

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรณีศึกษา: แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กรณีศึกษา: แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

นางสาวสุรรัตน์ กุลฉิม
ผู้วิจัย

อาจารย์สุธี อยู่สถาพร,
D.en D (Hons.)(regime 1984)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี,
วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ศ.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
กรณีศึกษา: แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข
วันที่ 15 พฤษภาคม 2552

นางสาวสุรรัตน์ กุลนิม

ผู้วิจัย

กวีตม หิตเลศ

นางสาวสุจิตรา นิลเลิศ, พย.บ.,

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์สุธี อยู่สถาพร,

D.en D (Hons.)(regime 1984)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์วงเดือน ปิ่นดี,
วท.ม.(ชีวสถิติ), วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์), ศ.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ปัทมา ตรีเดช,
บช.บ.(เกียรตินิยม), M.P.H., ศ.ค.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว.(ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ สุธี อยู่สถาพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ปิยธิดา ตรีเดช และ รองศาสตราจารย์วงเดือน ปั่นดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดีมาตลอดจนเสร็จเรียบร้อย และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์สุจิตรา นิลเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ธราดล เก่งการพานิช อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นายแพทย์วิสูตร ถั่วเลิศชน แพทย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ที่ได้กรุณาตรวจสอบข้อมูลและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับคุณปัญญาวดี เทียมวงศ์ คุณอุไรวิทยาประชากร ที่กรุณาให้คำแนะนำในการเขียนภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง และขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถีทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยและเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อ โรงพยาบาลและการสาธารณสุข

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้ โอกาสทางการศึกษาตั้งแต่ต้น

สุรรัตน์ กุลนิม

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา: แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี
HEALTH BEHAVIOR MANAGEMENT OF HYPERTENSION DISEASE: CASE STUDY RAJAVITHE
HOSPITAL, THAILAND.

สุริรัตน์ กุลจิมี 4737572 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: สุธี อยู่สถาพร D.en D (Hons.)(regime 1984), ปิยธิดา ตรีเดช ศ.ด., วงเดือน
ปิ่นดี, ศ.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าโดยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน จำนวน 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายตัวแปรเชิงคุณภาพ และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา ของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.30) มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.70) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.30) และมีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.50) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.70) อาชีพที่พบมากที่สุดคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22.50) รายได้ที่พบคือ 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 39.20) มีปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพคือศูนย์สาธารณสุขโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 97.5 ด้านการบริโภค พบว่าร้อยละ 83.33 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้และยังพบว่า อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) ด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่าร้อยละ 84.16 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) ด้านการออกกำลังกายพบว่ามีการบริหารสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 65.84) รายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) ด้านการบริหารจิตใจและการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ อายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวเน้นในเรื่องของการบริโภคและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด และให้ความรู้และคำแนะนำกับญาติของผู้สูงอายุด้วยเพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและญาติในวันหยุดหรือวันหยุดพิเศษเพื่อที่จะให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีและยังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและควรมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง การให้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ต้องได้รับความร่วมมือจากญาติของผู้ป่วยด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ / โรคความดันโลหิตสูง / ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

**HEALTH BEHAVIOR MANAGEMENT OF HYPERTENSION DISEASE: CASE STUDY
RAJAVITHE HOSPITAL****SUREERUT KOONCHIM 4737576 PHPH/M****M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION****THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUTHEE U-SATHAPORN D.en D (Hons.)(regime 1984),
PIYATHIDA TRIDECH Dr.P.H., WONGDYAN PANDEE Dr.P.H,****ABSTRACT**

Descriptive study was used to investigate health behavior management of hypertension disease in the Out Patient Department (OPD) of Rajavithe Hospital, Bangkok. The study considered information on health, personal characteristics, health behavior management supporting factors and behavior management which had 4 aspects: personal consumption, healthcare, exercise, and mind and stress managements. The correlation factors gender, age, income, occupation, and education were also studied. The 120 patients in the sample groups had hypertension without any incurrent disease and data were collected by questionnaire. Descriptive statistics were used to determine relations among influence factors like gender, age, income, occupation, and education of the patients.

Study results reveal that most patients were female (68.30%) aged between 70-90 years old (31.70%), married (73.30%) and were an influential family member (62.50%). Most of them were educated to the primary school level (42.5%), had no occupation (51.70%), or worked in government service/state enterprise (22.50%) and received an income between 5,000 – 10,000 Baht per month (39.20%). The influence factor for health management is a medical center or hospital nearby to their house (97.50%). For consumption behavior it was found that 83.33% have consumption health care behavior at a fair level and that age, income, occupation and education are significantly related with a 95% confidence level ($p < 0.05$). In terms of healthcare it was found that 84.16% have good healthcare and also that occupation is significantly related to healthcare at the confidence level of 95% ($p < 0.05$). Exercise was at a good level (65.84%), income and occupation were significantly related to exercise behavior at the 95% confident level ($p < 0.05$). Mind and stress management indicate hypertension disease causes behavior at a fair level, while age, income, occupation and education are not related to mind and stress management.

Medical personnel should give more knowledge and recommendations on consumption, mind and stress management to patients and family members in order to efficiently treat for hypertension disease in elderly patients. They should also establish some activities for patients and family members during weekends and holidays to disperse knowledge on how to control their behavior. There should be close follow up of those patients that have low behavior levels by visits to their home to identify any problems. All suggestions and recommendations for change in behavior of patients must receive cooperation from the patient's family members in order to enhance treatment efficiency.

KEY WORDS: HEALTH BEHAVIOR / HYPERTENSION DISEAS / HEALTH MANAGEMENT

90 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์.....	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 การบริหารจัดการ.....	8
2.2 โรคความดันโลหิตสูง.....	13
2.3 พฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	24
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	24
3.3 การเลือกตัวอย่าง.....	25
3.4 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล.....	25
3.5 การตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม.....	27
3.6 วิธีการเก็บข้อมูล.....	27
3.7 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	27
3.9 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม.....	28
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 ข้อมูลด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	30
4.2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	32
4.3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	34
4.4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด.....	35
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	47
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	51
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย.....	55
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ.....	65
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก	79
ประวัติผู้วิจัย.....	90

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	30
2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล.....	32
3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	34
4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค.....	35
5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่ม คะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมบริโภค.....	37
6 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ.....	37
7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่ม คะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ.....	39
8 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย.....	39
9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่ม คะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย.....	40
10 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการ ความเครียด.....	41
11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่ม คะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการ ความเครียด.....	42
12 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิง.....	43
13 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ...	43
14 แสดงความสัมพันธ์ของอายุกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	44
15 แสดงความสัมพันธ์ของรายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	44
16 แสดงความสัมพันธ์ของอาชีพกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	45
17 แสดงความสัมพันธ์ของการศึกษากับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ.....	46

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

- | | | |
|---|---|---|
| 1 | กรอบแนวคิดในการวิจัยการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี..... | 7 |
|---|---|---|



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและวัฒนธรรม รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างมากความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพประชาชนขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป เช่น รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายและอาหารที่มีไขมันและอาหารที่ปนเปื้อนสารพิษมากขึ้น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากขึ้นพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อสุขภาพอย่างมาก ทำให้ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพมีแนวโน้มของการเกิดโรคมามากขึ้นในอดีตที่ผ่านมาโรคที่พบและเป็นเหตุให้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อ แต่ในปัจจุบันโรคที่พบและเป็นเหตุให้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคไม่ติดต่อดังกล่าวส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญของการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (จริยา คมพักษ์, 2532: 36)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีถึงร้อยละ 92-94 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (เกษม วัฒนชัย, 2532: 31) วงการแพทย์เรียกโรคนี้ว่าเป็น SILENT SICKNESS (Marcinek, 1980: 928) ทั้งนี้เพราะอาการในระยะแรกจะไม่ปรากฏ ผู้ป่วยอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ถึง 10-20 ปี โดยไม่รู้ตัว จึงพบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 ที่ไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้ (Luckmann & Sorensen 1987: 949) ส่วนกลุ่มที่วินิจฉัยโรคได้แต่อาการไม่เด่นชัดจะยังคงมีการดำเนินของโรคอยู่จนเกิดผลต่ออวัยวะเป้าหมายถูกทำลายไปคือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจมีอุบัติการณ์มากที่สุดเท่ากับ 45.9 ต่อประชากรพันคน (วงเดือน ปั่นดี, 2539) และพบภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (ปราณี พลังวชิรา, 2539)

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาทั่วโลก พบว่าผู้มีความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มม.ปรอท และมีความดันไดแอสโตลิกเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มม.ปรอท มีราว 600 ล้านคน (สมพร กิตติวิศิษฐ์, 2543)

ปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเพิ่มมากขึ้นและคุกคามประชากรโลกที่มีอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 15-20 สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาถึงอัตราความชุกของโรค พบว่ามีความผันแปรตั้งแต่ร้อยละ 1.36 (จริยาวัตร คมพยัณห์, 2532: 21) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 1 ในปี 2522 โดยมีอัตราการตาย 27.2 ต่อประชากรแสนคนและเพิ่มเป็น 55.8 ต่อประชากรแสนคนในปี 2536 และจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 รองมาจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุและโรคมะเร็ง และใน พ.ศ. 2546 พบว่ามีอัตราการตายร้อยละ 5.4 ต่อประชากร 100,000 คน (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทยมีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน เป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2542 โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิด ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่สำคัญคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลสูง การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การขาดการออกกำลังกาย โรคไม่ติดต่อที่เป็นอันดับ 1 ของคนไทยปี 2548 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าร้อยละ 28 ของคนไทยป่วยด้วยโรคดังกล่าว และในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอัตราการตายสูงปีละ 65,000 คน กลุ่มโรคนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ตั้งแต่ความดันโลหิตสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การลดปัจจัยเสี่ยงให้น้อยลงจะช่วยลดการป่วยหรือการตายจากกลุ่มโรคดังกล่าวได้ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาจึงได้จัดการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวกับอาหารและการบริโภคของประชาชน การจัดการสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้สู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด และให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างสุขสบายและมีความสุข (เกษม วัฒนชัย, 2532: 82) โดยต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในเรื่อง การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามนัดซึ่งการปฏิบัติตัวดังกล่าว จะทำให้สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมายของการรักษา (Candill, et al., 1984: 70 อ้างใน

เกษม วัฒนชัย, 2533: 109) แต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจเป็นเพราะว่าลักษณะโรคความดันโลหิตสูงเองในระยะแรกมีอาการไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีสุขภาพดีแล้วจึงหยุดรักษาเอง จากการศึกษาของคลาร์ก (Clark, 1991: 664-669) พบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 60 ที่มารักษาอย่างสม่ำเสมอและรับประทานยาครบตามคำแนะนำของแพทย์ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของคาลด์เวลล์ (Caldwell, 1976: 115-119) ที่ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลา 3 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดการรักษาถึงร้อยละ 75 ในปีที่ 3 นอกจากลักษณะของโรคแล้วปัจจัยด้านอื่น ๆ ก็อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ความแตกต่างในเรื่องเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตลอดจนความรุนแรงของโรคเป็นต้น

เป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ 2550-2555) ให้คนไทยทุกคนได้พัฒนาทั้งทางร่างกายจิตใจ ความรู้ ความสามารถ ทักษะในการประกอบอาชีพ และมีความมั่นคงในการดำรงชีวิต ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพตนเองนำไปสู่ความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย ควบคู่กับลดอัตราการเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ในห้าอันดับแรกคือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง นำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลในระยะยาว

ดังนั้นการการตรวจวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วและการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จึงมีความสำคัญในการรักษาและควบคุมโรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งค่ายา ค่าเดินทาง ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ และมีคุณภาพการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้าน การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล และบทบาทในครอบครัวและปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เปรียบเทียบการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัวกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน
3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลคือ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เป็นระยะเวลา 6 เดือนระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551

1.5 นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตในเส้นเลือดแดงขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันในเส้นเลือดแดงขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท โดยการเฝ้าระวังตรวจซ้ำทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

คุณลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในครอบครัว และรายได้

ภาวะแทรกซ้อน หมายถึง อาการหรือโรคที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่สูงโดยจะทำให้มีอาการและไม่มีอาการ ในระยะยาวจะส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้นโดยแพทย์ที่ทำการรักษาได้สั่งยารักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ระดับความดันโลหิตสูงเกินปกติ 160/95 mmHg ส่งผลให้อวัยวะอื่น ๆ เสื่อมหรือทำงานผิดปกติ เช่น ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบไต ระบบสมอง ซึ่งจะทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด การดูแลจิตใจและผ่อนคลายความเครียด

พฤติกรรมด้านการรับประทานยา หมายถึง พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมอาหารรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง ตามข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และโภชนาการ

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยนำการออกกำลังกายขึ้นพื้นฐานมาใช้คือ การออกกำลังกายวันละ 15-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้งอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและเพื่อเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย

พฤติกรรมด้านการมารับการตรวจรักษา หมายถึง การที่ผู้ป่วยมาตรวจตรงตาม วันที่ และเวลา ที่แพทย์นัดในแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดยาลดความดันโลหิต

พฤติกรรมด้านการรับประทานยา หมายถึง การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดความดันโลหิตสูงที่แพทย์สั่งตรงตาม ชนิด วิธีรับประทานยา ขนาด จำนวนของยา

ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ทรัพยากรที่มีอยู่ สถานบริการสุขภาพ เงิน อุปกรณ์ สิ่งของ ตลาด วัด สถานที่พักผ่อน สวนสาธารณะ การเข้าถึงข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมการปฏิบัติใด ๆ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การพที่กระทำไปแล้วส่งผลให้มีการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ ระวังหรือลดความเครียดเป็นผลดีต่อสุขภาพตนเอง

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) คือ การวัดดัชนีความหนาของร่างกาย โดยจะคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่าปกติจะอยู่ระหว่าง 20-25 กิโลกรัม/เมตร² ถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ บุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์

ความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

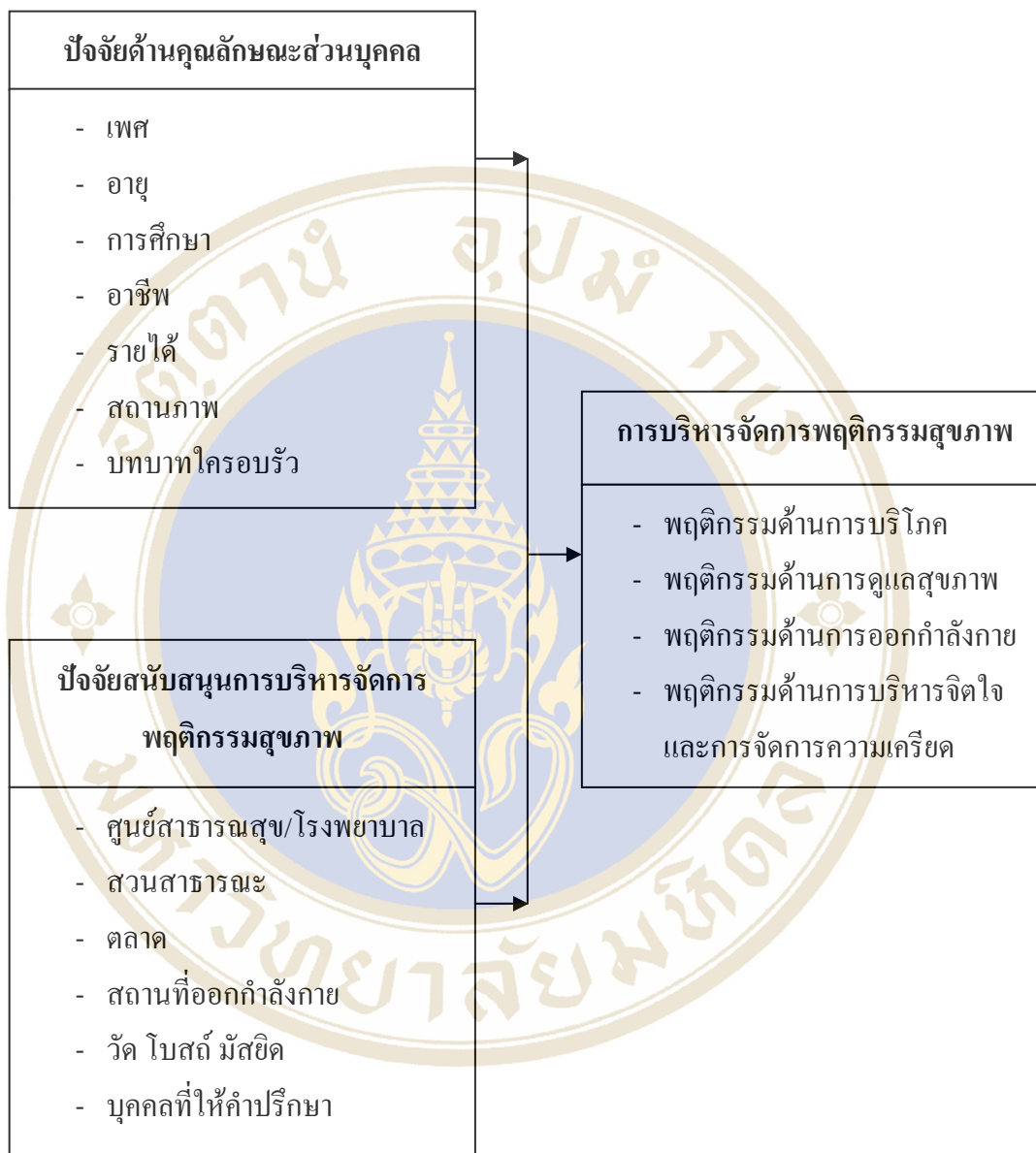
ระยะเสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวสูงกว่า 120-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวสูงกว่า 80-90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 ภาวะความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวสูงกว่า 140-159 มิลลิเมตรปรอท และความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวสูงกว่า 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 ความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบตัวสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัวสูงกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 2.1 การบริหารจัดการ
- 2.2 โรคความดันโลหิตสูง
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการเป็นการกำหนดทิศทางของหน่วยงาน กลุ่มงาน หรือการดำเนินงานในหน้าที่ต่าง ๆ ให้ใช้ทรัพยากรทั้งหลายที่มีอยู่ในองค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficient) ครอบคลุมถึง การใช้ทรัพยากรได้อย่างเฉลียวฉลาดเหมาะสมและคุ้มค่า (Cost-effective) ส่วนการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective) นั้นหมายถึงการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง (Right decision) และมีการปฏิบัติการสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้ บทบาทสำคัญของผู้บริหารคือการนำพางค์การไปให้ถึงเป้าหมายและบรรลุผลสำเร็จได้โดยส่วนรวม เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายขององค์การ ผู้บริหารมีหน้าที่รวบรวมและจัดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในองค์การอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลควบคู่กัน โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการที่ดี กระบวนการบริหารจัดการ เป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการประมวล ผลักดัน และกำกับให้ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นทรัพยากรการจัดการประเภทต่าง ๆ สามารถดำเนินไปได้โดยมีประสิทธิภาพ จนบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ การบริหารจัดการจะทำให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความหมายของการบริหารจัดการ

คุนท์ (Koontz, 1976 : 23) กล่าวว่าการบริหารคือ กระบวนการร่วมกันระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในอันที่จะทำให้งานสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์เดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นหน้าที่ของผู้บริหารในอันจะกระทำการใด ๆ ให้มีการร่วมมือกันทำงานอย่างเต็มใจ และเต็มความสามารถ โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดโดยผ่านการวางแผนงาน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การนำการปฏิบัติงาน (Leading) และการควบคุมงาน (Koontz, อ้างในปิยธิดา ตรีเดช และคณะ, 2552: 1-78) ได้กำหนดหน้าที่ของผู้บริหารไว้ 5 ประการดังนี้

หน้าที่ของผู้บริหาร

ผู้บริหาร ผู้จัดการ หรือหัวหน้างาน มีหน้าที่ต้องทำให้งานของหน่วยงานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม โดยทั่วไปผู้บริหารมีหน้าที่หลัก 4 ประการคือ การวางแผนงาน การจัดองค์กร การนำการปฏิบัติงาน และการควบคุมงาน

1. การวางแผนงาน การวางแผนงานเกี่ยวกับการเลือกและกำหนดวัตถุประสงค์ รวมถึงการคิดค้นเพื่อให้ได้มาซึ่งกลยุทธ์ นโยบาย โครงการ และวิธีดำเนินการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว การวางแผนงานจึงต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ เพราะมีทางเลือกที่อาจเป็นไปได้มากมาย หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งการวางแผนงานเป็นการกำหนดทิศทางของหน่วยงานในอนาคต และกลยุทธ์ที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. การจัดองค์กร การจัดองค์กรเกี่ยวข้องกับการกำหนดบทบาทและงานของแต่ละบุคคลในหน่วยงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน รวมทั้งการรวมงานหรือกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันเป็นฝ่ายหรือแผนก การมอบหมายอำนาจหน้าที่ การกระจายอำนาจ และการประสานงานกันระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ของหน่วยงานก่อให้เกิดโครงสร้างขององค์กร

3. การนำการปฏิบัติงาน การนำการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการใช้ภาวะผู้นำในการชี้แนะจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ได้บังคับบัญชาปฏิบัติงานให้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยการสร้างค่านิยมร่วม บรรยายาสององค์กรและการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาทราบถึงระเบียบวัตถุประสงค์ นโยบาย และโครงสร้างองค์กร ความสัมพันธ์ของฝ่ายต่าง ๆ และอำนาจหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และแต่ละบุคคลในองค์กรอย่างกระจ่าง เพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การควบคุมงาน การควบคุมงาน คือ การตรวจสอบ การประเมินผล การปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานให้ถูกต้องตรงกับแผนงานและวัตถุประสงค์ในกรณีที่มีข้อผิดพลาด

หรือข้อเบี่ยงเบนไม่เป็นไปตามแผนงานหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมงานมีหลายอย่าง เช่น การงบประมาณ เป็นการวางแผนและการควบคุมทางการเงิน หรือการทำรายงาน เป็นการประเมินผล และควบคุมการปฏิบัติงาน หรือตารางเวลา เป็นการวางแผนและควบคุมเวลาหรือการนิเทศงาน เป็นต้น ฉะนั้นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ คือ การกำหนดผู้รับผิดชอบต่อสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากแผนงานและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์นั้น ๆ

จากความหมายนี้ จะเห็นว่าการบริหารจัดการ เป็นสิ่งที่ผู้เป็นผู้บริหาร ผู้บังคับบัญชา หรือหัวหน้างาน จะต้องกระทำอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากหลีกเลี่ยงหรือละเลยหน้าที่ในการบริหารจัดการนี้ จะทำให้งานที่แต่ละบุคคลในฝ่ายต่าง ๆ ดำเนินการไปนั้นกระจัดกระจายและไม่เกิดผลสำเร็จขึ้นมา ดังนั้น โดยสรุปแล้ว การบริหารจัดการ จึงเป็นเรื่องของกระบวนการทำงานของนักบริหาร เพื่อให้งานต่าง ๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยอาศัยการทำงานร่วมกันกับบุคคลอื่น ๆ

การวางแผนงาน คือ การกำหนดกรอบของสิ่งที่จะทำ รวมทั้งวิธีการ เวลาและผู้รับผิดชอบงานนั้น ๆ ไว้ล่วงหน้า อันจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานให้ทราบถึงวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพขณะเดียวกันยังช่วยให้สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ฉะนั้นการวางแผนงานจึงเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือก ความมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ และวิปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การวางแผนงานจึงมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ (1) สนับสนุนวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน (2) เป็นภารกิจแรกที่ผู้บริหารจำเป็นต้องกระทำ (3) มีอยู่ทุกระดับของหน่วยงาน (4) ความมีประสิทธิภาพของแผนงาน ในขณะเดียวกันผู้บริหารพึงตระหนักว่าแผนงานแต่ละประเภทมีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน

องค์ประกอบของแผนงาน

แผนงานประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ (บางแผนงานอาจมีไม่ครบทุกองค์ประกอบ)

1. ความมุ่งหมาย (Purposes) เป็นส่วนของแผนงานที่ระบุถึงหน้าที่หลักของหน่วยงาน หรือคำอธิบายเหตุผลว่าหน่วยงานเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร (Reasons why we are involved)

2. วัตถุประสงค์ (objectives) เป็นส่วนของแผนงานที่ระบุถึงผลของกิจกรรม (เป้าหมาย) ที่ประสงค์จะกระทำให้เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งจะวัดได้ วัตถุประสงค์ขององค์กรจึงเป็นผลรวมของวัตถุประสงค์ของกลุ่มงานต่าง ๆ

3. กลยุทธ์ (Strategies) เป็นส่วนของแผนงานที่ระบุถึงวัตถุประสงค์ระยะยาวขององค์กรแสดงถึงชุดหรือกลุ่มของกิจกรรม โดยประยุกต์วิธีการสำหรับปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4. นโยบาย (Policies) เป็นส่วนของแผนงานที่ระบุถึงแนวทางในการตัดสินใจของฝ่ายบริหารในเรื่องต่าง ๆ ทำให้การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นไปง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ทุกครั้งในเรื่องต่าง ๆ มีลักษณะแนวทางเดียวกัน

5. วิธีการ (Procedures) เป็นส่วนของแผนงานที่ระบุถึงลำดับของวิธีการที่จะดำเนินกิจกรรมในอนาคต ระบุรายละเอียดแนวทางในการดำเนินงานของกลุ่มงานต่าง ๆ

6. กฎระเบียบ (Rules) เป็นส่วนของแผนงานที่แยกย่อยวิธีการปฏิบัติที่พึงกระทำ และไม่พึงกระทำกฎระเบียบต่างกับวิธีการตรงที่ไม่กำหนดลำดับของระยะเวลา ฉะนั้นกฎระเบียบจึงอาจเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการหรือไม่ก็ได้

7. งบประมาณ (Budgets) เป็นส่วนของแผนงานที่แสดงในรูปของจำนวน (ตัวเลข) เช่น จำนวนชั่วโมงทำงาน จำนวนสินค้าที่ผลิต แต่ในที่สุดตัวเลขเหล่านี้จะถูกเปลี่ยนเป็นจำนวนเงิน ฉะนั้น การวางแผนการเงินคือ การงบประมาณ

การจัดองค์กร

การจัดองค์กร หมายถึง การก่อให้เกิดความสัมพันธ์ของอำนาจหน้าที่ระหว่าง คนงานและสถานที่ทำงาน เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันอย่างประสิทธิผล และประสิทธิภาพ หรืออีกนัยหนึ่ง หมายถึง การใช้ทรัพยากรของหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน โดยผ่านกลุ่มงานกลไกการประสานงานระหว่างงานต่าง ๆ ในหน่วยงาน

ผู้บริหารจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงทฤษฎีการจัดองค์กรเพื่อจัดรูปแบบองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาที่หน่วยงานต่าง ๆ ในปัจจุบันประสบ คือ จะจัดองค์กรอย่างไรจึงจะสามารถอยู่รอดท่ามกลางภาวะเศรษฐกิจที่วิกฤต การแข่งขันที่รุนแรง การปรับปรุงโครงสร้างของหน่วยงานจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อนำไปสู่กลยุทธ์ใหม่ ในการปฏิบัติงาน โครงสร้างองค์กรยุคใหม่จึงเป็นลักษณะที่มีขนาดเล็ก คล่องตัว เพื่อความมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

การนำการปฏิบัติงาน

การบริหารจัดการและความเป็นผู้นำมักถูกมองว่าเป็นสิ่งเดียวกัน แม้ว่าในความเป็นจริง ผู้บริหารที่มีประสิทธิผลที่สุด มักจะเป็นผู้นำที่มีประสิทธิผลและการนำปฏิบัติงานเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่สำคัญหน้าที่หนึ่ง แต่ผู้บริหารก็ต้องปฏิบัติหน้าที่อื่นไปพร้อมกันด้วย ทั้งในเรื่องการวางแผนงาน การจัดองค์กร และการควบคุมงาน แต่อย่างไรก็ตามหน้าที่ดังกล่าว จะประสบความสำเร็จได้เพียงเล็กน้อย หากผู้บริหารไม่ทราบวิธีการนำการปฏิบัติงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา และเข้าใจองค์ประกอบของความเป็นมนุษย์ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การนำการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการที่ผู้บริหารใช้ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์อันดีในหมู่ผู้ปฏิบัติงาน และจูงใจให้ทุกคนปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความเต็มใจ เต็มความสามารถ รวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขข้อผิดพลาด ชี้แจงแนวทาง การปฏิบัติงาน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน จากคำจำกัดความดังกล่าว พบว่า การนำการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย หน้าที่ 3 ประการของผู้บริหารคือ ความเป็นผู้นำ การจูงใจ และการสื่อสาร

การควบคุมงาน

สิ่งที่ใช้เป็นเครื่องวัดความสามารถของผู้บริหาร คือ ผลงาน การควบคุมงานจะไม่มี ความจำเป็น หากหน้าที่ของผู้บริหารทั้ง 3 ประการที่กล่าวมาแล้ว คือ การวางแผน การจัดองค์กร และการนำการปฏิบัติงาน เป็นไปอย่างสมบูรณ์แบบ แต่ในความเป็นจริงไม่เป็นเช่นนั้นในการปฏิบัติงานบางครั้งอาจมีข้อผิดพลาด ข้อขัดแย้ง การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ อันอาจเป็นใ้ทำงานไม่บรรลุตามแผนงานที่กำหนดไว้ ดังนั้น การควบคุมงานจึงเข้ามามีบทบาท ในอดีตระบบการควบคุมงานขององค์กรเป็นคล้ายรูปปิรามิด ระบบการควบคุมงานถูกกำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง สั่งการมายังผู้บริหารระดับกลางนำไปปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่ปฏิบัติตามที่ได้รับคำสั่ง นั่นคือผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้ควบคุมทุกสิ่งในหน่วยงาน แต่แนวคิดเรื่องการควบคุมงานที่มีประสิทธิผล ในปัจจุบัน กำหนดว่าผู้บริหารต้องกำหนดแผนงาน และมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดให้มีระบบสารสนเทศที่อำนวยความสะดวก ความรู้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานจริง และตรวจสอบประเมินผล และแก้ไขเมื่อการปฏิบัติงานเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ โดยให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่อง การบริหารจัดการและการควบคุมงาน

ในขณะเดียวกันฝ่ายบริหารควรเชื่อมโยงเรื่องการควบคุมคุณภาพ (Quality control) เข้ากับแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน ทั้งนี้เพราะการควบคุมเฉพาะปัจจัยภายในหน่วยงานอาจไม่ช่วยให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ได้ ควรคำนึงถึงปัจจัยภายนอกองค์กรด้วย

เนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายนอกองค์กร คือ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและเทคโนโลยี มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาย่อมมีอิทธิพลก่อให้เกิดความไม่แน่นอนในการดำเนินงานขององค์กร ระบบการควบคุมภายในองค์กร จึงควรมีการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ผ่านแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน อาจมีการปรับเป้าหมายขององค์กร นำไปสู่กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานใหม่ ฉะนั้น ระบบการควบคุมภายในควรมีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับปัจจัยบางประการที่ควบคุมไม่ได้ โดยการให้มีการกระจายอำนาจการเปิดเผยข้อมูลสารสนเทศ และการเสริมสร้างความสามารถแก่ผู้ปฏิบัติงาน ฉะนั้น ในขั้นตอนการวางแผนงานผู้บริหารจะเตรียมการสำหรับการควบคุมงานพร้อมกันไป โดยกำหนดขอบเขตของงาน หากมีการเบี่ยงเบนออกไปผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานจะร่วมกันแก้ไขให้ทุกสิ่งดำเนินไปตามขอบเขตที่วางไว้แก้ไขอุปสรรคเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานหรือเพิ่มทรัพยากร เพื่อให้งานดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล รวมทั้งการแก้ไขปรับปรุงแผนงาน การจัดองค์กร การนำการปฏิบัติงานไปพร้อม ๆ กัน

2.2 โรคความดันโลหิตสูง

2.2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978: 9) ได้ให้ข้อกำหนดไว้ว่าความดันโลหิตสูงหมายถึง ภาวะที่ความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joan Luckman and Karen C. Sorensen, 1974 อ้างในสุธิดา นิรพัฒน์, 2543)

2.2.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary หรือ Essential hypertension) ความดันโลหิตสูงที่พบส่วนมากเป็นชนิดไม่ทราบสาเหตุ ความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดแต่ก็มีปัจจัยเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด อาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่
2. ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) มีส่วนน้อยที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดนี้และสามารถรักษาให้หายได้ สาเหตุเกิดจากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลอดเลือดไตแข็งตัว หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดที่ผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้ความดันสูงขึ้น สาเหตุเหล่านี้เมื่อรักษาโดยการผ่าตัดแล้วความดันโลหิตสูงก็จะหายไป

ความดันโลหิตสูงเกิดจากฮอร์โมน เป็นความผิดปกติของฮอร์โมนที่หลั่งออกจากอวัยวะต่าง ๆ เช่น ต่อมหมวกไต

ความดันโลหิตสูงจากหลอดเลือดแดงหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจรั่ว หลอดเลือดแดงใหญ่หดตัว

ความดันโลหิตสูงจากระบบประสาท เนื่องจากประสาทส่วนกลางผิดปกติ เช่น ฟีโนสมอง สมออักเสบ สามารถรักษาด้วยการผ่าตัด

2.2.3 สาเหตุของการเกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

ปัจจัยด้านพันธุกรรม มีส่วนทำให้เกิดการถ่ายทอดโรคความดันโลหิตสูงได้ หากทั้งพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูงโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 44 – 73 หากพ่อหรือแม่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดป่วยโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 – 57 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ไม่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงโอกาสที่ลูกจะป่วยเป็นโรคประมาณ ร้อยละ 4 – 18 หากเป็นคู่แฝดพบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมทำให้มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 (พินดา กุลประสูติติก, 2543) ส่วนด้านเชื้อชาติ เพศ และวัยที่เพิ่มขึ้นพบว่าคนผิวดำมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผิวขาว 2 เท่า (มันทนา ประทีปเสน และวงเดือน ปั่นดี, 2542)

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic Risk Factor)

ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต คือ ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะมีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในขณะเดียวกันการลดความดันโลหิตลงก็ทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วย มีการศึกษาความอ้วนกับการเกิดความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 46 ของคนอ้วนจะพบความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เริ่มมีความดันโลหิตสูงเป็นครั้งแรก ร้อยละ 70 มีสาเหตุมาจากความอ้วน (Havlik RJ. et al., 1983 อ้างในสุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542) น้ำหนักตัวมีผลต่อความดันโลหิตแตกต่างกันไปตาม เพศ อายุ เชื้อชาติ จากการสำรวจสุขภาพของชาวอเมริกันพบว่าผู้หญิงอ้วนมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิงที่ไม่อ้วน 4 เท่า ในขณะที่ผู้ชายอ้วนมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ชายที่ไม่อ้วน (สุพรชัย กองพัฒนากุล, 2542)

ปัจจัยทางด้านอาหาร (Dietary Risk Factor)

การได้รับอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับอุบัติการณ์ของโรค ความดันโลหิตสูง ชนิดของอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงคือ โซเดียม แคลเซียม อาหารที่มีไขมัน แอลกอฮอล์

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่

2.2.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต

การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยยานี้สามารถลดพยาธิสภาพที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ลดอัตราการเกิดอัมพาตสมองและภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2533: 105) เป้าหมายในการรักษาเพื่อให้ระดับความดันโลหิตเป็นปกติที่สุด ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนของยา สะดวกในการใช้และเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ยาลดความดันโลหิตมีหลายชนิด และให้ผลไม่เหมือนกัน แล้วแต่สาเหตุ อาการ และสภาพอื่น ๆ ของโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยทั่วไป ใช้วิธีการเพิ่มยาเป็นลำดับขั้น (Stepped care approach) โดยเริ่มจากขนาดต่ำให้น้อยครั้งที่สุด แล้วค่อยเพิ่มขนาดสูงสุด ถ้าความดันโลหิตยังสูงอยู่ก็พิจารณาชนิดใหม่เข้าไปตามขั้นตอน คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง (อังกูณสุนันท์ วณิชชานุกร, 2536: 17-19)

หลักการให้ยาลดความดันโลหิตจะเริ่มด้วยขนาดต่ำ เพื่อให้ความดันลดลงช้า ๆ ความดันโลหิตจะลดลงเร็วเกินไปจะทำให้สมองขาดเลือด เกิดอาการข้างเคียง เช่น เหนื่อยง่าย มึนงง อ่อนเพลีย บางครั้งมีอาการมากต้องหยุดยา นอกจากนี้ยังต้องให้ยาน้อยครั้งที่สุดเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยลืมนั่นเอง เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นเวลานาน มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากไม่มีอาการและจะรับประทานยาเมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือมีมึนงงเท่านั้น นอกจากนี้การรักษาด้วยยาอาจไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบตามกำหนด การวัดความดันโลหิตไม่ถูกต้อง การรับยาอื่นที่มีฤทธิ์ต้านยาลดความดันโลหิต เช่น ยาระบาย ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ เป็นต้น

2. การรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา (Non drug treatment)

เป็นวิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้รับความสนใจมานานจนกระทั่งปัจจุบัน (จริยวัตร คมพักษณ์, 2532: 36) โดยผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับภาวะของโรค คือ การมารับการรักษา การมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนักตัว การควบคุมความเครียด ที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน

การควบคุมอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอาหารประเภทที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว (Rissana et al., 1985: 149) และเกลือโซเดียม (Kerr & Nichamann, 1986: 27-104; Houston, 1986: 179) เพราะจะไปสะสมเกาะตามเส้นเลือดทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงและหัวใจต้องบีบตัวเพิ่มขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

อาหารชนิดที่มีไขมันอิ่มตัว มีมากในไขมันสัตว์และน้ำมันพืชบางชนิด อาหารประเภทนี้มีโคเลสเตอรอลสูง (Cholesterol) จากการศึกษาพบว่าระดับโคเลสเตอรอลในเลือดที่สูงกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง และโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงไขมันประเภทนี้ และแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งมีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด เป็นต้น

เกลือโซเดียมมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะจะทำให้มีการกักตุนน้ำในร่างกายทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น การจำกัดเกลือโซเดียมโดยทั่วไปปฏิบัติในรูปของการจำกัดเกลือแกงในอาหาร เกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปของเกลือแกงแล้ว ยังอยู่ในรูปของอาหารอื่น ๆ ซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ด้วย เช่น ผงชูรส (Monosodium glutamate) สารใส่ไอศกรีมให้เหนียว ผงกั้นบูด สารกันเชื้อราในขนมปัง เป็นต้น

การควบคุมน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวและความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก น้ำหนักตัวยิ่งเพิ่มขึ้นมากเร็วเท่าใด ความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้น (The Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 1985: 13) การลดน้ำหนักตัวในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อ้วน เป็นวิธีการรักษาชนิดไม่ใช้ยาที่ดีที่สุด แม้ว่าความดันโลหิตจะไม่ลดลง แต่ก็ลดอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ (Kirkendall, 1988: 22)

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยลดกรดไขมันอิสระซึ่งมีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ยังช่วยให้พลังงานในร่างกายถูกใช้ มีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และยังช่วยผ่อนคลายความเครียดแก่ร่างกายด้วย (Kornor, 1997: 2 อ้างในจริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532: 37) ระยะแรกควรออกกำลังกายวันละ 10 นาที และเพิ่มขึ้นจนได้วันละ 15-30 นาที ประเภทของการออกกำลังกายควรเป็นแบบไอโซโทนิก (Isotonic exercise) เช่น การเดินเร็ว ถีบจักรยาน วิ่งเหยาะ เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เช่น การยกของหนัก การดึงหรือลากที่ใช้แรงมาก เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน

1. งดสูบบุหรี่เพราะสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคทีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดหดตัว และหัวใจเต้นเร็ว

2. การลดหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มสุราในปริมาณน้อยจะทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอลชนิดที่มีความหนาแน่นเพิ่มสูงขึ้น มีผลในการลดตะกอนไขมันในหลอดเลือดได้ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นนักดื่ม ถ้าหยุดดื่มความดันโลหิตสูงจะลดลงเรื่อย ๆ จนลดลงมากที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ และยังคงลดต่อไปถึง 6 สัปดาห์ รวมทั้งน้ำหนักตัวก็จะลดลงด้วย (Puddly et al., 1987: 647 อ้างใน สุรางค์ เปื้องแดง, 2533: 14)

3. การจัดการกับความเครียด เพราะความเครียดทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบ มีผลทำให้แรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และเกิดความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่มีความเครียดอาจแสดงออกมาในรูปของการรับประทานจุบจิบ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา บางครั้งบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเครียดได้ แต่มีวิธีผ่อนคลายความเครียดให้ลดลงได้ เช่น การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี การใช้เทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การใช้ดนตรี เป็นต้น

สรุปแล้วการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 แนวทางใหญ่ ๆ คือ การรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตและการไม่ใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามให้สอดคล้องกับการดำเนินโรค เพื่อช่วยลดระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อันเกิดกับอวัยวะสำคัญ ปัจจุบันวงการแพทย์ให้ความสนใจการรักษาโดยไม่ใช้ยากันมาก เพราะเหมาะสมกับการป้องกันในรายที่โรคยังไม่รุนแรง และผู้ป่วยทุกคนสามารถปฏิบัติได้ตามเหมาะสมโดยไม่เพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาวิธีนี้ไม่สามารถเป็นสิ่งที่ทดแทนยาควบคุมความดันโลหิตได้ เพราะฉะนั้นในการรักษาโดยทั่วไปจึงใช้ 2 แนวทาง เป้าหมายของการรักษาจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.3.1 ความหมาย

จารุวรรณ นิพนานนท์ (2543) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึงการแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิดในการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือมีผลต่อสุขภาพตนเอง และของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือชุมชน

เขาวลัทธิ อนุรักษ และคณะ (2543) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

อดิศักดิ์ สัตยธรรม (2536 อ้างในจารุวรรณ นิพนพานนท์, 2543) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ทำที่ เจตนา และการแสดงออกทั้งทางกายและทางวาจาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย การป้องกันตัว การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

WHO (1998 อ้างถึงในวิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543: 207) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยภาวะนี้มีลักษณะเป็นพลวัตคือ ไม่ได้ยั้งแต่เปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่าง ๆ ของชีวิต

เมอเรย์ และเซนเนอร์ (Merray, Zentner, 1993) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่สูงสุดของครอบครัว ชุมชนและสังคม

สุชาติ โสมประยูร ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนและทักษะ โดยเน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ

สมทรง รักเผ่า และสรศักดิ์ วัฒนวิทย์ (2540) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพคือ การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

แมคคอร์ด (McCord, 1986: 2) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดีหมายถึง การให้ความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การไปตรวจตามแพทย์นัด การออกกำลังกายและการลดปัจจัยเสี่ยง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

2.3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 ลักษณะพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการ เป็นพฤติกรรมการไปรับการรักษาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแผนปัจจุบันหรือแผนโบราณ การซื้อยากินเอง การรับข้อมูลจากร้านขายยา

2. พฤติกรรมด้านการรักษา เป็นพฤติกรรมระหว่างการรักษาหรืออยู่ในความดูแลของแพทย์รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์

3. พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร เป็นการหาข้อมูลข่าวสารการเจ็บป่วย การรักษา และพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

4. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นวิธีคิดวิธีการขอความช่วยเหลือ วิธีการขอข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจ และสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษา

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยจะเป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นประจักษ์ปฏิบัติที่ดำเนินการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ

2.3.3 การจำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอส่วนการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่พยายามที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอในขณะที่ยังไม่เจ็บป่วย และการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล การดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

2.3.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาหลังจากเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตนดังนี้

1. การควบคุมอาหารรสเค็ม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมอาหารรสเค็ม เพราะอาหารรสเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (Intersalt Cooperative research Group, 1988 และ Stamler R. et al., 1987 อ้างในปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไวต่อโซเดียมควรลดอาหารเค็มอาหารดอง เนื้อสัตว์ที่ใส่เกลือมากๆและไม่ควรเติมน้ำปลา ซอส หรือเกลือในอาหารที่ปรุงแล้ว ควรหลีกเลี่ยงอาหารกระป๋อง ซอส ผงชูรส อาหารที่มีโซเดียมอบขนมหรือผงฟู สารกันบูด สารปรุงแต่ง

2. การควบคุมอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากไขมันที่มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงขึ้น ไขมันจะไปเกาะตามผนังหลอดเลือดทำให้เส้นเลือดตีบตัน เป็นสาเหตุให้ความดันโลหิตสูง อาหารประเภทไขมันที่ควรหลีกเลี่ยงคือ เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ขาหมู เป็ดพะโล้ หนังไก่ทอด หมูสามชั้น เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเลจำพวกปลาหมึก หอย กุ้ง อาหารทอดหรือผัดที่ใช้น้ำมัน อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันสัตว์ ไขมันในนม เนย กะทิ น้ำมันมะพร้าว ควรใช้ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง

3. การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวมาก ควรจำกัดอาหารให้น้อยลงเพื่อควบคุมน้ำหนักเพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงระดับความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย (Nissinen and others, 1987 อ้างในสุริดา นิรพัฒน์, 2543) และ (ปิติ เลหาบุญภักจ, 2540) น้ำหนักตัวที่เหมาะสมนั้นต้องเหมาะสมทั้งอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัวจึงเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. การออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติและการออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีรูปร่างอ้วน (สมจิตร หนูเจริญ และอรสา พันธักดิ์, 2542) และจะช่วยเผาผลาญไขมันในร่างกายทำให้น้ำหนักตัวลดลงและความดันโลหิตลดลงด้วย ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การขี่จักรยาน การเดิน การแกว่งแขน การรำมวยจีน และควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 – 4 วัน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (isometric) เช่น การยก การแบก นุด ลาก หรือดึงของหนักเพราะอาจทำให้ความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตราย การออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดก็คือ การเดิน การรำมวยจีน การผ่อนคลายความเครียด

5. ความเครียด การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดการเพิ่มของกรดไขมันในกระแสเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น

ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรมีการผ่อนคลายทางด้านจิตใจ ระวังหรือลดความเครียดเพราะเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต

6. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะให้พลังงานแก่ร่างกาย จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกิน 1 ออนซ์ต่อวัน หรือดื่มเบียร์ได้ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ได้ 8 ออนซ์ หรือวิสกี้ได้ 2 ออนซ์ (JNC. V, 1993 อ้างในสมจิตร หนูเจริญกุล และอรสา พันภักดี, 2542) มีรายงานว่า การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มระดับความดันโลหิตและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคความดันโลหิต

7. การไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาต เมื่อสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนไม่สูบและไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของการรักษาความดันโลหิต

8. ด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควรใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ควรรับยามาจากผู้อื่น และไม่ควรนำยาที่ตนได้มาให้ผู้อื่น ห้ามใช้ยาครั้งเดียวในปริมาณที่เท่ากับ 3 ครั้ง หรือรับประทานบ้างเป็นครั้งคราว การหยุดยาเองหรือหยุดยากะทันหัน นอกจากจะทำให้ความดันโลหิตไม่ปกติแล้วยาบางชนิดอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

9. การไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเมื่อป่วยแล้วจะรักษาไม่หายดังนั้นจึงต้องรับการตรวจจากแพทย์อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ผลต่ออวัยวะภายในต่าง ๆ และโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา การปรับยาและผลข้างเคียงของยา ผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดนอกจากจะได้รับการตรวจสุขภาพแล้วยังได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประณีต สิงห์ทอง (2541) ศึกษาถึงทดลอง เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมอาหาร

การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูงดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตัวล่างได้ดี

ธิดา กิจจาชาญชัยกุล (2542) ศึกษาวิจัยถึงทดลอง เรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าความรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตัวล่างได้

จินตนา พรมลาย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย กลุ่มตัวอย่าง 304 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พัฒนาการเขตที่ 3 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการความเครียด การงดบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.4) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่แบบแผนการใช้บริการด้านสุขภาพ การรับรู้ ความรู้ การได้รับคำแนะนำจากผู้ใกล้ชิด

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 200 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน พฤติกรรมด้านอารมณ์และสังคมและพฤติกรรมด้านที่เกี่ยวกับการรักษาอยู่ในระดับที่เหมาะสม ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอยู่ในระดับที่เหมาะสมที่สุด และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมน้อย ส่วนการหาความสัมพันธ์พบว่า การประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $r = .2332$) ส่วนรายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $r = .2441$) ตามลำดับ

พิเชษฐ เจริญเกษ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก โดยสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีดังนี้ ปัจจัยนำเข้าได้แก่ สถานภาพสมรส ค่านิยม และการรับรู้ สถานะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคล

เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al, 1990) ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เลือกศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัยได้แก่ คุณลักษณะประชากรและปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานในบริษัท และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้น ๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด จำนวน 6 บริษัท 589 คน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำสุด คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการบริหารจัดการความเครียด จากนั้นอีก 3 เดือนต่อมาได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซ้ำพบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานมีคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ และปัจจัยร่วมสามารถช่วยกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 31.00

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี มีประวัติการรักษามานานและต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
3. เป็นทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่า

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาไม่ชัดเจน
2. ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก

ขนาดตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2}$$

$Z^2_{\alpha/2}$ = ความน่าจะเป็นที่ค่าประมาณจะผิดจากค่าจริงเกินค่าที่กำหนดไว้

= คะแนนมาตรฐานเมื่อกำหนด $= 0.05$, $Z^2_{\alpha/2} = 1.96$

σ^2 = ความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาก่อนหน้า

= 39.43^2

d^2 = ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับในการประมาณค่า σ^2

= 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{(1.96)^2 (39.43)^2}{(0.05)^2} \\ &= \frac{3.84 \times 1554.72}{0.05} \\ &= 119 \text{ คน} \end{aligned}$$

3.3 การเลือกตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยติดต่อสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยกับพยาบาลว่าผู้ป่วยคนใดบ้างที่ได้รับจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าโดยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน พยาบาลจะช่วยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษาโดยพยาบาลจะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนและส่งต่อผู้ป่วยพร้อม เวชระเบียนของผู้ป่วยให้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการในการเก็บข้อมูลการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ และระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์ โดยที่จะเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยถ้าผู้ป่วยไม่อนุญาต การเก็บข้อมูลจะไม่กระทำถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ซึ่งสร้างขึ้นจากการศึกษา รายละเอียดของตัวแปรต่าง ๆ จากเอกสาร ตำรา บทความ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย คำถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว โดยใช้ข้อคำถามที่มีตัวเลือกให้ระบุคำตอบที่ต้องการ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการสุขภาพเป็นคำถามให้เลือกตอบ สะดวกหรือไม่สะดวก มีทั้งหมด 6 คำถาม

ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมี 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านพฤติกรรมกรบริโภค ประกอบด้วยคำถาม 18 คำถาม ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ข้อ 1 2 3 9 11 12 17 18 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 4 5 6 8 10 13 14 15 16

2. ด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 14 คำถาม ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 3 4 5 6 8 9 10 14 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 1 2 7 11 12 13

3. ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถาม 9 คำถาม ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1 2 4 5 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 3 6 7 8 9

4. ด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด ประกอบด้วยคำถาม 15 คำถาม ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 2 4 5 7 9 10 11 12 14 15 ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ข้อ 1 3 6 8 13

ทั้งหมดเป็นคำถามแบบปลายปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

คำตอบ

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	1
ปฏิบัติน้อยครั้ง	1	2
ไม่ปฏิบัติเลย	0	3

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย น้ำหนักตัว ความสูง ระดับ BMI ระดับความดันโลหิตปัจจุบันของผู้ป่วยและระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 2 เดือน ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคและประวัติด้านโรค/ภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยต้องซักถามและค้นคว้าในเวชระเบียนของผู้ป่วย

3.5 การตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การหาความตรงของเนื้อหา (Validity) ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริงจำนวน 20 ชุด โดยวิธีการสุ่มทดสอบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุก ๆ 10 คน ที่ได้รับการตรวจรักษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล พิจารณาความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและตรวจสอบรายละเอียดของข้อคำถาม นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาเพื่อนำไปทดลองใช้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3.6 วิธีการเก็บข้อมูล

ก. การเตรียมทักษะของผู้วิจัย

ผู้วิจัยทบทวนและทำความเข้าใจแบบสอบถาม นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 5 รายเพื่อให้เกิดความชำนาญ

ข. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงศุกร์ในเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ก่อนการสัมภาษณ์มีการรายงานตัวและบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนในการสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม

3.7 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องอีกครั้ง เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยนำเสนอ

1. ข้อมูลส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ นำเสนอโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลส่วนที่ 3 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภค ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด นำเสนอโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นจะจัดเข้าระดับคะแนน

การจัดระดับคะแนน คือ คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยระดับที่ต้องการวัด

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการวัด}}$$

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้าน การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการจิตใจและการจัดการความเครียด

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัวกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้าน การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการจิตใจ และการจัดการความเครียด

3.9 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเชิงลบต่อผู้ป่วยโดยมิได้เจตนา เช่น เพิ่มความกดดันหรือเพิ่มความเครียดอันอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงได้จึงกำหนดแนวทางศึกษาด้านจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้ไว้ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปอธิบายกลุ่มประชากรศึกษาด้วยตนเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้ทราบและเข้าใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

2. ข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บรวบรวมได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นถ้าไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยกระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อ

ความเดือดร้อนทางร่างกายของผู้ป่วย และผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น โดยจะไม่ตัดสินว่าเป็นความเห็นถูกหรือผิด

3. ระบุความเสี่ยงที่เกิดขึ้นและการป้องกันแก้ไข

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ จึงไม่มีความเสี่ยงจากการทดลองผู้เข้าร่วมการวิจัยจึงไม่ได้รับผลกระทบหรือผลข้างเคียงใด ๆ จากการวิจัย

4. ค่าตอบแทน การดูแลรักษา และการแก้ปัญหาอื่น ๆ กรณีเกิดผลแทรกซ้อนแก่ผู้วิจัย

โครงการนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ จึงไม่มีความเสี่ยงต่อการทดลอง ความเสี่ยงอาจเกิดขึ้นได้จากการรั่วไหลของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นส่วนตัว เช่น เพศ วุฒิการศึกษา รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่อยู่ในรูปแบบสอบถาม ข้อมูลที่กล่าวมาจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับข้อมูลนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การเผยแพร่ข้อมูลต้องเป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล

กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยและระเบียบวิธีการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวสุรรัตน์ กุลฉิม ได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 085 - 1617689

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาได้พบข้อมูลดังนี้

- 4.1 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 4.2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- 4.3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการบริโภค ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพัฒนาจิตใจและการกำจัดความเครียด
- 4.5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.6 ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 120)	ร้อยละ
น้ำหนัก		
30 – 50 กิโลกรัม	13	10.80
51 – 70 กิโลกรัม	86	71.80
71 – 90 กิโลกรัม	20	16.6
มากกว่า 90 กิโลกรัม	1	0.80
ส่วนสูง		
140 -150 เซนติเมตร	10	8.40
151 – 160 เซนติเมตร	76	63.30

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (n = 120)	ร้อยละ
161 – 170 เซนติเมตร	31	25.80
171 – 180 เซนติเมตร	3	2.50
BMI (Body Mass Index): กิโลกรัม/เมตร²		
< 20 (ผอม)	11	9.20
20 – 25 (ปกติ)	57	47.50
มากกว่า 25 (อ้วน)	52	43.30
ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค (ปี)		
1 – 4	42	35.00
5 – 10	60	50.00
11 – 15	13	10.80
16 – 20	4	3.40
20 ปีขึ้นไป	1	0.80
ค่าความดันโลหิต		
ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure)		
< 120 mmHg (ปกติ)	5	4.20
120 – 139 mmHg (ระยะก่อนความดันโลหิตสูง)	59	49.20
140 – 159 mmHg (ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1)	45	37.50
> 160 mmHg (ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2)	11	9.20
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure)		
< 80 mmHg (ปกติ)	65	54.20
80 – 90 mmHg (ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1)	41	34.20
90 – 99 mmHg (ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2)	14	11.70
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มีโรคแทรกซ้อน	107	89.20
โรคเบาหวาน	7	5.90
โรคไขมันในเลือดสูง	3	2.50
โรคไต	1	0.80
โรคหลอดเลือดสมอง	2	1.60

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 51–70 กิโลกรัม (ร้อยละ 71.80) ส่วนสูง 151–160 เซนติเมตร (ร้อยละ 63.30) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 47.50) ค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.20) และค่าความดันโลหิตตัวล่างอยู่พบว่าอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 54.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.2)

4.2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n=120)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	38	31.70
	หญิง	82	68.30
อายุ	30 – 39	2	1.60
	40 – 49	8	6.70
	50 – 59	31	25.80
	60 – 69	34	28.40
	70 – 79	38	31.70
	80 – 89	7	5.80
สถานภาพสมรส			
โสด		4	3.30
สมรส		88	73.30
หม้าย/หย่าร้าง		28	23.30
บทบาทในครอบครัว			
หัวหน้าครอบครัว		45	37.50
สมาชิกในครอบครัว		75	62.50

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=120)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	2.50
ประถมศึกษา	51	42.50
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	30	25.00
ปริญญาตรี	36	30.00
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	27	22.50
พนักงานบริษัท	12	10.00
รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	5	4.20
เกษตรกรกรรม	1	0.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	51.70
รายได้		
1000 – 5000	39	32.50
5001 – 10,000	47	39.20
10,001 – 15,000	2	1.65
15,001 – 20,000	30	25.00
20,001 – 25,000	2	1.65

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 68.30) มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.70) รองลงมาได้แก่อายุ 60 – 69 ปี (ร้อยละ 28.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.30) และมีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.50) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.70) อาชีพที่พบมากที่สุดคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22.50) รายได้ที่พบคือ 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 39.20) ที่พบน้อยคือรายได้ที่มากกว่า 20,000 บาท พบเพียงร้อยละ 1.65

4.3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

	ปัจจัยสนับสนุน	สะดวก		ไม่สะดวก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	การเดินทางไปศูนย์สาธารณสุขหรือโรงพยาบาล	117	97.50	3	2.50
2.	การเดินทางไปพักผ่อนหย่อนใจที่สวนสาธารณะ สถานที่ต่าง ๆ ได้	96	80.00	24	20.00
3.	การเดินทางไปตลาดเพื่อเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ	114	95.00	16	5.00
4.	การเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน	102	85.00	18	15.00
5.	การเดินทางไปยังวัด โบสถ์ หรือมัสยิดสำหรับ	105	87.50	15	12.50
6.	บุคคลรอบข้างสะดวกที่จะให้คำปรึกษาด้านโรคความดันโลหิตสูงแก่ท่าน	113	94.20	7	5.80

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่พบมากที่สุดคือศูนย์สาธารณสุขโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ร้อยละ 97.5) รองลงมาได้แก่ตลาด (ร้อยละ 95) และบุคคลรอบข้างที่จะให้คำปรึกษา (ร้อยละ 94.2) และที่พบน้อยที่สุดคือสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่ไม่สะดวกหรือขาดปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน

4.4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด

ตารางที่ 4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
1. การดื่มน้ำวันละ 8- 10 แก้ว	63.30 (76)	30.80 (37)	5.00 (6)	0.80 (1)	2.57
2. การรับประทานอาหารประเภทผัก ต้มหรือผักสด	33.30 (40)	58.40 (70)	8.30 (10)	0.00 (0)	2.25
3. การรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่ หวานจัด เช่น ฝรั่ง ชมพู กล้วย	25.00 (30)	66.70 (80)	8.30 (10)	0.00 (0)	2.17
* 4. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0.80 (1)	5.80 (7)	15.00 (18)	78.30 (94)	2.17
5. การเลือกรับประทานอาหารที่ใช้ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว	0.80 (1)	5.80 (7)	70.00 (84)	23.30 (28)	2.16
* 6. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเมื่อ อ่อนเพลีย	5.00 (6)	30.80 (37)	25.00 (30)	39.20 (47)	1.98
* 7. การดื่มกาแฟหรือชา	4.20 (5)	34.20 (41)	24.20 (29)	37.50 (45)	1.95
8. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หมักดอง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม	10.00 (12)	67.50 (81)	19.20 (23)	3.30 (4)	1.84
9. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ที่ใส่กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน พะแนง ชูฉี หลน	3.30 (4)	19.20 (23)	68.30 (82)	9.20 (11)	1.83

ตารางที่ 4 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค (ต่อ)

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
10. การรับประทานอาหารที่ช่วยลดไขมันในเลือด เช่น กระเทียม ดอกคำฝอย คื่นฉ่าย	6.70 (8)	67.50 (81)	16.70 (20)	9.20 (11)	1.72
* 11. การรับประทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า ไก่ทอด	0.80 (1)	48.30 (58)	30.00 (36)	20.80 (25)	1.71
12. การหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่ผงชูรส	5.80 (7)	25.00 (30)	64.20 (77)	5.00 (6)	1.68
* 13. การดื่มน้ำอัดลมเพื่อความสดชื่น	16.70 (20)	35.80 (43)	42.50 (51)	5.00 (6)	1.64
* 14. การรับประทานอาหารในงานเลี้ยงนอกบ้าน	10.80 (13)	38.30 (46)	49.20 (59)	1.70 (2)	1.58
* 15. การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มังคุด	10.80 (13)	38.30 (46)	49.20 (59)	1.70 (2)	1.57
* 16. การเติมเครื่องปรุงในอาหารรสเค็มเพิ่มอีก เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว	0.80 (1)	60.80 (73)	27.50 (33)	10.80 (13)	1.48
* 17. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู ข้าวมันไก่ ของทอด เนื้อสัตว์ติดมัน	8.30 (10)	29.20 (35)	60.80 (73)	1.70 (2)	1.44
$\bar{X} = 1.896$ S.D. = 5.70 Min = 19 Max = 51					

* ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุดคือการดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว (ร้อยละ 63.30) รองลงมาคือการรับประทานอาหารประเภทผักต้มหรือผักสด (ร้อยละ 33.30) พฤติกรรมการบริโภค

ที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่บ้างคือการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด (ร้อยละ 10.80) และการเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารอีก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว (ร้อยละ 0.80)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่มคะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภค

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	2.1 - 3	20	16.67
พอใช้	1.1 - 2	100	83.33
ควรปรับปรุง	0 - 1	0	0.00

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคพบว่าร้อยละ 83.33 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้ และร้อยละ 16.67 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 6 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
* 1. การออกกำลังกายในเวลากลางคืน	0.80 (1)	14.20 (17)	85.00 (102)	0.00 (0)	2.84
2. การรับประทานยาตรงเวลาตามแพทย์สั่ง	87.50 (105)	8.30 (10)	2.50 (3)	1.70 (2)	2.82
3. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการควบคุมความดันโลหิต	80.00 (96)	17.50 (21)	0.80 (1)	1.70 (2)	2.76
4. การมาตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง	80.80 (97)	9.20 (11)	6.70 (8)	3.30 (4)	2.68

ตารางที่ 6 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
5. การปรึกษาปัญหาสุขภาพกับ บุคลากรทางการแพทย์	70.00 (84)	25.00 (30)	5.00 (6)	0.00 (0)	2.65
6. การได้ตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อ ทราบการเปลี่ยนแปลงของระดับ ความดันโลหิต	71.70 (86)	22.50 (27)	3.30 (4)	2.50 (3)	2.63
* 7. หากลิ้มรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่ง ท่านจะรับประทานเพิ่ม 2 ชูตในมือ ต่อไป	3.30 (4)	6.70 (8)	14.20 (17)	75.80 (91)	2.63
8. การหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงโดยการอ่านหนังสือ ดู โทรทัศน์หรืออื่น ๆ	55.00 (66)	30.00 (36)	13.30 (16)	1.70 (2)	2.38
9. การสังเกตอาการหรือการ เปลี่ยนแปลงของร่างกาย	54.20 (65)	35.00 (42)	5.00 (6)	5.80 (7)	2.33
10. การใส่ใจดูแลอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ของตัวเองเช่นอาการวิงเวียน ศีรษะ อาการอ่อนเพลีย	45.80 (55)	45.00 (54)	9.20 (11)	0.00 (0)	2.37
* 11. การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่	5.80 (7)	13.30 (16)	25.80 (31)	55.00 (66)	2.30
* 12. การซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมา รับประทานเอง	13.30 (16)	6.70 (8)	18.30 (22)	61.70 (74)	2.23
* 13. การลิ้มรับประทานยาความดันโลหิต เพราะกิจวัตรประจำวันที่เร่งรีบ	5.80 (7)	46.70 (56)	33.30 (40)	14.20 (17)	1.56
* 14. การถ่ายอุจจาระลำบากหรือท้องผูก	2.50 (3)	62.50 (75)	16.70 (20)	18.30 (22)	1.51

$$\bar{X} = 2.41 \text{ S.D.} = 4.459 \text{ Min} = 19 \text{ Max} = 42$$

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงในเรื่องของการไม่เที่ยวกลางคืนโดยปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ 85) รองลงมาได้แก่การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.50) พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติอยู่บ้างคือการลิ้มรับประทานลดความดันโลหิต (ร้อยละ 46.7) และการปล่อยให้ท้องผูก (ร้อยละ 62.50)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่มคะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	2.1 - 3	101	84.16
พอใช้	1.1 - 2	19	15.84
ควรปรับปรุง	0 - 1	0	0.00

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่าร้อยละ 84.16 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และร้อยละ 15.84 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

ตารางที่ 8 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	Mean
*1. การรับประทานของขบเคี้ยวระหว่าง ออกกำลังกาย	0.80 (1)	8.30 (10)	7.50 (9)	83.30 (100)	2.73
2. การอาบน้ำทันทีหลังออกกำลังกาย เสร็จ	1.70 (2)	8.30 (10)	8.30 (10)	81.70 (98)	2.70
3. การรับประทานอาหารมื้อหนักก่อน ออกกำลังกาย	1.70 (2)	5.80 (7)	15.00 (18)	77.50 (93)	2.68
4. ท่านออกกำลังกายหนักทันทีโดยที่ ไม่มีการอบอุ่นร่างกาย	3.30 (96)	8.30 (10)	8.30 (10)	80.00 (4)	2.65

ตารางที่ 8 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (ต่อ)

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
5. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	24.20 (29)	30.00 (36)	36.70 (44)	9.20 (11)	2.32
6. การทำงานที่ต้องใช้แรงมาก ๆ เช่น แบก ดึง ขุด หรือยกของหนัก ๆ	0.80 (1)	24.20 (29)	53.30 (64)	21.70 (26)	1.96
7. การทำงานหรือกิจกรรมที่ไม่หนักเพื่อให้ร่างกายเคลื่อนไหว	28.30 (34)	34.20 (41)	31.70 (38)	5.80 (7)	1.93
8. การออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 15-20 นาที	15.80 (19)	35.00 (42)	33.30 (40)	1.51 (19)	1.51
9. การออกกำลังกายที่จัดโดยชุมชน เช่น การเล่นกีฬา เดินแอโรบิก เดินเร็ว	9.20 (11)	36.70 (44)	30.00 (36)	24.20 (29)	1.31
$\bar{X} = 2.19$ S.D. = 3.415 Min = 10 Max = 27					

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงคือไม่รับประทานของขบเคี้ยวขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 83.30) และไม่อาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ (ร้อยละ 81.70) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องแต่พบน้อยคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที (ร้อยละ 15.80) และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือ การเดินแอโรบิก และเดินเร็ว (ร้อยละ 9.20)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่มคะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	2.1 - 3	79	65.84
พอใช้	1.1 - 2	41	34.16
ควรปรับปรุง	0 - 1	0	0.00

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 65.84) และรองลงมาคือพฤติกรรมพอใช้ (ร้อยละ 34.16)

ตารางที่ 10 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
1. ความตั้งใจที่จะประพฤติดีตามหลักคำสอนของศาสนา	70.80 (85)	21.70 (26)	5.80 (7)	1.70 (2)	2.62
2. การได้ไปร่วมงานบุญ ประเพณี และกิจกรรมทางสังคม	51.70 (62)	28.30 (34)	15.80 (19)	4.20 (5)	2.28
3. การสวดมนต์นั่งสมาธิ	50.00 (60)	33.30 (40)	8.30 (10)	8.33 (10)	2.25
4. การได้ฟังเพลง ทำงานอดิเรก อ่านหนังสือหรือวิธีอื่น ๆ เพื่อทำให้อารมณ์สงบเมื่อเกิดอารมณ์ตึงเครียด	41.70 (50)	42.50 (51)	14.20 (17)	1.70 (2)	2.24
5. การนอนหลับสนิทโดยไม่ตื่นมา กลางคืน	25.00 (30)	63.30 (76)	10.80 (13)	0.80 (1)	2.13
6. การพยายามทำจิตใจให้แจ่มใสไม่เครียด	16.70 (20)	77.50 (93)	4.20 (5)	1.70 (2)	2.09
7. การให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น	27.50 (33)	55.80 (67)	14.20 (17)	2.50 (3)	2.08
8. การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยท่านอื่น	19.20 (23)	70.80 (85)	7.50 (9)	2.50 (3)	2.07
9. เมื่อตื่นนอนรู้สึกมีแรงดี สดชื่นไม่ง่วงนอน	10.00 (12)	85.80 (103)	4.20 (5)	0.00 (0)	2.00
10. การมีปัญหาขัดแย้งกับคนอื่น	18.30 (22)	52.50 (63)	28.30 (34)	0.80 (1)	1.88
11. การคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นอุปสรรคต่อชีวิต	6.70 (8)	76.70 (92)	14.20 (17)	2.50 (3)	1.88

ตารางที่ 10 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด (ต่อ)

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ ร้อยละ (จำนวน n = 120)				Mean
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
12. การคิดว่าโลกนี้ไม่ยุติธรรม	1.70 (2)	63.30 (76)	25.80 (31)	9.20 (11)	1.58
13. การมีอาการปวดศีรษะบริเวณขมับ ตื้อจนต้องรับประทานยาแก้ปวด	1.70 (2)	65.00 (78)	25.00 (30)	8.30 (10)	1.40
14. การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ ปรึกษานุคคลรอบข้าง	5.80 (7)	62.50 (75)	23.30 (28)	8.30 (10)	1.34
$\bar{X} = 1.99$ S.D. = 4.082 Min = 19 Max = 42					

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการบริหารจัดการด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูงคือ ในเรื่องของการประพุดิตตามหลักคำสอนของศาสนา (ร้อยละ 70.8) และการเข้าร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 57.1) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติบางครั้งคือ การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ปรึกษานุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 62.5)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แจกแจงตามระดับกลุ่มคะแนนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียด

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	2.1 - 3	53	44.16
พอใช้	1.1 - 2	67	55.84
ควรปรับปรุง	0 - 1	0	0.00

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษาพฤติกรรมด้านการบริหารจัดการจิตใจและการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.84) รองลงมาคือพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 44.16)

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

พฤติกรรมสุขภาพ	ชาย			หญิง			t	df	p-value
	n	$\bar{X}$	S.D	n	$\bar{X}$	S.D			
การบริโภค	38	31.65	5.82	82	34.01	6.48	-1.909	118	0.059
การดูแลสุขภาพ	38	32.68	4.59	82	34.28	4.33	-1.842	118	0.068
การออกกำลังกาย	38	20.15	3.07	82	19.60	3.56	0.817	118	0.416
การบริหารจิตใจ	38	29.34	2.98	82	29.62	4.51	-0.348	118	0.728
ภาพรวมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	38	113.05	10.41	82	116.45	14.04	-1.331	118	0.143

จากตารางที่ 12 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าภาพรวมของการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ส่วนการวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้าน การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจิตใจและการจัดการความเครียดระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
พฤติกรรมด้านการบริโภค	0.463**
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ	0.264**
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	0.155
พฤติกรรมด้านการบริหารจิตใจและการจัดการความเครียด	0.170
ภาพรวมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	- 0.019

** p-value < 0.001

จากตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่า ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค และการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.463$ และ 0.264 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ และการจัดการความเครียด

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ของอายุกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
พฤติกรรมด้านการบริโภค	0.198**
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ	0.065
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	0.003
พฤติกรรมด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด	0.114
ภาพรวมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	0.145

** p-value < 0.001

จากตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ของอายุกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% p-value < 0.001 ($r = 0.198$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ของรายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
พฤติกรรมด้านการบริโภค	0.288*
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ	0.049
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	0.277*
พฤติกรรมด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด	0.043
ภาพรวมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	-0.023

* p-value < 0.01

จากตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ของรายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $p < 0.01$ ($r = 0.288$ และ 0.277 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ของอาชีพกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	N	$\bar{X}$	S.D.	F	p-value
1. พฤติกรรมด้านการบริโภค				7.66	0.001
อาชีพที่รายได้แน่นอน	39	30.48	4.29		
อาชีพรายได้ไม่แน่นอน	19	29.89	3.24		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	34.14	6.45		
2. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ				3.95	0.022
อาชีพที่รายได้แน่นอน	39	35.12	3.74		
อาชีพรายได้ไม่แน่นอน	19	31.78	5.51		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	33.53	4.31		
3. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				12.62	0.000
อาชีพที่รายได้แน่นอน	39	21.84	2.36		
อาชีพรายได้ไม่แน่นอน	19	18.94	3.48		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	18.74	3.41		
4. พฤติกรรมด้านการบริหารจัดการใจ				0.938	0.394
อาชีพที่รายได้แน่นอน	39	3.15	3.27		
อาชีพรายได้ไม่แน่นอน	19	28.63	3.46		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	29.41	4.66		
5. ภาพรวมการบริหารพฤติกรรมสุขภาพ				2.775	0.066
อาชีพที่รายได้แน่นอน	39	117.61	11.04		
อาชีพรายได้ไม่แน่นอน	19	19.26	11.91		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	62	115.83	14.13		

จากตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ของอาชีพกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value} = 0.001, 0.022, \text{ และ } 0.000$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ของการศึกษากับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ต่ำกว่าปริญญาตรี			สูงกว่าปริญญาตรี			t	df	p-value
	n	$\bar{X}$	S.D	n	$\bar{X}$	S.D			
การบริโภค	84	33.13	6.20	36	3.13	3.71	2.54	118	0.012
การดูแลสุขภาพ	84	33.46	4.72	36	34.50	3.73	-1.16	118	0.245
การออกกำลังกาย	84	19.3	3.45	36	21.52	2.61	-3.87	118	0.622
การบริหารจิตใจ	84	29.35	4.53	36	29.94	2.74	-7.21	118	0.472
ภาพรวมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	84	114.98	14.12	36	116.27	10.28	-0.49	118	0.622

จากตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ของการศึกษากับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ เมื่อพิจารณาในรายด้านซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารและจัดการความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์สูงคือด้าน การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และอยู่ในเกณฑ์ปานกลางคือด้านการบริโภค และการบริหารจัดการความเครียด

เมื่อพิจารณารายละเอียดของด้านการดูแลสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องของการไม่เที่ยวกลางคืน (ร้อยละ 87.50) พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่กลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติอยู่บ้างคือ การลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิตและการปล่อยให้ท้องผูก การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในเกณฑ์สูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เที่ยวกลางคืนหรือดื่มน้ำน้อย เนื่องจากมีการมีประสบการณ์ที่ผ่านมาของวัยและผู้สูงอายุตระหนักดีว่ามีโรคประจำตัวต้องดูแลสุขภาพให้ดีเพื่ออายุที่ยืนยาว รวมทั้งการมีญาติพี่น้อง ลูกหลานคอยช่วยดูแลและเอาใจใส่ในเรื่องของการรับประทานยา และการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536) ว่าการไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำและการไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอาจทำให้มีการดำเนินโรคที่แย่ลง เมื่อพิจารณาด้านการออกกำลังกายพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในเรื่องของการไม่ทานของขบเคี้ยวขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 80.00) และการไม่อาบน้ำหลังการออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ (ร้อยละ 81.70) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องแต่ผู้ป่วยยังปฏิบัติอยู่คือ การออกกำลังกายครั้งละไม่ถึง 15-20 นาที และการไม่ออกกำลังกายตามที่สถานที่ชุมชนจัดให้ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายครั้งละไม่ถึง

15-20 นาที และไม่ออกกำลังกายตามที่สถานที่ชุมชนจัดให้คือ การเดินแอโรบิกและเดินเร็ว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการออกกำลังกายตามที่สถานที่ชุมชนจัดให้ส่วนใหญ่เป็นการเดินแอโรบิกหรือเดินเร็วจึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และญาติที่ดูแลผู้สูงอายุควรให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย และช่วยจัดหาสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพที่เหลืออีก 2 ด้าน ที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้คือ ด้านการบริโภค และการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด พฤติกรรมด้านการบริโภคที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 31.70) และส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวจึงไม่ได้เตรียมอาหารด้วยตนเองทำให้การควบคุมเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคทำได้ยาก บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ส่วนด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด ที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปานกลางวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีวัยที่แตกต่างกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่กล้าที่จะพูดคุยปัญหาเนื่องจากคิดว่าบุคคลในครอบครัวจะไม่เข้าใจปัญหาที่ประสบอยู่หรือคิดว่าตนเองมีวัยที่สูงกว่าการที่ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มียว้น้อยกว่าอาจทำให้เงินอาย ไม่กล้าเล่าปัญหา หรืออาจเป็นจากการที่บุคคลในครอบครัวทำงานไม่มีเวลาที่จะพูดคุยปัญหา ทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุเก็บปัญหาไว้คนเดียว ไม่ปรึกษากับบุคคลรอบข้าง (ร้อยละ 62.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครพบว่า บุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในภาพรวมพบว่า ปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังกริยา พ่วงแก้ว (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานครพบว่า รายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $r = 0.2441$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันธนา สงนุ้ย (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง พบว่า อาชีพและรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 70-79 ปี การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงขึ้นอยู่กับบุคคลหรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุที่จะมีส่วนช่วยในการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในรายด้านพบว่า ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริโภค การ

ดูแลสุขภาพ ($r = 0.463$ และ 0.264 ตามลำดับ) และในขณะที่เกี่ยวกับการบริโภคก็มีความสัมพันธ์กับอายุ รายได้ และอาชีพ ($r = 0.198, 0.288$ และ $p\text{-value} = 0.001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกษียณแล้วไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงได้เงินเดือนจากบำนาญ หรือลูกหลานให้รายได้อาจไม่มากพอและไม่แน่นอน ทำให้เป็นข้อจำกัดในการซื้อของอุปโภคบริโภคที่เหมาะสมกับโรค จะเห็นว่าอาชีพและรายได้มีผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภค ดังนั้นการมีปัจจัยสนับสนุนที่ดี ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขใกล้บ้าน ตลาด โรงพยาบาล สวนสาธารณะ เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้ เช่น การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ปรึกษาปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจ โดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ประหยัดเวลาและลดการพึ่งพาผู้ดูแลไปได้อย่างมาก

เมื่อพิจารณารายด้านยังพบอีกว่า ปัจจัยสนับสนุน อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารและจัดการความเครียด วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเกษียณจากการทำงานแล้วแล้วมีญาติและลูกหลานคอยดูแลสุขภาพ ดังนั้น ปัจจัยสนับสนุน อายุ และระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพคือญาติหรือลูกหลานที่คอยดูแล เช่น การมาตรวจตามนัด การดูแลจิตใจให้รับประทาน การไปตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนด้านการออกกำลังกายที่ไม่มีความสัมพันธ์นั้นเพราะปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่สนับสนุน อายุ และระดับการศึกษา เพราะถึงแม้จะมีปัจจัยสนับสนุนที่ดี เช่น การมีสถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน แต่ลักษณะของการออกกำลังกายอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรของการแพทย์หรือญาติควรแนะนำหรือช่วยหาสถานที่ที่เหมาะสมในการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การรำมวยจีน ไทเก็ก ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และการศึกษา เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีวิธีการบริหารจัดการความเครียดคือ การประพฤติตามหลักคำสอนของศาสนา (ร้อยละ 70.8) และการมีส่วนร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หากมีปัญหาหรือเรื่องไม่สบายใจ ก็ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งช่วยให้จิตใจแจ่มใสลดความเครียด แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องคือ การเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ปรึกษานักลรอบข้าง (ร้อยละ 62.5) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยผู้สูงอายุจึงเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่กล้าที่จะเล่าปัญหาให้ลูกหลานฟัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไมตรีดิษะรัตนกุล (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

พบว่าบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (70-79) ซึ่งอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารจัดการสุขภาพด้านต่าง ๆ เพราะจากการศึกษาพบว่าอายุสัมพันธ์กับการบริโภคและอายุก็ยังมีผลต่อการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด ดังรายละเอียดข้างต้น การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (70-79 ปี) กลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงเป็นข้อมูลที่สำคัญที่จะใช้วางแผนในการให้บริการทางการแพทย์ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาว



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน คือ การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าโดยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน พยาบาลจะช่วยให้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเองโดยผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการในการเก็บข้อมูลการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551 วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายตัวแปรเชิงคุณภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งสิ้น 120 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 51–70 กิโลกรัม (ร้อยละ 71.80) ส่วนสูง 151–160 เซนติเมตร (ร้อยละ 63.30) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 47.50) ค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.20) และค่าความดันโลหิตตัวล่างอยู่พบว่าจะอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 54.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.2) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 68.30) มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.70) รองลงมาได้แก่อายุ 60-69 (ร้อยละ 28.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.30) และมีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.50) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.70) อาชีพที่พบมากที่สุดคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22.50) รายได้ที่พบคือ 5,000 – 10,000 บาท (ร้อยละ 39.20) ที่พบน้อยคือรายได้ที่มากกว่า 20,000 บาทพบเพียงร้อยละ 1.65 มีปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพคือศูนย์สาธารณสุขโรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 97.5 รองลงมาได้แก่ตลาดร้อยละ 95 และบุคคลรอบข้างที่จะให้คำปรึกษาร้อยละ 94.2 และที่พบน้อยที่สุดคือสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่ไม่สะดวกหรือขาดปัจจัยเอื้อด้านสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน

ด้านการบริโภค พบว่าร้อยละ 83.33 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุดคือการดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว (ร้อยละ 63.30) รองลงมาคือการรับประทานอาหารประเภทผักต้มหรือผักสด (ร้อยละ 33.30) พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่บ้างคือการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด (ร้อยละ 10.80) และการเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารอีก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว (ร้อยละ 0.80) จากการศึกษายังพบว่า อายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และคณะ (2536) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง

ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่าร้อยละ 84.16 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงในเรื่องของการไม่เที่ยวกลางคืนโดยปฏิบัติน้อยครั้ง (ร้อยละ 85) รองลงมาได้แก่การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.50) พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติอยู่บ้างคือการลิ้มรับประทานรสความดันโลหิต (ร้อยละ 46.7) และการปล่อยให้ท้องผูก (ร้อยละ 62.50) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนยังมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในเรื่องของการลิ้มรับประทานยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536) เพราะจะทำให้การดำเนินโรคแย่ลงได้ และจากการศึกษายังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ แต่ไม่สัมพันธ์กับอายุ การศึกษา และรายได้

ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 65.84) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงคือไม่ทานของขบเคี้ยวขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 83.30) และไม่อาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ

(ร้อยละ 81.70) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องแต่พบน้อยคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที (ร้อยละ 15.80) และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือการเดินแอโรบิกและเดินเร็ว (ร้อยละ 9.20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที (ร้อยละ 35) และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือการเดินแอโรบิกและเดินเร็ว (ร้อยละ 36.7) เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการออกกำลังกายตามสถานที่ชุมชนจัดให้ส่วนใหญ่เป็นการแอโรบิกจึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุบุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ปฏิบัติที่บ้านได้ หรือแนะนำให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันในชุมชนเพื่อการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในชุมชน จากการศึกษาพบว่า รายได้และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แต่ไม่สัมพันธ์กับอายุ และการศึกษา ของสุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ และคณะ (2536) ที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมุ่งเน้นปรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นและระดับความดันโลหิตลดลง

ด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ มีการบริหารจัดการด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูงคือ ในเรื่องของการประพฤติดตามหลักคำสอนของศาสนา (ร้อยละ 70.8) และการเข้าร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 57.1) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติบางครั้งคือ การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ปรึกษานักลรอบข้าง (ร้อยละ 62.5) จากการศึกษาอายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยจากการศึกษามีพฤติกรรมการบริหารจัดการด้าน การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวเน้นในเรื่องของการบริโภคและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุบุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะให้ความรู้และคำแนะนำกับญาติของผู้สูงอายุด้วยเพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ

2. จัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้เป็นผู้สูงอายุและญาติในวันหยุดหรือวันหยุดพิเศษเพื่อที่จะให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
3. ในผู้ป่วยสูงอายุที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีและยังมีพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและควรมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มอื่น เช่น ไม่เฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกแต่ศึกษาทั้งหมดของโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อศึกษาวิธีการหรือกระบวนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง
3. ควรศึกษาองค์ประกอบอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปด้วย เช่น สิทธิการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการมารับการรักษา การดำเนินโรค ยาที่ได้รับ

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษา: แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลราชวิถี

HEALTH BEHAVIOR MANAGEMENT OF HYPERTENSION DISEASE: CASE STUDY OF
RAJAVITHE HOSPITAL, THAILAND

สุรรัตน์ กุลนิม 4737572 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : สุทธิ อยู่สถาพร D.en D (Hons.)(regime 1984), ปิยธิดา ตรีเดช
ส.ค., วงเดือน ปั่นดี ส.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและวัฒนธรรม รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน และส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ปัจจุบันโรคที่พบและเป็นเหตุให้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีถึงร้อยละ 92-94 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัญหาจากโรคความดันโลหิตสูงนับวันจะเพิ่มมากขึ้นและคุกคามประชากรโลกที่มีอยู่ในวัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 15-20 จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าใน พ.ศ. 2546 พบว่ามีอัตราการตายร้อยละ 5.4 ต่อประชากร 100,000 คน เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้สู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ในทางปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่

เหมาะสม ดังนั้นการการตรวจวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วและการบริหารจัดการ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จึงมีความสำคัญในการรักษาและควบคุม
โรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ทำให้ผู้ป่วยสามารถลด
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งค่ายา ค่าเดินทาง ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฯลฯ และมีคุณภาพ
การดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้าน การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ข้อมูลด้านสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล และบทบาทในครอบครัวและปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เปรียบเทียบการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายกับเพศหญิง
4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัวกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี เป็นระยะเวลา 6 เดือนระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาจะนำเสนอเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการ

ส่วนที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการทำวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. จัดทำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของเนื้อหา โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจแก้ไข
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจริยธรรมการทำวิจัยในคนจากกระทรวงสาธารณสุข
4. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล แจ้งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันจันทร์ถึงศุกร์ในเวลาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551 จำนวนทั้งสิ้น 120 ชุด
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อ้างาน 120 ชุด ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ขอแบบสอบถาม และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การบริหารจัดการพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านคือ การบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย

กำลังกาย การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าโดยที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน โรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยตนเองโดยผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการในการเก็บข้อมูลการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2551 วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายตัวแปรเชิงคุณภาพ และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุน เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

ผลการวิจัย

ด้านการบริโภคพบว่า ร้อยละ 83.33 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุดคือการดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว (ร้อยละ 63.30) รองลงมาคือการรับประทานอาหารประเภทผักต้มหรือผักสด (ร้อยละ 33.30) พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่บ้างคือ การรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานจัด (ร้อยละ 10.80) และการเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารอีก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว (ร้อยละ 0.80) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์กับอายุ รายได้ อาชีพ การศึกษา

ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่าร้อยละ 84.16 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงในเรื่องของการไม่เที่ยวกลางคืนโดยปฏิบัติน้อยครั้ง (ร้อยละ 85) รองลงมาได้แก่การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.50) พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติอยู่บ้างคือการลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 46.7) และการปล่อยให้ท้องผูก (ร้อยละ 62.50) แต่มีผู้ป่วยบางส่วนยังมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมในเรื่องของการลิ้มรับประทานยา จากการศึกษาพบว่าดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาชีพ แต่ไม่สัมพันธ์กับอายุ การศึกษา และรายได้

ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 65.84) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องอยู่ใน

ระดับสูงคือไม่ทานของขบเคี้ยวขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 83.30) และไม่อาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ (ร้อยละ 81.70) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องแต่พบน้อยคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที (ร้อยละ 15.80) และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือการเดินแอโรบิกและเดินเร็ว (ร้อยละ 9.20) จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับรายได้และอาชีพ แต่ไม่สัมพันธ์กับอายุ และการศึกษา

ด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ มีการบริหารจัดการด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูงคือ ในเรื่องของการประพาศตามหลักคำสอนของศาสนา (ร้อยละ 70.8) และ การเข้าร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 57.1) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติบางครั้งคือ การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ปรึกษานักครอบครัว (ร้อยละ 62.5) จากการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ รายได้ อาชีพ และระดับการศึกษา

การอภิปรายผลและข้อสรุป

ข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 51-70 กิโลกรัม (ร้อยละ 71.80) ส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร (ร้อยละ 63.30) ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติคืออยู่ในช่วง 20-25 กิโลกรัม/เมตร² (ร้อยละ 47.50) รองลงมาคือผู้ป่วยอ้วน คือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 (ร้อยละ 43.30) ค่าความดันโลหิตตัวบนอยู่ในระยะก่อนความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 49.20) และค่าความดันโลหิตตัวล่างอยู่พบว่ามีอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 54.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค 5-10 ปี (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ 1-4 ปี (ร้อยละ 35) และไม่มีโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 89.2)

คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 68.30) มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ร้อยละ 31.70) รองลงมาได้แก่อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 28.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 73.30) และมีบทบาทในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 62.50) ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.70) อาชีพที่พบมากที่สุดคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 22.50) รายได้ที่พบคือ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 39.20) ที่พบน้อยคือรายได้ที่มากกว่า 20,000 บาท พบเพียงร้อยละ 1.65

ปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ที่พบมากที่สุดคือศูนย์สาธารณสุขโรงพยาบาลใกล้เคียง (ร้อยละ 97.5) รองลงมาได้แก่ตลาด (ร้อยละ 95) และบุคคลรอบข้างที่จะให้คำปรึกษา (ร้อยละ 94.2) และที่พบน้อยที่สุดคือสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่ไม่สะดวกหรือขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสถานที่ออกกำลังกายของชุมชน

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค ผลการศึกษาการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคพบว่าร้อยละ 83.33 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับพอใช้ และร้อยละ 16.67 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุดคือการดื่มน้ำวันละ 8 – 10 แก้ว (ร้อยละ 63.30) รองลงมาคือการรับประทานอาหารประเภทผักต้มหรือผักสด (ร้อยละ 33.30) พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยปฏิบัติอยู่บ้างคือการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด (ร้อยละ 10.80) และการเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารอีก เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว (ร้อยละ 0.80) จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องอยู่บ้างเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 31.70) และเป็นสมาชิกครอบครัวจึงไม่ได้เตรียมอาหารด้วยตนเองทำให้การควบคุมเรื่องการบริโภคทำได้ยาก ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารให้กับญาติของผู้ป่วยด้วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพราะญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สูงอายุการที่ให้คำแนะนำกับญาติจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในเรื่องพฤติกรรมการบริโภค

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่าร้อยละ 84.16 มีการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีและร้อยละ 15.84 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงในเรื่องของการไม่เที่ยวกลางคืนโดยปฏิบัติบ่อยครั้ง (ร้อยละ 85) รองลงมาได้แก่การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 87.50) พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติอยู่บ้างคือการลิ้มรับประทานยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 46.7) และการปล่อยให้ท้องผูก (ร้อยละ 62.50) จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีวิเคราะห์ได้ว่าเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่เที่ยวกลางคืนหรือดึกดื่นนอน เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของวัยและการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่าเพราะผู้สูงอายุตระหนักดีว่ามีโรคประจำตัวอยู่นั้นต้องดูแลสุขภาพให้ดีเพื่ออายุที่ยืนยาว รวมทั้งมีญาติพี่น้องและลูกหลานคอยช่วยดูแลเรื่องของการ

รับประทานยาและการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรยงค์ วรกุลสวัสดิ์ (2536) การไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอาจทำให้การดำเนินโรคแย่ลงได้

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 65.84) และรองลงมาคือพฤติกรรมพอใช้ (ร้อยละ 34.16) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงคือไม่ทานของขบเคี้ยวขณะออกกำลังกาย (ร้อยละ 83.30) และไม่อาบน้ำหลังออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ (ร้อยละ 81.70) แต่พบน้อยคือผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที (ร้อยละ 15.80) และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือการเดินแอโรบิกและเดินเร็ว (ร้อยละ 9.20) การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีเพราะผู้สูงอายุตระหนักดีว่ามีโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำตัวการออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและหัวใจแข็งแรง การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึงครั้งละ 15-20 นาที และไม่ออกกำลังกายตามที่ชุมชนจัดให้คือการเดินแอโรบิกและเดินเร็ว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการออกกำลังกายตามสถานที่ชุมชนจัดให้ส่วนใหญ่เป็นการเดินแอโรบิกจึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ปฏิบัติที่บ้านได้ หรือแนะนำให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันในชุมชนเพื่อการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในชุมชน

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด พฤติกรรมด้านการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียดพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 55.84) รองลงมาคือพฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 44.16) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการบริหารจัดการด้านการพัฒนาจิตใจและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับสูงคือ ในเรื่องของการประพาศตามหลักคำสอนของศาสนา (ร้อยละ 70.8) และการเข้าร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 57.1) พฤติกรรมที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติบางครั้งคือ การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ปรึกษานักศัลยกรรม (ร้อยละ 62.5) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานจึงใช้ศาสนาจึงเป็นที่พึ่งทางใจในวัยสูงอายุ ทำให้พฤติกรรมด้านการดูแลจิตใจและการจัดการความเครียดสูงในด้านการประพาศตามหลักคำสอนของศาสนา และการเข้าร่วมงานบุญประเพณีและกิจกรรมทางสังคม

ความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่า ปัจจัยสนับสนุนไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า ปัจจัยสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้าน

การบริโภค และการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพด้าน การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจ และการจัดการความเครียด

ความสัมพันธ์ของเพศกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าภาพรวมของการบริหาร จัดการพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ส่วนการวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียดระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ความสัมพันธ์ของอายุกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหาร จัดการพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า อายุมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจและการ จัดการความเครียด

ความสัมพันธ์ของรายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการบริโภคและการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพและการบริหารจัดการใจและการจัดการ ความเครียด วิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอทำให้ความสามารถในการซื้อหรือหาของที่มา บริโภคให้เหมาะสมกับโรคมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอที่จะไปออกกำลังกายส่วน ผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพออาจจะมีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้ หรือต้องใช้เวลาว่างในการ ทำงานพิเศษทำให้ไม่มีเวลาไปออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ของอาชีพกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ความสัมพันธ์ ระหว่างอาชีพกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับ การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อ วิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การดูแล สุขภาพ การออกกำลังกาย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย อธิบายได้ว่าอาชีพที่ไม่

หนักและมีเวลาเหลือในแต่ละวันที่มากพอจะทำให้ผู้ป่วยมีเวลาที่จะเลือกซื้อหรือใส่ใจด้านการอุปโภคบริโภค หรือมีเวลาที่จะดูแลสุขภาพ และการออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ
ความสัมพันธ์ของการศึกษากับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมพบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามรายด้านพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผู้ป่วยที่มีการศึกษาจะมีความรู้ในเรื่องของโรคที่เป็นและการบริโภคที่เหมาะสมกับโรคนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยจากการศึกษามีพฤติกรรมการบริหารจัดการด้าน การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ คำแนะนำการปฏิบัติตัวเน้นในเรื่องของการบริโภคและการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ควรที่จะให้ความรู้และคำแนะนำกับญาติของผู้สูงอายุด้วยเพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ
2. จัดให้มีกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้เป็นผู้สูงอายุและญาติในวันหยุดหรือวันหยุดพิเศษเพื่อที่จะให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
3. ในผู้ป่วยสูงอายุที่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีและยังมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องและควรมีการออกเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น เช่น ไม่เฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกแต่ศึกษาทั้งหมดของโรงพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อศึกษาวิธีการหรือกระบวนการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง
3. ควรศึกษาองค์ประกอบอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปด้วย เช่น สิทธิการรักษา ปัญหาและอุปสรรคในการมารับการรักษา การดำเนินโรค ยาที่ได้รับ



HEALTH BEHAVIOR MANAGEMENT OF HYPERTENSION DISEASE: CASE STUDY OF RAJAVITHE HOSPITAL, THAILAND.

SUREERUT KOONCHIM 4737572 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH ADMINISTRATION

THESIS ADVISORY COMMITTEE: SUTHEE U- SATHAPORN D.en D (Hons.)

(regime 1984), PIYATHIDA TRIDECH, Dr.P.H., WONGDYAN PANDEE, Dr. P.H.

EXTENDED SUMMARY

Background and rationale of the Study

Economic, social, popularity and cultural changes including progress of science and technology affect to people's living change and directly influence to their health. At the present, the disease found and cause to the death of most patient is non-infective disease i.e. heart disease, diabetes, kidney disease and hypertension. Most of them cause from their daily behavior i.e. consumption that is not hygienic practice, strain, lack of exercise. Hypertension is one of severe health problem especially the type that can not be identified cause found in 92-94% of all hypertension patient. Hypertension problem is increasing day by day and threatening 15-20% of adult population. Statistic from Ministry of Public Health shows that death rate is 5.4 per 100,000 person in year 2003. The objective of hypertension treatment is to continuously decrease high blood pressure to normal level in order to the reduce risk factor to heart and blood vessel disease. Practically, most patient have unsuitable behavior so immediate diagnosis in beginning period and behavior management of patient health are necessary to treat and control hypertension to normal level, does not cause incurrent disease, reduce expense of patient for treatment cost, medical cost, traveling expenses, laboratory cost, etc. and make them have better living.

Objectives of the Study

General purpose

To study the behavior management of hypertension patient health in the out patient department of Rajavith Hospital.

Specific purpose for the study

1. Health behavior management consumption, health care, exercise, and mind development and strain management of hypertension patient.
2. Health information, individual character and role in the family and auxiliary factor for health behavior management of hypertension patient.
3. Compare health behavior management between male and female.
4. Relationship between auxiliary factor for health behavior management, individual character such as age, education, occupation, income, family role, and health behavior management of hypertension patient.

Scope of the Study

This research is to study health behavior management of hypertension patient against the factor of individual character, auxiliary factor for health behavior management, and relationship between auxiliary factor and health behavior management, and relationship between individual character and health behavior management of hypertension patient in the OPD of Rajavith Hospital for 6 months since August 1, 2008 to December 31, 2008.

Literature Review

For this research, researcher reviewed the related document, concept, theory, and research in order to use as the study method and present in 4 parts as follows:

Part 1 Management

Part 2 Hypertension disease

Part 3 Health care behavior and health behavior concept

Part 4 Related research

Research Steps

For collecting data, researcher carry out as follows:

1. Make the questionnaire inspected by veteran and adviser to verify the correctness and the completeness of content.
2. Researcher asks the approval in writing to collect the data from graduate school, Mahidol University.
3. Researcher asks for the research morality in writing from Ministry of Public Health.
4. Ask for the permission in writing to collect the data from graduate school, Mahidol University and inform to the director of Rajavith Hospital to ask for collecting the data.
5. Researcher collects the data (total 120 sets) by themselves in the working hour of Rajavith Hospital from Monday to Friday (since August 1, 2008 to December 31, 2008).
6. Researcher examines the correctness of 120 sets of the data from the questionnaire and analyses them with the prefabricated program.

Methodology

This research is the descriptive study in order to study health behavior management of hypertension patients in the out patient unit of Rajavith Hospital by studying the information of health; individual character; auxiliary factors for health behavior management; 4 types of behavior management that is consumption, health care, exercise, mind and stress management; and relationship of auxiliary factor, gender, age, income, occupation, education. Representative samples that participate the research are the old and new patient diagnosed by the doctor that they have hypertension symptom without incurrent disease. Nurses assist the researcher by selecting 120 representative samples that be in accordance with selection criteria to be studied, collecting the data

with the questionnaire of researcher which is verified the correctness from the veteran. Researcher interview the patient, explain to the objectives and the method used to collect the data from the questionnaire by themselves during August 1, 2008 to December 31, 2008. These data are analyzed with the prefabricated program, using the descriptive statistics to describe the qualitative variables and relationship of auxiliary factor, gender, age, income, occupation, education of hypertension patient in the OPD of Rajavith Hospital which specify the statistic significance of confidence level at.05.

Research Results

For the consumption, we found that health behavior management of 83.33% is at moderate level. The most correct behavior is water drinking for 8-10 glasses per day (63.30%), next on is eating boiled vegetable or fresh vegetable (33.30%). Some incorrect consumption behavior that the patient behave is eating strong sweet fruit (10.80%) and adding the salty seasoning in food i.e. fish sauce, soy sauce, salted soya beans (0.80%). Furthermore, we found that the consumption behavior is related to age, income, occupation, education.

For overall image of health care, we found that 84.16% have the good level of health behavior management. hypertension patient correctly perform at the high level about the nightlife not so much (85%). Next on down us taking medicine according to the instruction of doctor (87.50%). Incorrect behavior that patient still behave is forgetting to take medicine for decreasing blood pressure and let themselves constipate (62.50%). We found from the study that health care is related to occupation but not related to age, education and income.

For the exercise, most hypertension patient have the health behavior at the good level (65.84%). Hypertension patient have the correct exercise behavior at high level that is not eating snack while exercising (83.30%) and not taking a bath immediately after finished exercising (81.70%). The exercise behavior of most patient which is correct but found a little is they exercise less than 15-20 minutes per time (15.80%) and do not exercise according to the community provided that is the aerobics dance and fast walking (9.20%). From the study, we found that the exercise is related to income and occupation but not related to age and education.

For the mind administration and strain management. We found that most hypertension patient have the moderate level of behavior, and the management of mind development and strain at the high level that is behaving according to the religion dogma (70.80%) and joining to the religion ceremony and social activities (57.10%). Some behavior that the patients still behave is keeping the problem alone without consulting to surrounding person (62.5%). We found from the study that mind administration and strain management are not related to age, income, occupation and education.

Discussion and Conclusion

Health Information: The study result of health information of hypertension patient show that the weight of most patient are 51-70 kg. (71.80%), their height are 151-160 cm. (63.30%). Most patient have body mass index in normal range at 20-25 kg/m² (47.50%). Next below is the fat patient who has body mass index over than 25 (43.30%). Systolic pressure is in the phase before high blood pressure (49.20%) and diastolic pressure is in normal level (54.20%). Most patient have the diagnostic period at 5-10 years (50%). Next below is 1-4 years (35%) and do not have the incurrent disease (89.20%).

Individual Character: Most hypertension patient are female more than male (68.30%). Their age is between 70-79 years (31.70%). Next on down is age of 60-69 years (28.40%), marriage status (73.30%) and be member of family (62.50%). Most education found is elementary (42.50%), unemployment (51.70%). Most occupation found is government official/state enterprises officer (22.50%). Income found is in range 5,000-10,000 baht (39.20%) while minority income that is more than 20,000 baht found at 1.65%.

Auxiliary Factor for Health Behavior Management: Most patient have auxiliary factor for health behavior management which most of them found is public health service center of nearby hospital (97.5%). Next on down is market (95%) and surrounding person who give the suggestion (94.2%). Least health behavior management found is the exercise place of community that 15% of patient are not convenience or lack of auxiliary factor.

Health Behavior Management in the Consumption: The study result of health behavior management of hypertension patient in the consumption show that 83.33% has the moderate level of health behavior management in the consumption and 16.67% has the good level of health behavior management in the consumption. The best behavior of the patient is drinking 8-10 glasses of water per day (63.30%). Next below is eating boiled vegetable or fresh vegetable (33.30%). Some incorrect behavior that the patient behave is eating strong sweet fruit (10.80%) and adding the salted seasoning in food i.e. fish sauce, soy sauce, salted soya beans (0.80%). From the consumption behavior study of the hypertension patient, we found that they still incorrectly behave because most of them are old people whose age is between 70-79 years (31.70%), be the family member and they do not cook by themselves so it is difficult to control their consumption. Therefore the medical personnel also should give the suggestion about meal eating to patient's relatives especially older person in order to increase the efficiency of consumption behavior because they have to take care the patient.

Health Behavior Management in the Health Care: Overall image of health behavior management of hypertension patient in the health care show that 84.16% of them is in the good level of health behavior management in the health care and 15.84% is in the moderate level. Hypertension patient have the high level of the correct behavior about nightlife not so much (85%). Next below is taking medicine as the instruction of doctor (87.50%). Some of incorrect behavior of the patient is forgetting to take medicine to decrease their blood pressure (46.70%) and let themselves constipate (62.50%). According to the study of the health behavior in health care show that it is at the good level which can analyze that most of the patient are older person and do not spend their nightlife or gamble because of their experience of their age and they more concentrate on their health care since they realize that if they have the congenital disease, they have to take good care themselves for their long lives and they also have their relatives to take care about their medicine taking and take care for their healthy which is related to the study of Surayong Worakulsawat (1993). If they do not take medicine as the doctor's instruction, their symptom may be worse.

Health Behavior Management in the Exercise: From the exercise behavior found that most of the hypertension patient are in the good level of the health behavior (65.84%) and next below is the moderate behavior (34.16%). The hypertension patient are in the high level of the correct exercise behavior that is they do not eat the snack while exercising (83.30%) and do not take a bath after just finished their exercise (81.70%). But we found that the less patient spend time for their exercise less than 15-20 minutes per time and do not exercise as the community provided such as aerobics dance and fast walking because most of the patient are older person and aerobics dance is not suitable for them. The medical personnel should recommend the suitable exercise that can do at home to the patient or recommend the older person in the community accompany with each other in order to exercise or do the activities of the community.

Health Behavior Management in the Mind Administration and Strain Management: From the behavior in mind administration and strain management, we found that most of the hypertension patient are in the moderate level (55.84%). Next below is the behavior that is in the good level (44.16%). Most of the hypertension patient have the management of mind development and strain in the high level that is behaving according to the religion dogma (70.80%) and joining to the religion ceremony and social activities (57.10%). Some behavior that the patient still behave is keeping the problem alone without consulting to surrounding person (62.5%) because most of the patient are older person and have many experience so they rely on the religion. These make them have the high level of the behavior in mind administration and strain management in term of the behavior according to the religion dogma and joining to the religion ceremony and social activities.

Relationship between Auxiliary Factor and Health Behavior Management: For the overall image of relationship between auxiliary factor and health behavior management found that auxiliary factor does not significantly have the positive relationship to health behavior management. When we analyze in each field, found that auxiliary factor is significantly related to the health behavior in the consumption and health care at the level of 0.001 but is not related to the health behavior in the exercise, mind administration and strain management.

Relationship between Gender and Health Behavior Management:

When we consider the overall image of relationship between gender and health behavior management, found that the health behavior management between male and female is not different at 95% of the confidence level. When we analyze in each field, found that the behavior in the consumption, health care, exercise, mind administration and strain management between male and female is not different at 95% of the confidence level.

Relationship between Age and Health Behavior Management:

For the overall image of relationship between age and health behavior management, found that age is not significantly related to the health behavior management. When we analyze in each field, found that age is significantly related to the health behavior in the consumption at 0.001 level but not related to the behavior in the health care, exercise, and mind administration and strain management.

Relationship between Income and Health Behavior Management:

For the overall image of relationship between income and health behavior management, found that income is not significantly related to health behavior management. When we analyze in each field, found that income is significantly related to the behavior in the consumption and exercise at 0.01 level but not related to the health behavior in the health care and mind administration and strain management. So we can analyze that the patient who have enough income can buy or search for the foodstuff which is more suitable for their disease than the patient who have low income. The enough-income patient can exercise but the low-income patient may have the strain about their income or may spend their time to work more that cause they have no time to exercise.

Relationship between Occupation and Health Behavior Management:

For the overall image of relationship between occupation and health behavior management, found that occupation is not significantly related to health behavior management at 95% of the confidence level. When we analyze in each field, found that occupation is significantly related to the health behavior in the consumption, health care, exercise but not significantly related to the mind administration and strain management at 95% of the confidence level. Occupation is related to the health behavior in the consumption, health care, and exercise which can be described that the occupation that is not too hard working and let the patient have enough time will

make them buy or pay attention to their consumption more or have enough time to take good care their health and exercise.

Relationship between Education and Health Behavior Management:

For the overall image of relationship between education and health behavior management, found that education is not related to health behavior management. When we analyze in each field, found that education is significantly related to the health behavior in the consumption but not significantly related to the health behavior in the health care, exercise, and mind administration and strain management at 95% of the confidence level. The patient who have higher graduation will have the knowledge about their disease and the consumption that is suitable to them.

Research Suggestion

From the research study, there are some suggestion as follows:

1. We found form the research that most of the hypertension patient are older person. They have the good level of health behavior management in the health care and exercise and the moderate level of behavior in the consumption and mind administration and strain management. So medical personnel should instruct and recommend about their own behavior with emphasizing on the consumption and mind administration and strain management because most of the patient are older person. The medical personnel also should instruct and suggest to the old patient's relatives in order to more efficiently take good care the old hypertension patient.
2. Provide the activities to the hypertension patient who is older person and their relatives on holiday or official holiday in order to instruct and recommend to the patient's behavior.
3. The old hypertension patient who control the blood pressure level not very well and have the incorrect behavior should be monitored continuously and should visit their home to collect the additional data which be analyzed to the real problem.

Recommendation

1. Should study more group of the representative samples i.e. make the study all department of the hospital not only the out patient department or should have a deep study in the group of the patient who has the unsuitable behavior in order to know the cause and obstacle of the health behavior management and use them to plan the correct health behavior management to increase their better quality life.
2. Should provide the experimental study in order to study the method or procedure that support the patient's health behavior management to correctly behave.
3. Should also study the other composition of the hypertension patient such as right for their treatment, problem and obstacle of their treatment, their disease and the medicine they received.

บรรณานุกรม

- กรรณิกา เรือนจันทร์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เกษม วัฒนชัย. (2532). การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา.
- เกษม เร่งเวหาสถิต และจรรยา สันตยากร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในคลินิกโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารวิชาการแพทย์ 2537; 8,37-41
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). ชุดสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543 สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จารุวรรณ นิพนานนท์. (2543). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กราฟแมนเพรส.
- จันทร์ณา สงนุ้ย. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์ส่งเสริมภูมิปัญญาผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้ โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง.
- นัตถระกุล เจียจันทร์พงษ์. การลดความดันโลหิต. วารสารอาหารและยา 2541; (76):27-30
- ชลนกุล คำนึ่ง. (2544). การรับรู้การดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชวลิต รัตนกุล. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารคหเศรษฐศาสตร์ 2536; 36(1): 17-35.
- ทรงขวัญ ศิลารักษ์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร 2540; 12(3): 152-177.
- ธงชัย ใจคง. (2547). ประสิทธิผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ธิดา กิจจาชาญชัยกุล. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. โรงพยาบาลขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2535). องค์การและการบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภา จรูญเวสม์. (2540). หลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- บุญทัน ดอกไธสง. (2537). การจัดองค์การ. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ปริญญา พรณราย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุวิชา จันทรสุริยกุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วารสารสุขภาพ 2537; 17(67-68): 1-9
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี พลังวชิรา. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทางอายุรศาสตร์ครอบครัว”. วารสารศรีนครินทร์ทวารวดีวิจัยและพัฒนา. 2539; 9(3): 35-43
- ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิติ เลหาบุรณกิจ. “ความดันโลหิตสูง”. วารสารคณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 2540; 10(3): 19-22

ปิยะนุชรักพาณิชย์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ปิยธิดา ตรีเดช และคณะ. (2552). หลักการบริหารจัดการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ เอส.พี.เอ็น. การพิมพ์ จำกัด.

พนิดา กุลประสูติคิลก. (2543). อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

ไพบูลย์ ช่างเรียน. (2532). วัฒนธรรมการบริหาร. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์

พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). ความดันโลหิตสูง. ในตำราอายุรศาสตร์ 2. วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิดี พับลิเคชั่น.

ไมตรี ดิยรัตน์กูร. (2536). ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณฑนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปั่นดี. (2542). อาหารกับ: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เยาวลักษณ์ อนุรักษ และคณะ. (2543). กระบวนการสุขศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพก้าวสู่ยุค 2000. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชิกมาดีไซด์ กราฟฟิก.

วรารณ นารินทร์รักษ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคน ด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วรารัตน์ เหล่านภากุล. (2546). เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลในไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). การประยุกต์แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธาณสุขศาสตร์) สาขาเอกศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สินีนาน อนุสกุล. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ข่ายจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตร์บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพงษ์ เกษมสิน. (2517). การบริหาร. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สมยศ นาวิการ. (2540). การบริหารและพฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ตะวันออก
- อัญริยา พ่วงแก้ว. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันต์ เกตุวงศ์. (2523). การบริหารการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย.



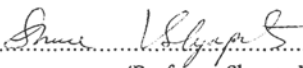
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อาจารย์ธราดล เก่งการพานิชย์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์วิสูตรี ล้ำเลิศธน แพทย์ด้านอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข

	
COA. No. MU-IRB 2008/267.2512	
Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board	
Title of Project.	Health Management of Hypertension Disease (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator.	Miss Surcerut Koonchim
Name of Institution.	Faculty of Public Health
Approval includes.	Annual Report version received date 28 November 2008
Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Date of Renewal (1st).	28 November 2008
Date of Expiration.	27 November 2009
Signature of Chairman.	 (Professor Shusee Visalyaputra)
Signature of Head of the Institute.	 (Associate Professor Saisanee Chaiyaroj) Vice President for Research and Academic Affairs
Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223	

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาโท สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คำตอบของท่านจะมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้เพื่อสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงสมบูรณ์จะช่วยให้งานวิจัยดำเนินไปได้ด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นและความเป็นจริงของท่าน

แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการบริหารจัดการใจและการจัดการความเครียด

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ตอบแบบสอบถาม

นางสาวสุรรัตน์ กุลนิม

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามเรื่อง การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษา
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี

วันเดือนปีที่ตอบแบบสอบถาม HN.....

ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ จังหวัด.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ท่านคิดว่าถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หม้าย/หย่า () 4. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัว

() 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกในครอบครัว

5. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด

() 1. ไม่มีวุฒิการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา/ปวช. () 4. ปวส./อนุปริญญา
() 5.ปริญญาตรี () 5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. อาชีพหลัก

() 1. ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() 2. นักธุรกิจระดับผู้บริหารหรือผู้จัดการ
() 3. พนักงานบริษัท
() 4. รับจ้างทั่วไป/กรรมกร
() 5. เกษตรกรรม (ทำสวน, ทำไร่, ทำนา, เลี้ยงสัตว์, ประมง)
() 6. ค้าขาย
() 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
() 8. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

9. รายได้.....บาท/เดือน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุด

ปัจจัยเอื้อต่อการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	สะดวก	ไม่สะดวก
1. ท่านเดินทางไปศูนย์สาธารณสุขหรือโรงพยาบาลได้		
2. ท่านเดินทางไปพักผ่อนหย่อนใจที่สวนสาธารณะ หรือสถานที่ต่าง ๆ ได้		
3. ท่านเดินทางไปตลาดเพื่อเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของท่านได้		
4. ท่านเดินทางไปสถานที่ออกกำลังกายของชุมชนได้		
5. ท่านเดินทางไปยังวัด โบสถ์ หรือมัสยิดสำหรับประกอบกิจทางศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจ		
6. บุคคลรอบข้างสะดวกที่จะให้คำปรึกษาด้านโรคความดันโลหิตสูงแก่ท่าน		

ส่วนที่ 3 ด้านการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง “ระดับความถี่ที่กระทำ” ในช่องด้านขวามือของข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วัน ใน 1 สัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์
 ปฏิบัติน้อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์
 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ เลย

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
ด้านพฤติกรรมกรบริโภค					
1. การเลือกรับประทานอาหารที่ใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว					
2. การหลีกเลี่ยงการรับประทานทานอาหารที่ได้กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน พะแนง ชูฉี หลน					
3. การรับประทานทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ของทอด เนื้อสัตว์ติดมัน					
4. การรับประทานทานอาหารจานด่วน เช่น พิซซ่า ไก่ทอด					
5. การดื่มกาแฟหรือชา					
6. การหลีกเลี่ยงการรับประทานทานอาหารที่ได้ผงชูรส					
7. การเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มในอาหารเพิ่มอีก เช่น เติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว					
8. การหลีกเลี่ยงการรับประทานทานของหมักดอง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม					
9. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเมื่ออ่อนเพลีย					
10. การรับประทานทานอาหารประเภทผักดองหรือผักสด					
11. การรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น กลิ้วย ส้ม มะละกอ ชมพู่ ฝรั่ง					

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
ด้านพฤติกรรมกายวิภาค					
12. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
13. การรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน มังคุด					
14. การได้รับประทานอาหารในงานเลี้ยงนอกบ้าน					
15. การดื่มน้ำอัดลมเพื่อความสดชื่น					
16. การดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว					
17. การรับประทานอาหารที่ช่วยลดไขมันในเลือด เช่น คื่นห่อขี้ กระเทียม เห็ดหลินจือ ดอกคำฝอย					
ด้านการดูแลสุขภาพ					
18. การออกกำลังกายในเวลาว่าง					
19. การอยู่ในกลุ่มเพื่อนที่สูบบุหรี่					
20. การสังเกตอาการหรือความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย					
21. การใส่ใจดูแลอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ ของตัวเอง เช่น การเวียนศีรษะ การอ่อนเพลีย					
22. การปรึกษาปัญหาสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์					
23. การมารับการตรวจตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง					
24. การซื้อยารักษาความดันโลหิตสูงมารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์					
25. การรับประทานยาตรงเวลาตามแพทย์สั่ง					
26. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ในการควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด					
27. การได้ตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อทราบความเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต					
28. การลืมนรับประทานยาความดันโลหิตเพราะกิจวัตรประจำวันที่เร่งรีบ					

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
29. การทำน้มน้ำดื่มประพาทน้ำมือใดมือหนึ่ง ท่านจะ รับประพาทเพิ่ม 2 ชุด ในมือต่อไป					
30. การถ่ายอุจจาระลำบากหรือท้องผูก ท่านหาความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยการอ่านหนังสือ โทรทัศน์ หรืออื่น ๆ					
ด้านการออกกำลังกาย					
31. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงตามบุคลากรทางการแพทย์แนะนำ					
32. การทำงานหรือกิจกรรมที่ไม่หนักเพื่อให้ ร่างกายเคลื่อนไหว เช่น ยกของ กวาดบ้าน ถูบ้าน					
33. การทำงานหนักที่ใช้แรงมากๆ เช่น แบก ดึง หรือยกของหนัก ๆ					
34. การออกกำลังกายที่จัดโดยชุมชน เช่น การเล่น กีฬา เดินแอโรบิก เดินเร็ว					
35. การออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละ 15-20 นาที					
36. การทานอาหารมื้อหนักก่อนออกกำลังกาย					
37. การออกกำลังกายหนักทันทีโดยไม่มีการอบอุ่น ร่างกาย					
38. การอาบน้ำทันที หลังจากออกกำลังกายเสร็จ ใหม่ ๆ					
39. การรับประพาทของขบเคี้ยวระหว่างออกกำลังกาย					
ด้านการพัฒนาจิตใจและจัดการความเครียด					
40. การเก็บปัญหาไว้คนเดียวโดยไม่ปรึกษานัก รอบข้าง					
41. การได้ไปร่วมงานบุญ ประเพณี และกิจกรรม ทางสังคม					
42. การมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งกับผู้อื่น					
43.. การคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นอุปสรรค ต่อชีวิตของท่าน					

การบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติ				สำหรับ ผู้วิจัย
	ประจำ	บางครั้ง	น้อยครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
44. การได้ให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น					
45. การมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานจนทำให้รู้สึกเครียด					
46. การมีความตั้งใจที่จะประพฤติดีตามหลักคำสอนของศาสนา					
47. การมีการปวดศีรษะบริเวณขมับ ด้านคอ จนต้องรับประทานยาแก้ปวด					
48. การสวดมนต์นั่งสมาธิ					
49. การได้ ฟังเพลง ทำงานอดิเรก อ่านหนังสือ หรือใช้วิธีอื่น ๆ เพื่อทำจิตใจให้สงบ เมื่อเกิดอารมณ์ตึงเครียด					
50. การนอนหลับสนิทโดยที่ไม่ตื่นมาตอนกลางคืน					
51. การที่ท่านตื่นนอนท่านรู้สึกมีแรงดี สดชื่น ไม่ง่วงนอน					
52. การคิดว่าโลกนี้ไม่ยุติธรรมต่อท่าน					
53. การพยายามทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด					
54. การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้ป่วยท่านอื่น					

ส่วนที่ 4 การควบคุมความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (สำหรับผู้วิจัย)

(ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยผู้วิจัย)

1. น้ำหนักตัว กิโลกรัม, ส่วนสูง เซนติเมตร

BMI=

ระดับความดันโลหิตปัจจุบัน มิลลิเมตรปรอท

ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 1 เดือน มิลลิเมตรปรอท

ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 2 เดือน มิลลิเมตรปรอท

3. ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค ปี เดือน

4. มีประวัติรักษาโรค สมอ ตาไต หัวใจขาดเลือด อัมพาต ที่เกิดจากความดันโลหิตสูง/ เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

() มี โรค เป็นมา ปี () ไม่มี

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการพฤติกรรมสุขภาพ

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวสุรรัตน์ กุลฉิม

วัน เดือน ปีเกิด

15 กรกฎาคม 2521

สถานที่เกิด

จังหวัดนครสวรรค์

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2539-2543

คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ผู้ตรวจการ

บริษัท MSIG Insurance

อาคารสาทรซิตี้ทาวเวอร์

แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร