าป้อ ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึง แรงที่กระทำโดยเลือดบนหนึ่งหน่วยพื้นที่บนผนังหลอดเลือด โดยความหมายทั่วไป ความดันโลหิตจะหมายถึง ความดันของเลือดแดง (arterial blood pressure) ซึ่งวัดค่าออกมาเป็นหน่วยมิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตหรือความดันเลือดแดงมีความสำคัญคือ เป็นปัจจัยประการหนึ่งที่บ่งบอกถึงสภาพการไหลเวียน (พิบูล บุญช่วง, 2539)

systolic blood pressure บอถึงความสามารถในการบีบขยายของผนังหลอดเลือดแดงขณะรับเลือดจากหัวใจในช่วงหัวใจบีบตัว

diastolic blood pressure บอถึงภาวะที่มี load ต่อผนังหลอดเลือดแดงขณะหัวใจพักและบ่งชี้ถึงค่าแรงต้านต่อการบีบตัวของหัวใจในการส่งเลือดออกไปเลี้ยงร่างกาย ค่า diastolic blood pressure มีความหมายและความสำคัญมาก เพราะถ้ามีค่าสูงแสดงถึงภาวะที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเอาชนะความต้านทานปลายทางที่เพิ่มขึ้นในการปรับให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจมีค่าคงเดิม เพื่อให้ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติ (พิบูล บุญช่วง, 2539)

ในการประชุมครั้งที่ 7 ของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Joint National Committee JNC7) ให้ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงว่า หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจ

คลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้งในขณะพักและห่างกันอย่างน้อย 20 นาที จึงจะตัดสินว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์การแบ่งของคณะกรรมการร่วมแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (JNC7) มีรายละเอียดดังนี้ (หัตยาพร มะโน, 2552)

1. ระดับความดันโลหิตปกติ (normal blood pressure) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวน้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

2. ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (prehypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

3. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 1 (stage 1 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่าระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

4. ภาวะความดันโลหิตสูงระยะ 2 (stage 2 hypertension) คือ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท

สำหรับประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงตามนิยามของแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555 อ้างใน ภาณุวัฒน์ ปานเกตุและคณะ, 2555)

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูงของ JNC7 และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยให้ความหมายไว้เหมือนกัน การศึกษาครั้งนี้จึงยึดหลักการจำแนกระดับความดันโลหิตสูงในแนวทางที่อธิบายไว้

ปัจจัยเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ปรับเปลี่ยนไม่ได้

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มหวาน มัน รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ การขาดการออกกำลังกาย ความเครียดเรื้อรัง การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดน้ำหนักเกิน อ้วน ความผิดปกติ

ของไขมันในเลือด โรคเบาหวาน ถ้าลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ลงได้ สามารถป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดและโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 80 (นิติยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญา, 2554)

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการอะไร แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ จนผู้ป่วยเกิดผลแทรกซ้อนในที่สุดเช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตเสื่อมสมรรถภาพหรืออัมพาตอัมพฤกษ์ ความดันโลหิตสูงจึงมักได้รับการขนานนามว่า "ฆาตกรเงียบ" ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจเกิดอาการเหล่านี้ขึ้นได้เช่น ตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว เลือดกำเดาออก เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ แต่อาการเหล่านี้ไม่จำเพาะเพราะอาจเกิดจากสาเหตุอื่นก็ได้ เช่น ไข้ เครียด ไมเกรน ดังนั้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติจึงควรปรึกษาแพทย์ เพราะถ้าพบภาวะความดันโลหิตสูงมาก จะได้รับการรักษาได้อย่างถูกต้องและทันเวลาที่ ซึ่งเมื่อความดันโลหิตลดลงมาเป็นปกติอาการดังกล่าวข้างต้นก็จะหายไป (จิตรลดา สมรัตน์, 2551)

การดำเนินโรคของภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่มากขึ้น เข้าสู่ความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้นเป็นระยะตามลำดับ ดังนี้ (พิบูล บุญช่วง, 2539)

1. ระยะ pre-hypertension วัยเฉลี่ยของกลุ่มนี้อยู่ประมาณ 10 ถึง 30 ปี มีลักษณะที่สำคัญคือ มีความดันโลหิตสูงเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระดับปกติ และมี cardiac output เพิ่มขึ้นพบว่า ในเด็กที่มีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติจะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงและถ้าเป็นในช่วงอายุ 20 ถึง 30 ปี จะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนปกติที่มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ นอกจากนั้นกลุ่มบุคคลปกติที่มีความดันโลหิตปกติหรืออยู่ในเกณฑ์จำกัด ถ้าทำ exercise test แล้วมีการตอบสนองต่อการทดสอบ แสดงว่ามีความดันโลหิตสูง (hypertension response) ก็อาจทำนายว่าในอนาคตอาจเกิด sustained hypertension ได้

2. ระยะ early hypertension เป็นช่วงอายุต่อเนื่องจากระยะ pre-hypertension อาจพบได้ อายุประมาณ 40 ปี มีลักษณะสำคัญคือ ความดันโลหิตสูงและความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีอาการแสดงชัดเจน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจมีความดันโลหิตกลับเข้าสู่ภาวะปกติหรือกลายเป็นความดันโลหิตที่รุนแรง ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1

3. ระยะ established hypertension เป็นช่วงของการดำเนินโรคในระยะต่อมา ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาใดๆเป็นเวลา 7 ถึง 10 ปี จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว จนเกิดภาวะแทรกซ้อนประมาณร้อยละ 30 และพบว่าส่วนใหญ่เกินร้อยละ 50 ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมของอวัยวะสำคัญต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดแดง สมอง ตา และไต

4. ระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าเมื่อวัยสูงขึ้นประมาณ 40 ถึง 60 ปี และความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะสำคัญ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิด cerebral hemorrhage encephalopathy ตาเกิด flame-shaped hemorrhages

อาการแทรกซ้อน

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษามักจะเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกาย ผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัวหลอดเลือดตีบตัน เลือดไปเลี้ยงอวัยวะไม่ได้โดยเฉพาะที่สำคัญได้แก่ (ปรียาพรรณ สุวรรณประไพศ, 2539)

1. หัวใจ จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งจะมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ มีอาการบวมที่ข้อเท้า ถ้ารุนแรงมากจะมีอาการ ไอรุนแรง เสมหะเป็นฟอง ตัวเขียวริมฝีปากเขียว ใจสั่น กระสับกระส่าย ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบตันก็จะทำให้หัวใจขาดเลือดจนกระทั่งเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกหรือจุกแน่นตรงกลางหน้าอกหรือยอดอก มักจะเจ็บร้าวมาที่ไหล่ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย บางคนอาจร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลังหรือแขนขวา

2. สมอง จะเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดแดงจะกลายเป็นอัมพาตครึ่งซีก ถ้ามีเส้นเลือดโลหิตฝอยในสมองส่วนสำคัญแตกก็อาจจะเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงอย่างรวดเร็ว จะมีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชี้น สับสน ชัก และอาจหมดสติได้

3. ไต จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตเกิดภาวะเสื่อม รูหลอดเลือดตีบ หรือแคบลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ การทำงานของไตเสื่อมลง ถ้าเสื่อมลงมากอาจเกิดภาวะไตวายมีการคั่งของของเสียเป็นพิษต่อร่างกายทำให้เสียชีวิตได้

4. จอรับภพนัยน์ตา จะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงจอรับภาพแข็งตัวและตีบลง อาจมีเลือดออกที่จอรับภาพ ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวเรื้อรัง จนบอดได้ ซึ่งจะอยู่กับความรุนแรงและระยะของโรค ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากและสูงเป็นเวลานาน ก็จะมีอาการ

แทรกซ้อนจนเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นการควบคุมและการรักษาความดันโลหิตให้ลดลงจนเป็นปกติจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (จิตรลดา สมรัตน์, 2551) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องลดการรับประทานอาหารเค็ม นั่นคือ ปริมาณเกลือต้องไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกินวันละ 3 - 4 ช้อนชา หากอ้วนหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ก็ต้องลดความอ้วน ซึ่งหากต้องการใช้วิธีออกกำลังกายไม่ว่าด้วยวิธีใดก็ตาม ควรทำแต่พอประมาณให้มีเหงื่อออก ไม่หัดโหม ออกกำลังกายประมาณครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำชา กาแฟ หยุคดื่มเหล้า หยุคสูบบุหรี่รวมทั้งทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น (บุษบา จินดาวิจักขณ์, 2556)

2. การรักษาด้วยยา ซึ่งมีหลายกลุ่มแพทย์สามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมีหลายกลุ่ม ออกฤทธิ์ต่างกันไป เช่น ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะมากขึ้น ยาชะลอการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ยาขยายหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดกว้างขึ้น เลือดจึงไหลได้ดีขึ้นและมีแรงดันน้อยลง (จิตรลดา สมรัตน์, 2551)

จากยากลุ่มต่างๆ นี้ แพทย์จะเลือกยาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย มีข้อที่ควรทราบคือ ยาขับปัสสาวะทำให้ผู้ที่รับประทานยานั้นเข้าห้องน้ำบ่อยกว่าปกติเพราะยาขับปัสสาวะมีฤทธิ์ขับน้ำออกจากหลอดเลือด ทำให้ปริมาตรเลือดในหลอดเลือดลดลง ความดันโลหิตจึงลดลง ขนาดยาโดยทั่วไปคือรับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยบางรายก็จำเป็นต้องรับประทานวันละ 2 ครั้ง ในกรณีหลังนี้ให้รับประทานยาหลังอาหารเช้าและเที่ยง ห้ามรับประทานยาหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืน และต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน ยาลดความดันโลหิตอีกกลุ่มหนึ่งที่ใช้กันบ่อยคือ ยาเอซีอีอินฮิบิเตอร์ (ACE inhibitors) ยานี้มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินคอนเวอร์ตติ้ง (angiotensin converting enzymes) เช่น อีนาลาพริล (enalapril) ลิซิโนพริล (lisinopril) และรามิพริล (ramipril) (บุษบา จินดาวิจักขณ์, 2556) อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่ก่อความรำคาญแก่ผู้ใช้ยา คือ อาการไอแห้งๆ ได้ ซึ่งไม่เป็นอันตรายแต่อย่างใด และไม่ใช่อาการแพ้ยา อาการนี้อาจทำให้รู้สึกรำคาญ ซึ่งสามารถบรรเทาได้ด้วยการหมั่นจิบน้ำหรือรับประทานยาอมชนิดที่ทำให้ชุ่มคอ ร่างกายจะสามารถปรับตัวได้แต่ในกรณีที่อาการเป็นมาจน

รบกวนคุณภาพชีวิต อาจจำเป็นต้องเปลี่ยนยา แต่ผู้ป่วยไม่ควรหยุดยาด้วยตนเอง ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณาเปลี่ยนยาให้

ผู้ป่วยบางรายใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงชนิดเดียว ก็ลดความดันโลหิตได้ดี และสามารถควบคุมให้มีค่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลา 2 ชนิดหรือมากกว่านั้น ความดันโลหิตจึงจะลดลงมาอยู่ในระดับที่พอใจ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมักจะได้รับยามื้อละหลายเม็ด อาจรู้สึกเบื่อ และหยุดยาเพราะเบื่อที่จะรับประทานยาทุกวัน หรือเพราะคิดว่าไม่มีอาการผิดปกติ การหยุดยาจะเป็นผลเสียเพราะทำให้ความดันโลหิตกลับสูงขึ้นมาอีก และอาจสูงมากจนหลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ตามมาได้ ข้อสำคัญในการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ผลดีก็คือ จะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องกันทุกวันและรับประทานตรงเวลา หากลืมรับประทานยาและนึกขึ้นได้เมื่อใกล้จะรับประทานยามื้อต่อไป ให้รับประทานยาของมือนั้นก็พอ และห้ามรับประทานยาเพิ่มเป็น 2 เท่า มิฉะนั้นความดันโลหิตจะลดต่ำลงอย่างมาก เกิดอาการหน้ามืด ล้มลงหมดสติ เป็นอันตรายได้ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปเป็นยาเม็ดที่ปลดปล่อยด้วยาแบบปกติ ซึ่งรับประทานวันละครั้งเดียว นอกจากนี้ก็เป็นยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษให้ค่อยๆปลดปล่อยตัวยาออกมา เพื่อให้ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน และลดจำนวนครั้งของการรับประทานยาได้เหลือเพียงรับประทานวันละ 1 - 2 ครั้ง ยาเม็ดที่ออกแบบเป็นพิเศษนี้มีขนาดโตกว่าปกติ ทำให้กลืนยาได้ลำบาก แต่แม้ว่ายาจะเม็ดใหญ่ ก็ห้ามบด เคี้ยว หรือหักเม็ด เพราะจะทำให้รูปแบบยาที่ออกแบบเป็นพิเศษนั้นเสียไปทีอันตรายก็คือ หากเคี้ยวหรือบดยาแล้วกลืนยาลงไป จะได้ตัวยาเข้าร่างกายในปริมาณสูงมากภายในการกลืนยาคั้งเดียวแทนที่ตัวยาจะค่อยๆออกมาทีละน้อยฤทธิ์ยาที่จะสูงมากและความดันโลหิตจะตกลงอย่างมาก จนอาจทำให้หน้ามืดล้มลงและหมดสติได้ (บุษบาจินดาวิจักขณ์, 2556)

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพในการลดระดับความดันโลหิต สามารถแบ่งได้ 4 ประเด็น ดังนี้ (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554 อ้างใน นิตยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญา, 2554)

1. อาหาร

1.1 อาหารลดความดันโลหิต (Dietary Approaches to Stop Hypertension: DASH diet) เป็นอาหารที่เน้น พืช ผัก ธัญพืช เนื้อสัตว์น้อยไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ สามารถลดความดันโลหิตได้ 8 - 10 มิลลิเมตรปรอท (เท่ากับกินยาลดความดัน 1 ชนิด)

1.2 เกลือโซเดียม ลดการกินโซเดียมลงเหลือ 2.4 กรัม หรือเกลือแกง 6 กรัมต่อวัน (ประมาณเท่ากับน้ำปลา 1 ช้อนครึ่ง ถึง 2 ช้อนโต๊ะ) สามารถลดความดันโลหิตได้ 2 - 8 มิลลิเมตรปรอท วิธีกินอาหารลดความดันโลหิตง่ายๆคือ กินอาหารเองที่บ้านแทนซื้อหรือกินนอกบ้าน เพิ่มอาหาร พืช ผัก ผลไม้ (รสไม่หวาน) ธัญพืชธรรมชาติมากกว่าเดิมที่เคยกิน 1 เท่าตัว และลดอาหารประเภทสจ๊วต หวานจัด เค็มจัด มันจัด ของทอด ขนมเบเกอรี่ เนื้อสัตว์ลงครึ่งหนึ่งของที่เคยกิน มักจะเห็นผลลดความดันโลหิตประมาณ 2 สัปดาห์ หลังเริ่มกินอาหารลดความดันโลหิต และลดเกลือโซเดียม

2. ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (physical activity) การเดินเร็ว หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท ลดความอ้วน น้ำหนักที่ลดลง 10 กิโลกรัม จะลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท

3. แอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด แต่ผู้ที่ดื่มอยู่แล้วให้ลดปริมาณลง เช่น เบียร์วันละไม่เกิน 2 กระป๋อง หรือเหล้าไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐาน สำหรับผู้หญิงให้ลดลงไปอีกครึ่งหนึ่งสามารถลดความดันโลหิตได้ 2 - 4 มิลลิเมตรปรอท

4. นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมสุขภาพอื่นที่มีหลักฐานว่าช่วยลดความดันโลหิต ได้แก่

4.1 การหายใจช่วยลดความดันโลหิต เมื่อไม่นานมานี้ คณะกรรมการอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา อนุญาตให้ใช้เครื่องฝึกหายใจเข้า เป็นวิธีการลดความดันโลหิตได้พบในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมีการศึกษาอย่างน้อย 3 การศึกษา ที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ประมาณ 10 - 12 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หลังจากฝึกหายใจอย่างช้า (ช้ากว่า 10 ครั้งต่อนาที) วันละประมาณ 15 - 20 นาทีเป็นเวลา 6 - 8 สัปดาห์ ดังนั้น การฝึกหายใจช้าด้วยตนเอง เช่น การฝึกสมาธิแบบอานาปานัสสติ หรือการออกกำลังกายแนวตะวันออกที่เน้นเรื่องการหายใจ เช่น โยคะ ไทเก็ก ชี่กง จะช่วยลดความดันโลหิตได้เช่นกัน

4.2 โยคะลดความดันโลหิต มีการศึกษาพบว่า การฝึกโยคะเป็นประจำทุกวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ตามทฤษฎีการฝึกยืด หด ส่วนต่างๆ ของร่างกาย น่าจะช่วยให้หลอดเลือดแข็งแรงและยืดหยุ่นได้ดีขึ้นในผู้สูงอายุ

4.3 ลดการนอนกรนโดยเฉพาะในกรณีที่เป็คนนอนกรนร่วมกับการหยุดหายใจเป็นพักๆ ขณะนอนหลับ เนื่องจากการหยุดหายใจเป็นพักๆ ขณะนอนหลับ (sleep apnea) ร่วมกับการนอนกรน เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของความดันโลหิตสูง เพราะการขาดออกซิเจนในช่วงที่หยุดหายใจหรือนอนกรนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ในเวลากลางคืนจนถึงเช้า

4.4 ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน ได้แก่ กาแฟ โอเลี้ยง น้ำอัดลมสีดำที่มีคาเฟอีนผสม ขารักษาไมเกรนที่มีคาเฟอีน เนื่องจากสารคาเฟอีนกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันเลือดสูงขึ้นตามมา ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจึงควรหลีกเลี่ยง

4.5 หลีกเลี่ยงยาบางชนิดที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น ยาลดการอักเสบ แก้ปวดข้อ ปวดกระดูกบางชนิด ยาสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาฮอร์โมนสำหรับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ยาลดความอ้วนบางชนิด ยาลดน้ำมูก ยาเหล่านี้ควรจะหยุดหรือกินขนาดต่ำในระยะสั้น เพื่อลดผลข้างเคียงในการเพิ่มความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหรือใช้วิธีอื่นแทน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนบทบาทการดูแลสุขภาพตนเอง โดยพิจารณาว่าการดูแลตนเอง เป็นมิติหนึ่งของรูปธรรมการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองทางสาธารณสุข ซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงของการพัฒนาสาธารณสุขในโลกตะวันตก ดร.มาเลห์ ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก เคยกล่าวพาดพิงถึงเรื่องนี้ไว้ว่า “ถ้าสุขภาพไม่ได้เริ่มจากปัจเจกบุคคล บ้านและครอบครัวที่ทำงาน และโรงเรียนแล้วไซ้ร ก็ไม่ต้องไปหวังว่าเราจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า แม้กระทั่งในประเทศอุตสาหกรรม ก็ยังพบว่า การดูแลสุขภาพตนเอง การรับผิดชอบตนเอง และความพยายามทั้งหลายทั้งปวงที่จะจัดการกับสุขภาพโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ใช้กันแพร่หลายถึงร้อยละ 50-60 ของการดูแลรักษาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด” (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, 2533)

ความหมายของการดูแลตนเอง

เพนเดอร์ (Pender, 1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

เลวิน (Levin, 1984) กระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่างๆอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการวิเคราะห์โรค รวมทั้งการรักษา ในขั้นปฐมภูมิได้ด้วยตนเอง (เอื้อมพร ทองกระจาย, 2533)

โอเรม (Orem, 1991: 117) ผู้ออกแบบทฤษฎีการดูแลตนเองได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการ

ดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539 อ้างใน จิราภรณ์ ใจสบาย, 2553)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โอเร็มเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลอย่างกว้างขวางทั้งในฐานะผู้อำนวยการฝ่ายบริการพยาบาล และผู้ดำเนินการจัดตั้งหลักสูตรพยาบาล จากปัญหาที่ท่านมักประสบอยู่เสมอในการปฏิบัติการพยาบาลก่อให้เกิดแนวคิด และได้ถูกพัฒนามาตลอดจนกลายเป็นทฤษฎีที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย โดยทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

1. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีการดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้จะกล่าวถึง “ทฤษฎีการดูแลตัวเอง” เป็นสำคัญ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมของการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ทฤษฎีการดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

ทฤษฎีการดูแลตัวเอง อธิบายไว้ว่า “บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่างๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง”

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กันคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำคือการดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากการทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาตามจุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด

2.1.2 ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- 2.2.1 การขาดการศึกษา
- 2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- 2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร
- 2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- 2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต
- 2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางทางด้านสุขภาพ

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและลงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพามูลคณอื่น การพัฒนาและลงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง
2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเร็มและเทเลอร์ (Orem & Taylor, 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและการเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางแผนให้เหมาะสม

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความห่วงใยในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ
กิจกรรมต่าง ๆ

3.2.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง จะเห็นว่าหากบุคคลขาด
ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สีก้าว ย่อมขาดความสามารถในการ
กระทำกิจกรรมที่พึงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อ
สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความ
ต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการ
ปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคล
สามารถจะทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละ
ข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากนี้โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้อง
คำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

กล่าวได้ว่า การดูแลตนเองเป็นรูปแบบการพึ่งตนเองทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญมาก
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสังคมของบุคคล ดำรงอยู่
ในฐานะเป็นแบบแผนชีวิต แบบแผนวัฒนธรรม โดยนัยยะนี้ การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นการ
พึ่งพาตนเองที่มีความสมบูรณ์มาก (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ดังนี้

1. เป็นการพึ่งตนเองของหน่วยย่อยที่สุดคือ บุคคลและครอบครัว
2. เป็นการพึ่งตนเอง ที่วางบนพื้นฐาน องค์ความรู้ ความเชื่อ หรือวัฒนธรรม
สุขภาพของประชาชนเอง ซึ่งหมายความว่า ระบบชุมชน หรือสังคมท้องถิ่นมีส่วนอำนวยการ
พึ่งตนเองในระดับ บุคคล ครอบครัวด้วยอย่างสำคัญ

3. เป็นการพึ่งตนเองที่สืบเนื่องมาจากการตัดสินใจ อย่างมีความสำนึกของบุคคล
เป็นผลและครอบครัว ชุมชน เป็นสำคัญ อิทธิพลของบุคคลภายนอก โดยเฉพาะวิชาชีพ ก็ยังให้
ขึ้นอยู่กับการกำหนดของบุคคลและครอบครัวว่าจะรับอิทธิพลนั้นหรือไม่

จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองในระดับจุลภาคนั้น เราถือเป็นกระบวนการกิจกรรม
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กระทำโดยประชากร และในระดับมหภาค การดูแลสุขภาพตนเองถือเป็น
ระบบๆหนึ่ง ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งและมีมาก่อนระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด โดยการ
ดูแลสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพโดยวิชาชีพที่เป็นบริการของรัฐ จะต้องมีความเป็นหนึ่งเดียว
พึ่งพา ส่งเสริม และสอดคล้องประสานกัน (เอื้ออมพร ทองกระจ่าย, 2533)

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรม การดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็น 2 ประเภทคือ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งเป็นลักษณะการพึ่งพาตนเอง และพึ่งพากันเองของเครือข่ายสังคม การกำหนดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมในทุกระดับ (บุคคล ครอบครัวและชุมชน) เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อจะได้ใช้เป็นบรรทัดฐานที่เข้าใจตรงกันของชุมชนนั้นๆ (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533)

1. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในสภาวะปกติ

การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่เสมอเป็นพฤติกรรม ที่ทำขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลสร้างเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายการมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีการควบคุมอาหาร การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับการป้องกันโรคไว้ 3 ระดับคือ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น เช่น การได้รับภูมิคุ้มกัน

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น

1.2.3 การป้องกันการระบาดของโรค เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่นๆ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนักและประเมินเกี่ยวกับอาการผิดปกติตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำใดๆ ลงไป เพื่อตอบสนองอาการผิดปกติ ส่วนการกระทำนั้นมีตั้งแต่การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเองหรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นและครอบครัวเครือข่ายสังคม ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข ดังนั้นเมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรม การดูแลการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบคือ

- 2.1 การตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ
- 2.2 การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งอาจเป็นการซื้อยากินเอง การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน
- 2.3 การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การนอนพักและดื่มน้ำอุ่น เมื่อเริ่มรู้สึกตัวเป็นหวัด การลดการสูบบุหรี่เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก
- 2.4 การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุขในกระบวนการของการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาแม้ว่าผู้ป่วยจะให้การยอมรับในบทบาทผู้ป่วยโดยให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและทำการรักษาตลอดจนแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวต่างๆ แต่บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาได้นอกจากนั้นผู้ป่วยยังเป็นผู้ประเมินการรักษาของแพทย์ ว่าทำให้ตนหายป่วยแล้วหรือไม่และควรหยุดการรักษาเมื่อใด

หากกล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว โอเร็ม (Orem, 1985) ได้กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยกล่าวว่า เนื่องจากลักษณะของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นลักษณะเฉพาะผลของความเจ็บป่วยกระทบต่อนุคลิก ครอบครัวย และสังคม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ชีวิตความเป็นอยู่ งานอาชีพ สัมพันธภาพของครอบครัว และทางเพศ ผู้ป่วยต้องจัดการควบคุมอาการ รับผิดชอบตนเองให้ได้รับการรักษา ดังนั้น ความสามารถของบุคคลต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ และมีเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ (ประกอง อินทรสมบัติ, 2534)

เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง สำหรับการศึกษานี้ จะกล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน 6 ประเด็นหลัก คือ การใช้ยา การบริโภคอาหารและเกลือ กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการจัดการกับน้ำหนักตัวของตนเอง โดยผู้ศึกษาได้ค้นคว้า เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมดังนี้

1. การใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การใช้ยาลดระดับความดันโลหิต สามารถลดโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้ที่มิระดับความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ควรจะได้รับยาทุกคน นอกจากการรับประทานยาให้ถูกต้อง ถูกชนิด ถูกขนาดแล้ว ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนควรจะได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

Pedro Ordunez et.al (2008) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้หญิงมากกว่าครึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ขณะที่ผู้ชายเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่สามารถทำได้ แต่อย่างไรก็ตาม ทุกคนยังต้องทานยาควบคุมระดับความดันโลหิต กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบมากช่วงอายุ 45-64 ปีและเชื้อชาติไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการรักษาและการควบคุมความดันโลหิต ประชากรทั้งหมด 1,475 คนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 408 คน คิดเป็นความชุก 21.4% ผู้สูงอายุช่วงอายุ 65-74 ปี ประชากรมีทั้งหมด 199 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 108 คน คิดเป็นความชุก 56.6% เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ คือ 25-44 ปี พบ 12.5% และ 45-64 ปีพบ 35.4% เห็นว่ามีสัดส่วนที่มากกว่า สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งประเภทของโรคความดันโลหิตสูงได้ 4 ประเภทคือ 1.ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2.ไม่รับประทานยา มีการรักษาโดยวิธีอื่น 3.รับประทานยาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 4.รับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตได้ กลุ่มผู้สูงอายุพบประเภท 3 มากที่สุดคือ รับประทานยาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึง 37.1% ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มอื่นที่พบประเภทที่ 4 มากที่สุดคือ รับประทานยาและควบคุมความดันโลหิตได้ จะเห็นได้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การควบคุมความดันโลหิตเป็นไปได้ยาก

2. การบริโภคอาหารและเกลือ

ปัจจุบันพบว่าคนไทยมีการบริโภคเกลือเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะคนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คนกลุ่มนี้บริโภคเกลือมากขึ้นกว่าเดิมถึง 2 เท่า และเป็นกลุ่มอายุที่มักพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่าในภาคเหนือมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง กรุงเทพฯ ภาคอีสาน และภาคใต้ตามลำดับ สาเหตุมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยที่นิยมรับประทานอาหารรสจัดซึ่งรวมถึงรสเค็ม สังเกตได้จากเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว กะปิ ปลาร้า นอกจากนี้เกลียยังแฝงอยู่ในรูปของเกลือโซเดียมอื่นๆ ซึ่งมีอยู่ในอาหารและขนมเกือบทุกชนิด เช่น เนื้อสัตว์ อาหารจานด่วน ขนมกรุบกรอบต่างๆ ซึ่งหากร่างกายได้รับเกลือในปริมาณมาก โอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็ย่อมมากตามไปด้วยเช่นกัน

การลดการกินเค็ม ถือเป็นหนึ่งในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรบริโภคเกลือเกิน 6 กรัม/วัน หรือเทียบเท่ากับ 1 ช้อนชาเศษ (เกลือ 1 ช้อนชา หนักประมาณ 5 กรัม) วิธีการนี้ช่วยลดความดันโลหิตค่าบนหรือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ประชากรที่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูงก็ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำนี้ด้วยเพื่อป้องกันการเกิดโรคขึ้นในอนาคต (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

จากการศึกษาพบว่า ปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) โดย

พบว่า การจำกัดโซเดียมให้ลดลงในประชากรทั่วไป 100 mmol ต่อวัน จะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต systolic ที่ลดลง 2-10 มิลลิเมตรปรอท จากการศึกษาโดยการติดตามในระยะสั้นเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงพบว่า การจำกัดโซเดียมช่วยควบคุมระดับความดัน systolic ให้ลดลง 4.9 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดัน diastolic ให้ลดลง 2.6 มิลลิเมตรปรอท และหากจำกัดโซเดียมที่บริโภคให้ลดลงวันละ 50 mmol จะควบคุมระดับความดัน systolic ให้ลดลง 7 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดัน diastolic ให้ลดลง 5 มิลลิเมตรปรอท อย่างไรก็ตามพบว่า ไม่ทุกคนที่จะมีความดันโลหิตสูงขึ้นสัมพันธ์กับการบริโภคโซเดียมในปริมาณมาก จะพบเพียงบางกลุ่มเท่านั้น โดยพบว่าประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความไวต่อปริมาณโซเดียม (Salt-sensitive) โดยเฉพาะในกลุ่มคนสูงอายุ และคนผิวดำ อาจจะเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งไม่มี Salt-resistance (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542)

The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure ได้เสนอแนะว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายควรบริโภคโซเดียมในปริมาณที่น้อยกว่า 100 mmol ต่อวัน ซึ่งเทียบเท่ากับปริมาณโซเดียมคลอไรด์ (เกลือแกง) ที่น้อยกว่า 6 กรัมต่อวันหรือปริมาณโซเดียมที่น้อยกว่า 2.3 กรัมต่อวัน โดยโซเดียมคลอไรด์ 1 ช้อนชา มีปริมาณโซเดียม 2.3 กรัม นอกจากเกลือแล้ว โซเดียมยังมีในอาหารและยาประเภทอื่นๆ ด้วย ได้แก่

1. อาหารธรรมชาติ เช่น อาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบจำนวนน้อย ได้แก่ ผลไม้และผักบางชนิด และอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบจำนวนสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ โดยเฉพาะสัตว์ทะเลจะมีปริมาณสูงมาก ไข่ นม อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารรมควัน
2. สารเคมีและเครื่องปรุงรสและทำอาหาร เช่น เกลือ น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ผงชูรส
3. ยารักษาโรคบางประเภทและยาสีฟันที่มีเกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น ยาระงับการไอ ยาระงับประสาท ยาปฏิชีวนะ ยานอนหลับ ยาสีฟัน ยาสีฟัน ยาสีฟันบ้วนปาก

มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับประทานโซเดียมลดลง ความดันโลหิตจะลดลง ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ลดการรับประทานโซเดียมให้น้อยลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น (Reuther & Hansen, 1985 อ้างใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

Eduardo Pimenta et.al (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมโดยเปรียบเทียบคน 2 กลุ่มที่ได้รับโซเดียมต่ำ 50 mmol ต่อวัน และโซเดียมสูง 250 mmol ต่อวัน เป็นเวลานาน 7 วัน คิดเป็น 6 กรัมต่อวัน และได้ควบคุมสัดส่วนอาหารประเภทอื่นๆให้มีความใกล้เคียงกันไว้แล้ว โดยประเภทของอาหารคือ อาหารอเมริกัน ผลการศึกษาพบว่า อาหารโซเดียมสูงมีผลต่อต้านการรักษา

โรคความดันโลหิตสูง การลดปริมาณโซเดียมเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่มีโซเดียมสูงมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต systolic อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. กิจกรรมทางกาย

การเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity) ถ้าถือปฏิบัติให้เป็นกิจกรรมประจำวัน หรือมีการดำรงชีวิตแบบที่จะต้องมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายโดยตลอด จะสามารถลด ชะลอ หรือสามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง หรืออาจจะช่วยลดขนาดและจำนวนยาที่ จะต้องใช้ควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ ข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การ ดำรงชีวิตแบบที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย (sedentary behavior life style) จะมีอัตราเสี่ยงของ การเกิดโรคหัวใจ (ซึ่งรวม โรคความดันโลหิตสูง) เพิ่มขึ้นได้ถึง 1.9 เท่า คนที่ดำรงชีวิตแบบ Sedentary behavior life style และความดันโลหิตปกติมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ถึง 20-50 % (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

ออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย (physical activity) การเดินเร็ว หรือออกกำลังกายแบบ แอโรบิกอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนัก ลง 10 กิโลกรัม จะลดความดันโลหิตได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2554 อ้างใน นิตยา พันธุเวช และธิดารัตน์ อภิญา, 2554) สำหรับการออกกำลังกายแบ่งเป็น 2 ชนิด (Kochar & Daniels, 1978 อ้างใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) ได้แก่ ชนิดไอโซโทนิก (isotonic exercise) และชนิดไอโซเมตริก (isometric exercise) การออกกำลังกายชนิดที่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิต ลดลงคือ การออกกำลังกายชนิดไอโซโทนิก เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความ ยาวของกล้ามเนื้อแต่ความตึงตัวคงที่ เช่น การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน การวิ่ง เหยาะๆ หรือการเดิน ส่วนการออกกำลังกายชนิดไอโซเมตริก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่มีความตึงตัวเพิ่มขึ้น เช่น การยกของหนัก การแบกหาม การออก แรงกดบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงควรออกกำลังกายชนิดไอโซเมตริก อย่างสม่ำเสมอทุกวันหรือสัปดาห์ละ 4-5 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที (Bryne, 1989 อ้างใน วิมลรัตน์ จง เจริญ, 2543) และควรเป็นการออกกำลังกายเพื่อการผ่อนคลายไม่ใช่เพื่อการแข่งขัน อีกทั้งสามารถ ลดการสะสมของไขมันและลดน้ำหนักตัวได้ด้วย สำหรับกลไกการลดความดันโลหิตจากการ ออกกำลังกายเกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัว โดยเกิดขึ้นหลังจากการออกกำลังกายทันทีและผล อาจอยู่นานถึง 13 ชั่วโมง (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ภายหลังจากมีการออกกำลังกายอย่าง สม่าเสมอร่างกายจะมีการปรับตัว โดยภาวะนี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายประการ คือ การเพิ่มขึ้น ของ arterial compliance การลดการทำงานของระบบประสาท sympathetic การลดลงของระบบ

ยับยั้งของ sodium potassium pump และการที่ insulin ออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และมีการหลั่ง insulin ลดลง ผลข้อสุดท้ายนี้อาจเป็นกลไกสำคัญที่สุดของการลดความดันโลหิตจากการออกกำลังกาย

4. การสูบบุหรี่

ในการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า ในปี 2547 จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทยเป็นผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จำนวน 38.1 ล้านคน และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 11.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 23.0 ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวัน พบร้อยละ 19.5 (ศรัณญา เบญจกุล, 2550) กลุ่มผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสหรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า โดยเฉพาะในผู้สูบบุหรี่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5 เท่า แต่หากผู้สูบบุหรี่นั้นเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดจะเสี่ยงต่อโรคหัวใจถึง 8 เท่าของคนทั่วไป โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ติดบุหรี่จะทำให้เส้นเลือดเสื่อมและเกิดความตีบตันเร็วกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10-15 ปี การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง (Lutz & Przytulski, 1994 อ้างใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตีบตัน ทำให้โอกาสเป็นโรค Stroke สูงและโรคหัวใจวายได้สูงเนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินทำให้เกิดการหลั่งของสารแคทีโคลามีนออกมาและมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูงขึ้นและพบว่าในผู้ชายที่มีความดันโลหิตค่าสูงสุดเท่ากับหรือมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น เมื่อมีการสูบบุหรี่วันละ 10 มวน (Kochar & Daniels, 1978 อ้างใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงควรแนะนำให้งดบุหรี่

องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า 1 ใน 4 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบเป็นผลจากการสูบบุหรี่ ในสตรีบุหรี่ยี่ได้รับยาคุมกำเนิดจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าสตรีทั่วไปถึงเกือบ 40 เท่า และยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดสมองตีบและเกิดโรคระบบหลอดเลือดสูงกว่าสตรีทั่วไปด้วย นอกจากนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มจากจำนวนบุหรี่ที่สูบ และในกลุ่มผู้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนั้นครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และอีกร้อยละ 25 จะไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนั่นคือ หากเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันขึ้นแล้วโอกาสจะมีชีวิตอยู่จะน้อยลง และมีปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิตต่อไปด้วย

5. การดื่มน้ำแอลกอฮอล์

จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นนักดื่มหรือเป็นผู้ที่ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 31.5 ความชุกของการดื่มน้ำมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยที่ประมาณ ครึ่งหนึ่งของประชากรชายดื่มน้ำแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในขณะที่ประชากรหญิงพบร้อยละ 11 กล่าวได้ว่า ประชากรชายความชุกของการดื่มน้ำสูงกว่าประชากรหญิงประมาณ 5 เท่า (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556) แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เกิดจากหมักผัก ผลไม้ หรือเมล็ดพืชชนิดต่างๆ แอลกอฮอล์โดยตัวของมันเองจะไม่มีรส ไม่มีกลิ่น รสหรือกลิ่นในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมาจากส่วนผสมในการหมักและการแต่งกลิ่นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ต่างกัน สุรายี่ห้อต่างๆ เช่น แม่โขง แสงโสม หงส์ทอง ราเงินฉี่ ชีวาส รีกัล จอห์นนี่ จะมีแอลกอฮอล์ประมาณ 40% ไวน์ทั่วไปมีแอลกอฮอล์ประมาณ 12% และเบียร์ทั่วไปมีแอลกอฮอล์ประมาณ 5% (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากมายหลายชนิด และแต่ละชนิดจะมีปริมาณแอลกอฮอล์แตกต่างกันออกไป จึงจำเป็นต้องมีการกำหนด “ดื่มน้ำมาตรฐาน” ขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ดื่มสามารถจะรู้ได้ว่าตนเองได้ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ไปแล้วมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ 1 ดื่มน้ำมาตรฐาน จะหมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 1 กรัม

ตัวอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่นับเป็น 1 ดื่มน้ำมาตรฐาน ได้แก่

เบียร์โดยทั่วไป 1 แก้ว (285 ม.ล.) หรือไวน์โดยทั่วไป 1 แก้วเล็ก (100 ม.ล.) หรือเหล้า 1 แก้ว เช่น แม่โขง แสงโสม หงส์ทอง ราเงินฉี่ ชีวาส รีกัล จอห์นนี่ วอลด์เกอร์ 100 ไพเพอร์ส (30 ม.ล.) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ที่มีความเข้มข้นในปริมาณที่มากกว่า 1 - 2 ดื่มน้ำมาตรฐานต่อวัน พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 (Davis & Sherer, 1994 อ้างใน วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543) การดื่มน้ำแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมคือ ไม่เกิน 2 ดื่มน้ำมาตรฐานต่อวัน ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่มีความดันโลหิต 1 ดื่มน้ำมาตรฐาน = ปริมาณเอทิลแอลกอฮอล์ 30 มิลลิตร การบริโภคในปริมาณที่มากกว่านั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้ ผลระยะสั้นของการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตพบว่าในระยะ 1-3 ชั่วโมงแรกจะมีการลดลงของระดับความดัน diastolic สำหรับผลระยะยาวของการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ต่อระดับความดันโลหิตสูงพบว่า มีผลเพิ่มระดับความดันโลหิตโดยมีการศึกษาผลของการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ชนิดต่างๆ ทั้งเบียร์ ไวน์ สาเก มีผลการศึกษาบางอันพบว่า ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ต่างกันอาจมีผลต่อระดับความดันโลหิตมากน้อยต่างกัน แต่ผลความแตกต่างนี้น่าจะขึ้นกับปัจจัยอื่นๆ เช่น อาหารที่บริโภค

วิถีการดำเนินชีวิต (การออกกำลังกาย ความเครียด) มากกว่าจะเป็นผลจากชนิดของแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว สำหรับระดับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ 3 ดื่มมาตรฐานต่อวัน จะมีระดับความดัน systolic เพิ่มขึ้น 3-4 มิลลิเมตรปรอท และระดับ diastolic เพิ่มขึ้น 1-2 มิลลิเมตรปรอท (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

6. การจัดการกับน้ำหนักตัวของตนเอง

การลดน้ำหนักจะมีผลดีต่อสุขภาพทั้งปัจจุบันและอนาคตระดับไขมัน ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตจะลดลง การลดน้ำหนักไม่จำเป็นต้องลดน้ำหนักลงจนปกติ น้ำหนักลดลงบางส่วนก็ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ขณะนี้โรคอ้วนกำลังคุกคามคนไทยทุกเพศทุกวัย แต่ผู้ที่เข้าข่ายเป็นโรคอ้วนที่จัดอยู่ในอ้วนอันตรายคือ ผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 80 กิโลกรัม และผู้ชายน้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัม ต้องเร่งลดน้ำหนักเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอันตรายง่ายกว่าคนทั่วไปอย่างน้อย 3 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน และมะเร็ง ในปี 2553 พบผู้ป่วยโรคอ้วนเข้ารับรักษาตัวจำนวน 8,350 ราย มะเร็ง 426,689 ราย โรคหัวใจขาดเลือด 253,016 ราย เบาหวาน 607,828 ราย โรคความดันโลหิตสูง 859,583 ราย และผลจากการตรวจคัดกรองประชาชนทั่วประเทศปี 2554 พบคนไทยป่วยเป็นเบาหวานรายใหม่ โดยไม่รู้ตัวมาก่อนจำนวนมากกว่า 1 ล้าน 2 แสนราย (เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายเร่งลดปัญหาและป้องกันไม่ให้คนไทยป่วยเป็นโรคอ้วน และที่สำคัญยังชี้แนะให้ประชาชนไทยลดความอ้วนอย่างถูกวิธี โดยไม่พึ่งยาลดความอ้วน

ผู้ที่มีน้ำหนักเกินกว่า 10% ของน้ำหนักที่ควรจะเป็นมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเมื่อลดน้ำหนักเฉลี่ย 5 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะลดลง 5-3 มิลลิเมตรปรอท รวมทั้งการกระจายตัวของไขมันที่สะสม จะมีส่วนสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นด้วย โดยพบว่าผู้ที่มีไขมันสะสมส่วนท้องมากกว่าสะสมที่บริเวณสะโพก (Abdominal Obesity) โดยวัดอัตราส่วนเอวต่อสะโพกที่มากกว่า 0.95 ในผู้ชายและ 0.85 ในผู้หญิง จะมีความสัมพันธ์ต่อการมีความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จึงควรได้รับคำแนะนำและวิธีการในการลดน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วยการควบคุมน้ำหนักและการออกกำลังกาย (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2542)

เกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักสามารถคำนวณได้จากค่าน้ำหนักมาตรฐานและการวัดดัชนีความหนาของร่างกาย (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การคำนวณน้ำหนักมาตรฐาน

ผู้ชาย = $50 \times 0.7 \times (\text{ความสูง} - 150)$ กิโลกรัม

ผู้หญิง = $45 \times 0.7 \times (\text{ความสูง} - 150)$ กิโลกรัม

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)

เป็นค่าที่อาศัยความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักตัวและส่วนสูง เป็นตัวชี้วัดสภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ค่าดัชนีมวลกายสามารถคำนวณได้โดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงกำลังสอง (หน่วยเป็นเมตร) (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (มาตรฐานเอเชีย)

< 18.5 = น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน

18.5-22.9 = ปกติ

23-24.9 = อ้วนระดับ 1

25-29.9 = อ้วนระดับ 2

≥ 30 = อ้วนระดับ 3

การศึกษาทางระบาดวิทยาเพื่อความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีผู้ทำการศึกษาในประชากรหลายกลุ่มด้วยกัน ทั้งที่ความแตกต่างทางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม เชื้อชาติ ดังเช่นการศึกษาใน Framingham Study พบว่า ประมาณ 46% ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง และในทางกลับกันความชุกของภาวะอ้วนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะมากกว่าประชากรที่มีความดันโลหิตปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรกประมาณ 70% มีสาเหตุจากความอ้วน (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) ผลของน้ำหนักตัวที่มีต่อความดันโลหิตมีความแตกต่างกันไปตามเพศ เชื้อชาติ และอายุ โดยที่น้ำหนักจะมีผลต่อความดันโลหิตในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย การสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกัน (The nation Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) พบว่าผู้หญิงที่อ้วนจะมีโอกาสที่ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายที่อ้วนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วนน้อยกว่านี้ ในขณะที่การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ในส่วนของเชื้อชาติพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ความชุกของความดันโลหิตสูงในคนผิวขาวพบมากกว่าคนผิวดำ แต่การมีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานจะมีผลต่อคนผิวขาวมากกว่า ซึ่งอาจเป็นข้ออธิบายถึงการที่มีผู้ป่วยผิวดำที่มีความดันโลหิตสูงจำนวนมากที่มีน้ำหนักตัวปกติ

Ericka Mendez Chacon et al. (2008) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงพบ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศชาย ได้แก่ Obesity vs normal weight OR = 3.92, Family history of HT OR = 1.98, Has a job OR= 0.55

เพศหญิง ได้แก่ Obesity vs normal weight OR = 1.83, Family history of HT OR = 2.21, Alcohol drinker vs non-drinker OR = 0.62

จะเห็นได้ว่า น้ำหนักตัวมีผลต่อระดับความดันโลหิตสูงทั้งในเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Faekah Gohar et al. (2008) ศึกษาความชุกของการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการในหน่วยบริการทุติยภูมิพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงดูแลตนเองแบบ alternative therapies (CAM) 66 คน (43.1%) การใช้ CAM และ ไม่ใช้ CAM ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความแตกต่างกันตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ CAM ส่วนใหญ่จะเป็นการทานวิตามินเสริมและการดูแลเรื่องโภชนาการ แยกตามเพศ ผู้หญิงจะมีการใช้สมุนไพร 12.7% ส่วนผู้ชายใช้สมุนไพรเพียง 1.2% มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6.7% ที่จะสอบถามเรื่องของการดูแลตนเองโดยใช้ CAM อื่นๆกับแพทย์ผู้รักษา และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ anti-hypertensive medication ใช้ CAM 44.8% และ ไม่ใช้ CAM 60.5% พบว่าเพศหญิงที่ใช้ CAM มีความสัมพันธ์กับการ anti-hypertensive medication อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Nancy R. Kressin et al. (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิภาพการรักษา ทักษะและความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนการยึดมั่น (Adherence) ในการรักษาทางการแพทย์ปัจจุบันพบว่า ชาว African ใน American มีความกระตือรือร้นในการรับคำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการยึดมั่นในการรักษาทางการแพทย์มากกว่าชาวผิวขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การควบคุมระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นในการรักษาทางการแพทย์ในระดับที่แย่ ในทางตรงกันข้ามความเชื่อถือในความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับการยึดมั่นทางการรักษาที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .02 สรุปได้ว่าเมื่อแพทย์และผู้ป่วยมีการพูดคุยกันทำความเข้าใจร่วมกันกับการจัดการกับการควบคุมระดับความดันโลหิต ความแตกต่างของการยึดมั่นและการควบคุมระดับความดันโลหิตก็จะลดลง

Jan, Warren-Findlow and Rachel B. Seymour (2011) ศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของชาว African American ที่มีระดับความดันโลหิตสูง โดยการวัด H-scale (The Hypertension Self-care Activity Level Effect) กำหนดกิจกรรมการดูแลตนเอง 6 ประเด็น อ้างอิงโดย JNC7 คือ การใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคเกลือ กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และการจัดการกับน้ำหนักตัวของตนเอง ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้ ความชุกของการยึดมั่นต่อการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง 58.6% การยึดมั่นต่อการไม่บริโภคอาหารและเกลือ 22.0% การยึดมั่นต่อกิจกรรมทางกาย 52.2% การยึดมั่นต่อการไม่สูบบุหรี่ 74.7% การยึดมั่นต่อการจัดการน้ำหนักตนเอง 30.1% และการยึดมั่นต่อการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 65.1%

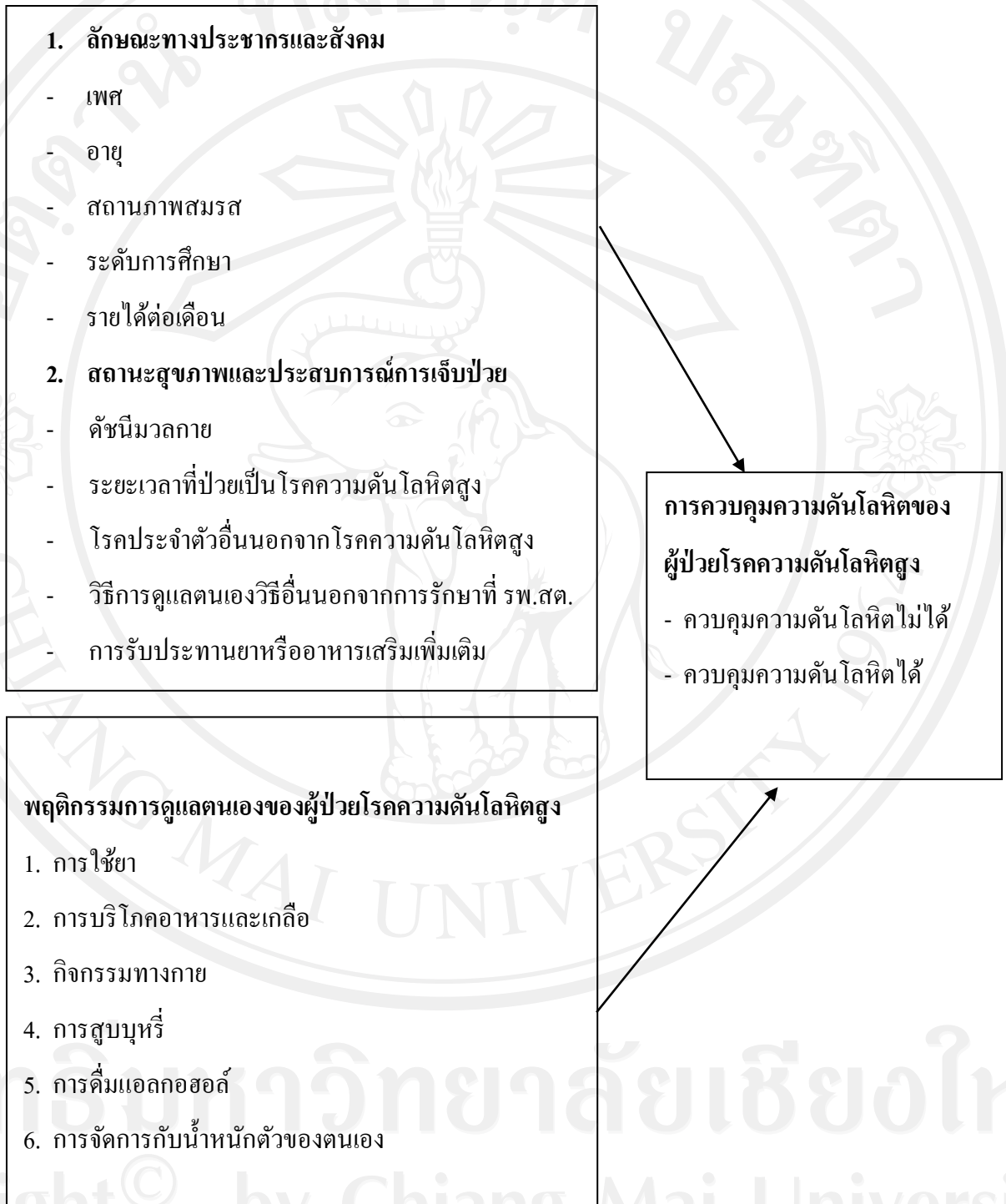
ความแตกต่างทางด้านประชากรและสถานะสุขภาพ ดังนี้

1. การใช้ยา ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการใช้ยาพบอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยึดมั่นต่อการใช้ยาและพบเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการทำประกันชีวิตตนเอง ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการใช้ยา พบมีการทำประกันชีวิตให้ตนเองน้อยกว่าไม่มีการทำประกันชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การบริโภคอาหารและเกลือ ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการไม่บริโภคอาหารและเกลือพบระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยึดมั่นต่อการไม่บริโภคอาหารและเกลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. กิจกรรมทางกาย ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อกิจกรรมทางกายพบ มีการทำประกันชีวิตให้ตนเองน้อยกว่าไม่มีการทำประกันชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการไม่สูบบุหรี่พบ อายุเฉลี่ยและระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยึดมั่นต่อการไม่สูบบุหรี่ และเป็นผู้อยู่อาศัยน้อยกว่าเป็นเจ้าของบ้าน สำหรับการทำประกันชีวิตพบมีการทำประกันชีวิตให้ตนเองน้อยกว่าไม่มีการทำประกันชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการไม่สูบบุหรี่พบเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย และพบมีระดับการศึกษาแตกต่างกันใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
5. การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการไม่ดื่มแอลกอฮอล์พบอายุเฉลี่ยและระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยึดมั่นการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ พบเพศหญิงน้อยกว่าเพศชายและมีการทำประกันชีวิตให้ตนเองน้อยกว่าไม่มีการทำประกันชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบมีสถานภาพสมรสแตกต่างกันใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การจัดการกับน้ำหนักตนเอง ผู้ป่วยที่ยึดมั่นต่อการจัดการกับน้ำหนักตนเองพบ อยู่กับครอบครัวน้อยกว่าอยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบเป็นผู้อยู่อาศัย น้อยกว่าเป็นเจ้าของบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พิลา รัฐ ภูระธีรานรัชต์ (2554) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุพบว่า จากกลุ่ม ตัวอย่าง 385 คน ระดับความคิดเห็นต่อความเชื่อด้านสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับ มาก การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก การดูแลสุขภาพตนเองใน ภาพรวมและในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการขับถ่าย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับมากยกเว้น ด้านการออกกำลังกายอยู่ใน ระดับปานกลาง ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมและรายด้านมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .328$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมและรายด้านมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .520$)

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา