



สำนักทอสมุท

เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

The Comparative Study of Lifestyle Between
Hypertensive and Normotensive Subjects

วาสนา บุรณศิริวัฒน์

อภินันทนาการ

จาก

ศูนย์วิจัยโรคหัวใจ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2532

ISBN 974-586-650-4

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

0๗๓ ๑/๑๗๗/๒๕๕๗

วาสนา ปุณณสีวิวัฒน์
ผู้วิจัย

ครูณี ชุณหะวัณ,วท.บ,ค.ม.
ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์

๑๗๑๖๗๗ ๑๗๗๗๗๗

เขาวลัษณ์ เล่าทะจินดา,วท.บ.ค.ม.

๑๗๑๖๗๗
มันตรี จุลสมัย,พ.บ.,Ph.D.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๗๑๖๗๗
สมจิต หนูเจริญกุล,วท.บ.,M.S.,Ph.D.
ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ

ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 30 สิงหาคม 2532

.....
อ.ส.ท. ประพนธ์ วัฒนศิริ

วาสนา บุรณศิริวัฒน์

ผู้วิจัย

.....
ดร.สุธี ชุณหะวัณ, วท.บ., ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ประจักษ์ วัฒนศิริ

.....
เลขาฯ วัฒนศิริ

เขาวลัษณ์ เล่าหะจินดา, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สมจิต หนเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, H.B., B.S.,

.....
F.R.C.P., F.R.A.C.P., อ.ว.

คณบดี

.....

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อ.ส.ท. ประพนธ์ วัฒนศิริ

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาววาสนา ปุณณสีวิวัฒน์

วันเดือนปีเกิด 4 ตุลาคม 2504

สถานที่เกิด อ.สวรรคโลก จ.สุโขทัย

ประวัติการศึกษา ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์)
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
พ.ศ. 2527

สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
จ. เชียงใหม่

ได้รับทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยความอนุเคราะห์ของรองศาสตราจารย์
ครุณี ชุมพะวัต และผู้ช่วยศาสตราจารย์เขาวลัทธิ เลอะจินดา ซึ่งกรุณาให้คำแนะนำ
ปรึกษาและให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตั้งแต่ต้นโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์กรรณิการ์ สุวรรณโคต รองศาสตราจารย์เหิมจันทร์ ส. ไมโนยพงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนทร ภาณุทิ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สนธิดา เกษมวงศ์
ที่กรุณาตรวจและแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำในจุดที่บกพร่อง
ต่าง ๆ เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคุณครูณี เกตุกราย และเจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก
ทั่วไป รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ทำให้การเก็บข้อมูลการวิจัยสำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณ
อาจารย์ศักดิ์รินทร์ เทวะธีระรัตน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการประมวลข้อมูล
ทางคอมพิวเตอร์ และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ในหน่วยการศึกษาพยาบาลปริญญาโททุก
ท่านรวมทั้งพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดความสำเร็จทั้งหมดนี้ด้วยการสนับสนุนและให้กำลังใจจาก
มารดาและบุคคลในครอบครัว ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงสุด

วาสนา ปุณณณวิวัฒน์

ชื่อวิทยานิพนธ์ เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิต
สูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ
ผู้วิจัย วาสนา บุรณณวิวัฒน์
ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
 ครุณี ชูชะวัด, วท.บ., ค.ม.
 เขาวลัทธิ เลาหะจินดา, วท.บ., ค.ม.
วันที่สำเร็จการศึกษา 30 สิงหาคม พ.ศ. 2532

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบสำรวจเพื่อศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตตามตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างมี 134 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจโรคไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จำนวน 60 คน และกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ คือมีความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคติดเชื้อ โรคเกาต์ โรคเมะเร็ง หรือความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 74 คน ทำการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามแบบแผนชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีแบบแผนชีวิต ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ ดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพดีกว่าระดับประถมศึกษา ส่วนระดับมัธยมศึกษา มีแบบแผนชีวิต ด้านร่างกายและด้านสติปัญญาดีกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการรัฐ-วิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญา ดีกว่ากลุ่มอาชีพทนายหาไร่และรับจ้างรายวัน และมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพดีกว่ากลุ่มที่มีอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ

Thesis Title The Comparative Study of Lifestyle
 between the Hypertensive and
 Normotensive Subjects
Name Wassana Puranamaneewiat
Degree Master of Science (Nursing)
Thesis Supervisory Committee
 Darunee Junhavat, B.Sc., M.Ed.
 Youwaluk Lauhachinda, B.Sc., M.Ed.
Date of Graduation 30 August B.E.2532 (1989)

Abstract

This survey research was designed to compare the lifestyle between the hypertensive and normotensive subjects. The total sample consisted of 134 persons ; sixty were essential hypertension and 74 subjects were normotension. The study was conducted at the general out patient clinic of Ramathibodi Hospital. The subjects were asked to complete the lifestyle questionnaires. Which consisted of 6 dimensions (physical, social and environmental, emotional, intellectual, occupational, and religious) by the investigator. The data was analyzed through computer using the SPSSX program.

The results of the study revealed that the normotensive subjects had significantly higher scores only for physical and intellectual dimensions than the hypertensive subjects. As to demographic variables, it was found that the subjects with younger age, higher education, being male and employees for the government and private cooperation had significantly higher mean scores on physical and intellectual dimensions than those with older age, lower education, being female, and work as an agriculturer or miscellaneous workers. In addition, the mean score on occupational dimension of the subjects who were employees was significantly higher than those who were miscellaneous workers.

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
สารบัญเนื้อเรื่อง	ก-ง
สารบัญตาราง	ก-ฉ
สารบัญภาพ	ช
 บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
นิยามคำแปร	7
 บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แบบแผนชีวิต	9
แบบแผนชีวิตกับสุขภาพ	10
ความดันโลหิตสูง	15
การส่งเสริมสุขภาพในการรณรงค์ด้านแบบแผนชีวิต	25
 บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	29
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	34

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย	
ผลการวิจัย	36
การอภิปรายผลการวิจัย	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์	63
ข้อจำกัดในการวิจัย	64
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป	64
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	84

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจากภาคเกษตร อายุ การศึกษาและอาชีพ	37
2	ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิต สูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	39
3	ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตระหว่างเพศชายและเพศ หญิง	41
4	ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน	43
5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบแผนชีวิต จากภาคการศึกษา	45
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อ ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนแบบแผนชีวิต ในระดับการศึกษาต่างกัน	46
7	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผน ชีวิตด้านร่างกายในระดับการศึกษาต่างกัน	47
8	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผน ชีวิตด้านสติปัญญาในระดับการศึกษาต่างกัน	47
9	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผน ชีวิตด้านการประกอบอาชีพในระดับการศึกษา ต่างกัน	47

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
10 คำเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบแผน ชีวิคจำแนกตามอาชีพ	49
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อทดสอบถามแตกต่างระหว่างคะแนนแบบแผน ชีวิคในอาชีพต่างกัน	50
12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบ แผนชีวิคด้านร่างกายในอาชีพต่างกัน	51
13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบ แผนชีวิคด้านสติปัญญาในอาชีพต่างกัน	52
14 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบ แผนชีวิคการประกอบอาชีพในอาชีพต่างกัน	53
15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับ ของแบบแผนชีวิค	89
16 จำนวนและร้อยละของผู้ที่สับสนบุหรืแยกตามเพศ	90
17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การศึกษาและอาชีพ	90

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่

1. Essential hypertension as a multifactorial disorders

19



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติการตายของคนไทยเมื่อ 15 ปี ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เกิดจาก โรคติดเชื้อ แต่หลังจากปี พศ.2522 เป็นต้นมา แนวโน้มของการตายด้วยโรคติดเชื้อมีอัตราลดลง (สาธารณสุข กระทรวง กองสถิติสาธารณสุข 2527 : 81) ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีการค้นพบยาปฏิชีวนะใหม่ ๆ วัคซีนป้องกันโรคและการสาธารณสุขของประเทศดีขึ้น โดยรัฐบาลได้กำหนดนโยบายในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติไว้ทุกฉบับ ซึ่งเป้าหมายการพัฒนาด้านสาธารณสุขคือ ลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคติดเชื้อที่เป็นปัญหาทางสุขภาพได้ (ยุทธนา สุขสมิต 2524 : 33 ; สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานและกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2530) ขณะที่อัตราการตายของโรคติดเชื้อเริ่มลดลง โรคที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อกำลังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย ความพิการและการตายสูงขึ้นอย่างสำคัญ (Yuwarat Porapakham & Pramote Prasartkul in Hansluwka, et al.(ed) 1986 : 214) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ซึ่งเอ็ดลินและโกลันตี (Edlin & Golanty 1982 : 167) เรียกโรคเหล่านี้ว่าโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิต (Lifestyle diseases) เพราะแบบแผนชีวิตมีส่วนที่ส่งเสริมให้เกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การมีบริโภคไขมันไม่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักไม่ดี (Shultz 1984 : 271) อีกทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มนุษย์มีการใช้พลังงานของร่างกายน้อยลง มีการประกอบอาชีพที่คั่งค้างงานอยู่กับที่ (sedentary lifestyle) ทำให้เกิดความตึงเครียดของประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular tension) มีไขมันพอกพูนตามร่างกาย มีชีพจรระยะพักสูง ปรับตัวต่อภาวะเครียดได้น้อย ความแข็งแรงลดลงและมีความยืดหยุ่นน้อย (Burt & Miller 1972 : 252) ปัจจุบันจึงที่กล่าวมาเป็นพฤติกรรมหรือนิสัยส่วนบุคคลที่ปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต อาจเรียกอีกนัยหนึ่งว่าแบบแผนชีวิต (Lifestyle) ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพได้ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ (Shultz 1984 : 271-273)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า 50% ของการตายของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในแต่ละปีมีสาเหตุมาจากการมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (unhealthy lifestyle) ดังตัวอย่างที่เบอร์นีย์ได้รายงานทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคนี้สันนิษฐานว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงกับอัตราตายด้วยโรคหัวใจทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก ส่วนในเพศหญิงยังพบว่าอัตราตายด้วยโรคนี้มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ (Burney 1987 : 1435-1485) จากข้อมูลของศูนย์มะเร็งในมิสซูรี ที่บราวน์สัน เซงและเควิสได้รวบรวมไว้ พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับช่างทาสี เครื่องยนต์ เหมืองถ่านหิน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะและในผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า แต่ไม่พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิดโรค (Brownson, Chang, and Davis 1987 : 1298-1300) ส่วนการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ประเทศสวีเดนเกี่ยวกับการปฏิบัติคนในเรื่องอาหารกับอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง ผลการวิจัยที่พบสนับสนุนสมมติฐานว่า การรับประทานอาหารหรือผลไม้ที่มีกากสูงป้องกันการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายได้ (Rosen, Nystrom, and Wall 1988 : 42-49) เช่นเดียวกับ รายงานของฮุนาคาคะและคนอื่น ๆ พบว่า รูปแบบของโรคมะเร็งที่เปลี่ยนไปมีความสัมพันธ์กับสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (Ubakata, et al 1987 : 437-446) ชาโลเนนและคนอื่น ๆ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาว่างและอาชีพที่มีการออกกำลังกายต่อความเสี่ยงจากการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 15,088 คน อายุ 30-59 ปี ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือมีสภาวะที่กีดขวางการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ไม่มีเวลาว่างในการออกกำลังกายและมีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Salonen, et al. 1988 : 87) เนเซอร์และคนอื่น ๆ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนและความดันโลหิตสูง พบว่าในคนอ้วนมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 1.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ (Neser, et al. 1986 : 105) และประมาณ 5% ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีส่วนเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Klatsky, Friedman and Armstrong 1986 : 629) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุเกี่ยวกับทางจิตใจที่ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายได้ โดยในคนที่มีความเครียด ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกมากเกินไป ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ขณะเดียวกันก็จะมีระบบประสาทพาราซิมพาเทติกยับยั้งปฏิกิริยานี้ แต่ในคนที่มีความเครียดอยู่เนืองนิตย์ ปฏิกิริยาเหล่านี้จะไม่สามารถยับยั้งได้ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงอยู่เนืองนิตย์ โดยเฉพาะ

ในผู้ที่อยู่ในวัยกลางคนอายุ 35-40 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีความเครียดเพิ่มขึ้น ความล้าลပ် อาจทำให้ร่างกาย ไม่สามารถปรับกลไกของทางประสาทได้ จึง เกิดความดันโลหิตสูงคงที่ตามมา (สิริรักษ์ ฉัตรชัยสุชา 2531 : 168-169) โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจวายและ โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดฝอยในสมองแตก เกิดอัมพาตและความพิการตามมาและเสียชีวิต โดยเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีผลต่อ ไตและจอตา อีกด้วย (Andreoli, et al. 1986 : 63 ;203)

ความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งทางสาธารณสุข มีผู้เรียก ความดันโลหิตสูงว่า "เพชฌฆาตเงียบ" (Silent Killer) เพราะส่วนมาก ไม่ปรากฏอาการจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจหรือหลอดเลือดแดง (สมพูนฐ อ่องจรี 2527 : 127) หรือผู้ป่วยทราบค่อเมื่อมาตรวจสุขภาพด้วย สาเหตุของโรคอื่น และมีการตรวจวัดความดันโลหิตร่วมด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหาของความดันโลหิตสูงในประชากรพบได้มากกว่า 25% ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงประมาณ 70% เป็นความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (Gifford 1986 : 33) สำหรับในประเทศไทยที่กรุงเทพมหานครมีรายงานการตรวจวัดความดันโลหิตในตัวอย่าง 3,791 ราย โดยให้นิยามความดันโลหิตสูงที่ 140/90 มิลลิ-เมตรปรอท พบว่า วัยรุ่นมีความดันโลหิตสูง 0.4% ในผู้ใหญ่รวม 8.86% โดยในเพศชายมีความดันโลหิตสูง 10.42% และเพศหญิง 7.55% (เกษม วัฒนชัย 2531 : 29)

ความดันโลหิตสูงแบ่งออก ได้เป็น 2 ชนิดคือ ความดันโลหิตสูงที่มี สาเหตุและความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ ในกรณีที่ไม่ทราบสาเหตุพบได้ถึง 92-94% ของประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (เกษม วัฒนชัย 2531: 30) มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยแต่ละบุคคล และปัจจัยบางอย่างเท่านั้นที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือรักษาได้ ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยจะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้

1. อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว อุบัติการณ์การ เกิดความดันโลหิตสูงจะพบสูงขึ้นตามอายุ ขณะที่อายุ 40 ปี จะมีอุบัติการณ์ ของความดันโลหิตสูง สูงถึง 5.5% (WHO 1983 : 11) ประมาณ 80% ของ ผู้ป่วยที่มีประวัติเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในครอบครัว ในช่วงอายุ 30-69 ปี พวกอเมริกันผิวขาวมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าพวกอเมริกันผิวขาวถึง 1.5-2 เท่าและมีความรุนแรงมากกว่าถึง 5 เท่า (Saunders 1987 : 1015)

2. อาหาร น้ำหนัก และสุขนิสัย จากการศึกษาในคนและในสัตว์ทดลอง พบว่า การได้รับเกลือโซเดียมสูงมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง (Maxwell & Waks 1987 : 859-861) ซึ่งสาเหตุของการมีเกลือโซเดียมสูงมักมาจากการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก นอกจากนี้ยัง พบว่าการจำกัดเกลือเป็นวิธีการที่ดีในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการลดเกลือลงสู่ระดับต่ำสุด ความดันโลหิตสูงมักจะลดลงด้วย (Kaplan 1987 : 923-925) นักวิจัยหลายคนได้ให้ความเห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักร่างกาย ความอ้วน และความดันโลหิตสูง (Schmieder & Messerli 1987 : 991-992) และผู้ที่อ้วนยังมีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน มีไขมันในเลือดสูง ซึ่งทั้งสองอย่างมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 114) ส่วนการสูบบุหรี่ พบว่า ทำให้บางคนมีความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แต่ในบางคนที่ไม่สูบบุหรี่ก็ไม่ได้พบความดันโลหิตสูงขึ้น แม้แต่ในคนที่เลิกสูบบุหรี่พบว่าความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยเพราะน้ำหนักเพิ่ม อย่างไรก็ตามพบความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Leitschuh & Chobanian 1987 : 827) และไม่ว่าอายุเท่าไรก็ตามบุคคลที่ทำงานที่หนักต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอ มักจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าบุคคลที่นั่งทำงานกับที่ (Kaplan 1987 : 927-929) ปัจจุบันเสี่ยงบางอย่างดังที่กล่าวมา จะมีผลในทางที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งการที่อวัยวะเป้าหมายซึ่ง ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต และจอตา ถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้การพยากรณ์โรคเลวลงและความดันโลหิตยิ่งสูงก็จะยิ่งมีความเสี่ยงสูงขึ้นตาม (สมจิต หนูเจริญกุล 2528 : 115)

ดังที่กล่าวมาแล้วถึงองค์ประกอบที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงทั้งในเรื่องการสูบบุหรี่ ความอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก ความเครียด สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร สิ่งเหล่านี้คือแบบแผนชีวิตของมนุษย์ซึ่ง เป็นสิ่งที่สามารถสร้างขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตามผลจากการเกิดโรคที่ไม่ได้เกิดจากการคิดเชื่อทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากและรัฐต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในแต่ละปีเพื่อดูแลรักษามากกว่าทางด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นประเทศสหรัฐอเมริกาใช้เงินประมาณ 80 ล้านดอลลาร์ต่อปีในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hoser 1987 : 107) ซึ่งถ้าเทียบเป็นเงินไทยแล้วมากกว่าหนึ่งในสามของงบประมาณที่รัฐบาลไทยให้แก่กระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปีที่ผ่านมา (สำนักงานนายกรัฐมนตรี สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2528-2529 : 420) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพมีผลต่อการเกิด

โรคคั่งที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ในสหรัฐอเมริกา ได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตเป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Walker, Sechrist and Pender 1987 : 76) การมีแบบแผนชีวิตที่ดีเป็นกุญแจสำหรับสุขภาพที่บุคคลสามารถรับผิดชอบต่อตนเองก่อนที่จะเกิดความเจ็บป่วยเป็นแนวทางที่ช่วยลดความเจ็บป่วยและความพิการรวมทั้งช่วยลดภาระที่รัฐจะต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามดำเนินการแก้ไขทั้งในด้านการรักษา การป้องกันโรค แทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมาตลอด ขณะเดียวกัน ได้มีแรงจูงใจส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในคนปกติอีกด้วย ผู้วิจัย ได้เก็บสถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของ โรงพยาบาลรามคำแหง ย้อนหลังตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พศ. 2531 พบว่ามีผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่มารับการรักษา รวมชายและหญิงจำนวน 1,531 ราย โดยเฉลี่ยประมาณ 10 รายต่อวันและจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการมีแบบแผนชีวิตที่ดี และสนใจที่จะศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งนับวันจะมีผู้ป่วยจำนวนสูงขึ้น และการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตบางประการซึ่งผู้ป่วยสามารถทำได้เอง โดยเฉพาะผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โดยนำมาเปรียบเทียบกับผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกที่มีความดันโลหิตปกติและไม่มีประวัติความดันโลหิตสูง และเลือกศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่กำลังทำงานมีบทบาทต่อการเลี้ยงดูอบรมเด็ก ซึ่งจะมีการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อไป และเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานการให้ความรู้แก่ประชาชนหรือผู้ป่วยในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ
2. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน
4. กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาค่ำ
5. กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจหรือบริษัทเอกชนจะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพทำนาทำไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามารัตนิตี จำนวนกลุ่มละ 60 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน Wellness Inventory Section ของ เฮตเลอร์ (Hettler 1982 : 226-231) ซึ่งมี 165 ข้อ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2532

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และแก้ไขแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ
2. ทราบแบบแผนชีวิตของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรมในการให้ความรู้แก่ประชาชน และส่งเสริมสุขภาพที่ดีในชุมชน เช่น โปรแกรมเพื่อสุขภาพดี
3. เป็นแนวทางในการวิจัยทางการแพทย์ ในการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนชีวิต และการป้องกันโรคให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

นิยามตัวแปร

แบบแผนชีวิต หมายถึง นิัยส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ ใน 8 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายประกอบด้วย 6 หมวด ได้แก่ การออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ การเดินทางเท้าและการโดยสารรถ และการใช้ยา 2) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านอารมณ์ มี 2 หมวดคือ การรู้จักอารมณ์ตนเองและการยอมรับ และการจัดการกับอารมณ์ 4) ด้านสติปัญญา 5) ด้านการประกอบอาชีพ และ 6) ด้านศาสนา ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิตของเฮตเติลเลอร์ (Hettler 1982 : 226-231)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และรักษามาแล้วไม่เกิน 1 ปี

ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ หมายถึง ผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารัตนบุรี ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคเก๊าส์ โรคหืด หรือโรคอะไรก็ตาม และมีความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขณะพัก

อายุ หมายถึง อายุของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มอายุ 25 - 39 ปี

กลุ่มอายุ 40 - 60 ปี

การศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา

ระดับอุดมศึกษา

อาชีพ หมายถึง อาชีพของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามลักษณะของงาน ใน
การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

อาชีพทนายทนาย ไร่ รับจ้างรายวัน มีลักษณะงานต้องให้
กำลัง มีราย ได้ไม่แน่นอน

อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทเอกชน มีลักษณะ
งานที่มีการใช้กำลังน้อย มีราย ได้แน่นอน

อาชีพอื่น ๆ หมายถึงพวกพ่อบ้าน แม่บ้านหรือที่ไม่ได้ประ
กอบอาชีพหรืออาชีพค้าขาย มีลักษณะงาน ไม่แน่นอน
และ ไม่มีราย ได้

ทบทวนวรรณกรรม

ปัจจุบันในทางการแพทย์และระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่านอกจากปัจจัยทางพันธุกรรม การติดเชื้อ มีผลต่อสุขภาพแล้ว แบบแผนชีวิตของบุคคลยังมีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน (Badura 1984 : 341) ซึ่งเวบสเตอร์ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือ สิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น ซึ่ง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์และสถานบริการทางสุขภาพ มี 31% นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรมหรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้มี 16% และส่วนที่สำคัญที่สุดคือ แบบแผนชีวิต หรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้โดยลำพัง เพื่อสุขภาพอนามัยมีถึง 53%

แบบแผนชีวิต (Lifestyle or Style of Life)

แบบแผนชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่อยู่ในคลุยพินิจซึ่งเป็นส่วนที่ประพกติเป็นปกติของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (Wiley & Camacho 1980 : 1) ส่วนซิงเกอร์ (Singer 1982 : 303) ให้ความหมายแบบแผนชีวิตว่าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้เป็นตัวนำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งอุทุมพร จามรมาน (2528 : 29) ให้ความหมายว่าแบบแผนชีวิตเป็นลักษณะทางจิตและสังคมที่คนอาศัยในชุมชนนั้นประพกติปฏิบัติ โอเบรนและโอมาลเลย์ (O'Brien & O'Malley 1983 : 39-40) กล่าวถึงรายละเอียดว่าแบบแผนชีวิตหมายถึงนิสัยที่ประพกติในการดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และสมิท ชูลท์ (Shultz 1984 : 271) กล่าวว่าแบบแผนชีวิตคือ นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้สามารถมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ

จากความหมายเหล่านี้พอสรุปได้ว่า แบบแผนชีวิตหมายถึงแบบแผนนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ประพกติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีผลทั้งทางบวกและลบต่อสุขภาพ

แบบแผนชีวิตกับสุขภาพ

ยุทธนา ศุภสมิติ (2524 : 5) กล่าวว่า การมีอนามัยมีรากฐานมาจากสุขนิสัยที่ดี มีสิ่งแวดล้อมดีและมีบริการอนามัย วอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist and Pender 1987 : 77) ได้อ้างถึงคันน์ (Dunn) และทราวิส (Travis) ว่า คันน์เป็นบุคคลแรกที่กล่าวถึงแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพและการมีอายุยืน ต่อมาอีกสองทศวรรษ ทราวิสได้อธิบายถึงมิติของสุขภาพคือการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียด ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับที่เจอเมรอต (Germeroth 1986 : 13-15) กล่าวว่า มี 4 มิติที่ใช้ในการปรับปรุงให้มีภาวะสุขภาพดี คือ 1) มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน 2) มีสมรรถภาพทางร่างกาย 3) มีภาวะโภชนาการอย่างเพียงพอ 4) มีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเวสเตอร์ (Webster 1985 : 715) อธิบายเพิ่มเติมเป็น 5 มิติคือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง โภชนาการ การควบคุมความเครียด สมรรถภาพทางร่างกายและความไวต่อสิ่งแวดล้อม ส่วนประกอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับแบบแผนชีวิตของแต่ละคน ใน 5 มิติดังกล่าว ความรับผิดชอบต่อตนเองสำคัญที่สุดและ เป็นส่วนที่สนับสนุนให้มีแบบแผนชีวิตทางค่านิยม ความรับผิดชอบต่อตนเอง เป็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้มีความเสี่ยงสูง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินจุ และสุขนิสัย

การส่งเสริมแบบแผนชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพมีลักษณะในทางค่านิยม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงศักยภาพสูงสุดในความเป็นอยู่ที่ดี จากการศึกษาภาคคักชวาลและศึกษาคิดความระยะยาว 9 ปี ในประชาชนเมืองอลามิดา แคลิฟอร์เนีย เพื่อหาความสัมพันธ์ของแบบแผนชีวิตและสถานะสุขภาพในอนาคต โดยการสอบถามตัวอย่าง 3,892 คน อายุต่ำกว่า 70 ปี เกี่ยวกับเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในเวลากลางคืนและน้ำหนักที่สัมพันธ์กับความสูงและประเมินสถานะทางสุขภาพ ในปี 1965 เป็นจุดเริ่มต้นต่อมาในปี 1974 ได้ศึกษาโดยการสอบถามข้อมูล พบว่า ในคนที่มีสถานะสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับแบบแผนชีวิตไปในทางที่ดีคะแนนสุขภาพก็จะดีขึ้น ส่วนในคนที่คะแนนสุขภาพไม่ดีและยังคงมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อมาคะแนนของสถานะสุขภาพจะต่ำเช่นกัน (Wiley & Camacho 1980 : 1-21) การมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดี เช่น มีสุขนิสัยซึ่ง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ มีภาวะทุโภชนาการ มีความเครียดสูง และภาวะน้ำหนักเกิน จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งเรียกว่าโรคของแบบแผนชีวิต (Edlin & Golanty 1982 : 167) ดังตัวอย่างการ

ศึกษาทางระบาดวิทยาที่ประเทศสวีเดนเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่อง โภชนาการและ
อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง โดยเก็บข้อมูลจากตัวอย่างประชากร 24 เมือง
ผลการวิจัยที่พบสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การรับประทานพืชหรือผลไม้ที่มีกากสูง บัอง
กันการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายได้ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับ
ประทานอาหารที่มีไขมันและโรคมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนตรง และพบว่ามี ความสัมพันธ์
ในทางลบระหว่างการบริโภคไขมันและชนิดของมะเร็งที่พบ จึงเชื่อว่าแคลเซียม
ป้องกันและต่อต้านการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ส่วนตรงได้ ประกอบกับนมเป็นแหล่ง
ที่มีแคลเซียมมากที่สุด ในอาหารของชาวสวีเดน สิ่งนี้สามารถบ่งชี้ได้ว่า สังคมที่มี
การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง แต่มีมาตรการป้องกันโดยการบริโภคอาหารที่มีกาก
และนมหรือแคลเซียมมากขึ้น อาจจะทำให้ อัตราตายด้วยโรคมะเร็งของลำไส้
ใหญ่ส่วนตรงลดลงมากกว่าในพวกที่บริโภคไขมันจำนวนมากกลาง แต่ไม่บริโภค
อาหารที่มีกากหรือแคลเซียมสูง (Rosen, Nystrom, and Wall 1988 :
42-49) เช่นเดียวกับรายงานของยูบาคาตะและคนอื่น ๆ ที่สำรวจอุบัติการณ์
โรคมะเร็ง เปรียบเทียบระหว่างชาวเกาหลีในประเทศเกาหลี และชาวเกาหลีกับ
ชาวญี่ปุ่นในเมืองโอซากาประเทศญี่ปุ่น พบว่า ชาวเกาหลีในเมืองโอซากามีอัตรา
ตายและรูปแบบของโรคมะเร็งคล้ายคลึงกับของชาวญี่ปุ่น และแตกต่างจากชาว
เกาหลีในประเทศเกาหลี ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า รูปแบบของการเป็นโรค
มะเร็งที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สุข
นิสัยในการรับประทาน การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ (Ubakata, et al.
1987 : 437-446)

การมีแบบแผนชีวิตที่ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด
(Atherogenic lifestyle) มีสาเหตุสำคัญมาจากการบริโภคอาหารที่มีไขมัน
อิ่มตัว แคลอรีและเกลือในปริมาณมากกว่าปกติ มีกิจกรรมการใช้พลังงานน้อย
ไม่ควบคุมการเพิ่มน้ำหนักร่างกายและการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนให้
เกิดการอุดตันของหลอดเลือด และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
(Kannel 1987 : 213) ซาโลเนนและคนอื่น ๆ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระ
หว่างการใช้เวลาว่างและอาชีพที่มีการออกกำลังกาย ต่อความเสี่ยงจากการตายด้วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาจากตัวอย่างจำนวน 15,088 ราย
อายุระหว่าง 30 ปีถึง 59 ปี ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
หรือมีสภาวะที่กีดขวางการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าคนที่ไม่มีเวลาว่าง
ในการออกกำลังกาย มีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานเป็นประจำ มีความสัมพันธ์
กับการเสี่ยงจากความตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Salonen, et
al. 1988 : 87) และการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการ
เกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพันธ์ (Relative risk)

เท่ากับ 1.9 (Range = 1.5 - 2.4) (ภคญา ขึ้นบาน 2531 : 428) ในการสำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนทั้งชายและหญิงอายุ 65 ปีถึง 74 ปีมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้การสุขศึกษาเพิ่มขึ้นในผู้บวชสูงอายุ ปรับปรุงเรื่องนิสัยการรับประทานอาหารและลดการสูบบุหรี่ในเพศชาย (Nissinen, et al. 1987 : 129-135) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ตัวแปรแบบแผนชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในตัวอย่างประชากรชายและหญิงจำนวน 12,368 ราย ที่เมือง Tromsø ประเทศนอร์เวย์ พบว่า ในคนที่มีระดับการศึกษาสูงสุดมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนักเกินน้อยกว่ากลุ่มอื่น มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ย่อยใช้เวลาว่างในการออกกำลังกายมากกว่าและบริโภคอาหารที่ทำให้เสี่ยงต่อความผิดปกติของเส้นเลือด (คิม กานพริมาณน้อย, ใช้เนยเทียม คิมนมที่มีไขมันต่ำและรับประทานผักสด ผลไม้ทุกวัน) น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาค่ำ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยที่ระดับเฉลี่ยของโคเลสเตอรอลและความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว มีความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับการศึกษา (Jacobson & Thelle 1988 : 923-932)

ส่วนพฤติกรรมที่มีผลในด้านบวกต่อสุขภาพ มีการศึกษาถึงผลของการเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารและการหยุดสูบบุหรี่ต่อภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญ (Hjermann, et al. 1981 : 1303) และในคนที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ภาวะน้ำหนักเกินมีน้อยหรือไม่มี มีกิจกรรมทางร่างกายหรือมีการใช้พลังงานสูง จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่าพวกที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะน้ำหนักเกินมากและมีกิจกรรมทางร่างกายน้อย (Castelli 1982 ; 1194-1195)

ความแตกต่างกันในทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกัน ในเพศชายมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ คีมีสุรา ซึ่งเป็นผลมาจากในวัยรุ่นมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่ (สุโขทัยธรรมมาธิราช, มหาวิทยาลัย 2527 : 342) ในรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับโรคมะเร็งปอด พบว่าเพศชายมีอัตราเป็นมะเร็งมากกว่าเพศหญิงถึง 4.4 เท่า และในกลุ่มนี้เพศชายมีผู้สูบบุหรี่ร้อยละ 92 และสูบบุหรี่จัดถึงร้อยละ 83 (สูบบุหรี่จัดหมายถึงสูบบวกกว่า 20 มวนต่อวัน ติดต่อกันมากกว่า 20 ปี หรือวันละ 10 มวน เป็นเวลา 30 ปีขึ้นไป) (ธีระ ลิมศิลา 2527 : 38) เกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นออกกำลังกาย สุวดี ศรีเลณวัคและคณะ กล่าวว่า ความสนใจของเด็กผู้ชายทุกวัยจะมีของเล่นประเภทที่ออกกำลังกายหรือประเภทอาวุธและชอบเล่นในที่กลางแจ้งมากกว่าเพศหญิง

(2525 : 43) พรรณทิพา แก้วมาลย์ (2531 : 107) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและบริ โภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่รับการรักษาแล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ พบว่า คะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับบริ โภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างที่รักษาโรคหายแล้วกับกลุ่มที่กลับเป็น โรคซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านอายุ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวลัณษ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 96) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุใน เทศกาเภอเมืองจังหวัดสระบุรี พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพต่างกัน โดยในเพศชายจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เพราะมีร่างกายแข็งแรงมากกว่า ส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ถูกต้องจากสื่อมวลชนและเพื่อนได้มาก ซึ่งผู้หญิงส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในบ้านและมีความเป็นอยู่ในวงแคบกว่าเพศชาย มุห์เลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646) ได้ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าของสุขภาพ และพฤติกรรมในทางบวกต่อสุขภาพ พบว่า เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิต ($r = .15$) โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสุขภาพเป็นส่วนมาก แต่ทิพย์ภาบุรี (2529 : 88) ศึกษาพบว่าความรู้และการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพจิต ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ ในทานองเดียวกัน จรุธศรี ลัมสังจา (2528 : ๒) ศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความเชื่อและการปฏิบัติคนทางศาสนา ระหว่าง เพศชายและเพศหญิง

ในด้านอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเหตุว่าผู้ที่มีอายุน้อยมักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงจึงเป็นผลให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (Lowerstein and Rinehart ed by Krampitz 1981 : 254) พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2531 : 1,9,80,106) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยฉกรรจ์ อายุ 21-40 ปี เป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวมาก เพื่อให้คนได้เป็นที่ยอมรับของสังคมและส่วนรวม ทั้งสร้างความมั่นคงให้แก่ตนเองทางเศรษฐกิจ วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน อายุ 41-60 ปี จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ความอ่อนไหวทางกายและความฉับไวของสมอง โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เริ่มเข้ามาคุกคามร่างกาย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชราอายุ 61 ปีขึ้นไป จะยังคงมีความเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างก็จะปฏิบัติ ไม่ได้เช่นเดิม สมจิตต์สพรหมทัศน์ (2526 : 116) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ จะมีพฤติกรรมบางอย่างมีผลต่อเนื่องมาจากในวัยรุ่น เช่น การสูบบุหรี่ ซึ่งต้องใช้เวลานานในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ถูกต้อง มีการ

แสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมกับวัย ให้ความสนใจในความคิดเห็นของบุคคลอื่น ยอมรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น ต้องการแสดงออกถึงความสามารถของตนเอง ขณะเดียวกันก็ช่วยทำงานสังคมมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม พร้อมทั้งจะยอมรับกฎเกณฑ์ของสังคมได้ พรรณิกา แก้วมาลย์ (2531 : 96) ได้ศึกษาพฤติกรรมของบริ โคณิสัยในผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ได้รับการรักษาหายแล้วกับ กลุ่มกลับเป็นซ้ำ พบว่า บริ โคณิสัยในกลุ่มอายุ 19-39 ปี มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่จรรยา ลิมส์จางา (2528 : ๒) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในการปฏิบัติทางศาสนา และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 47) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง สังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า อายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่าง ไม่นัยสำคัญ ซึ่ง มุห์เลนแคมป์และโบรเออร์แมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 643) ศึกษาพบว่า อายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนชีวิต

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) มีผู้ ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีผลทางตรงมากที่สุดต่อแบบแผนชีวิต (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 643) จากการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 123) พบว่า การศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนิคยาภาสุนันท์ (2529 : 88) ที่ศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จรรยา ลิมส์จางา (2528 : ๒) ศึกษาความเชื่อและการปฏิบัติตนทางศาสนาของประชาชน ในสังคมเมือง พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกันในด้านการศึกษาที่ แตกต่างกัน

เกี่ยวกับอาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย จาโลวีกและเพาเวอร์ (Jalowiec and Power 1981 : 10-15) พบว่า อาชีพของการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเช่นกัน อาชีพบางอาชีพมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพอนามัย (ฉวีวรรณ อารยาพันธุ์ 2524 : 44) ซึ่งจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของทพียา บุรี (2529 : 69) พบว่า อาชีพข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจและเอกชน มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของน้องศรี ศรีมรกต (2526 : 112) ที่ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุ และพบว่าอาชีพต่างกัน ผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาค้างกัน และสอดคล้องกับวิสาสินี วงศ์ประเสริฐ (2529 : ๒) ที่ศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้หมวดนิรภัยของผู้ขับขี้อักรยานยนต์ และเสน่ห์ พบพาน (2528 : ๒) ศึกษาพบว่าอาชีพรับราชการจะมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาอากาศเป็นพิษมากที่สุด แค่อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528 : ๒) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้และการปฏิบัติเรื่อง โรคมะเร็งแตกต่างกันอย่าง ไม่นับนัยสำคัญ

โดยสรุปจากการศึกษาถึงความแตกต่างในด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ที่กล่าวมาส่วนใหญ่ พบว่า มีพฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกัน ยกเว้นเรื่อง เพศและอายุยังมีข้อขัดแย้งกันอยู่ เช่น บางการศึกษากล่าวว่าเพศชายมีพฤติกรรมดีกว่าเพศหญิง แต่บางการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีกว่าเพศชาย เป็นต้น จึงยังหาข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้ ส่วนระดับการศึกษาและอาชีพในการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่ากลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำและผู้ที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ

ความดันโลหิตสูง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงไว้ดังนี้ (Rocella 1987 : 786)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension, HT) หมายถึง ความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure, SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในช่วงหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure, DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท โดยมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางสมอง จอตา หัวใจ หรือไต

ความดันโลหิตสูงระดับก้ำกึ่ง (Borderline hypertension) หมายถึงความดันโลหิตที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตปกติ (Normotension) หมายถึงความดันโลหิตที่มีค่าต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงแบ่งตามสาเหตุของโรคมี 2 ประเภท คือ

1. ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) เกิดจากโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ โรคทางระบบประสาท ภาวะครรภ์เป็นพิษ ปฏิกริยาทดแทนที่เกิดจากโรคหัวใจ ยาเม็ดคุมกำเนิดและความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในไต ถ้ากำจัดสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ได้ผู้ป่วยจะไม่เกิดภาวะความดันเลือดสูง (สมชาติ โลจายะ 2524 : 324-327)

2. ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential or primary hypertension) ในกลุ่มนี้พบถึง 92-94% ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูง (เกษม วัณชัย 2531 : 31) ความดันโลหิตสูงประเภทนี้เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งในงานวิจัยนี้จะกล่าวเพียงเฉพาะความดันโลหิตสูงประเภทนี้

ในภาวะปกติค่าความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ยกเว้นในขณะหลับและขณะออกกำลังกาย ในขณะหลับความดันโลหิตอาจลงเหลือเพียง 60/40 มิลลิเมตรปรอท และขณะออกกำลังกายเต็มที่ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นได้มาก โดยเฉพาะค่าความดันขณะหัวใจบีบตัว ดังสมการความดันโลหิตมีดังนี้

$$MAP = CO \times TPR$$

MAP (mean arterial pressure) หมายถึงความดันโลหิตโดยเฉลี่ย

CO (Cardiac output) หมายถึงปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในหนึ่งนาที

TPR (total peripheral resistance) หมายถึงผลรวมแรงต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกาย

ดังนั้นจากสมการนี้ไม่ว่า CO หรือ TPR ตัวใดตัวหนึ่งเพิ่มขึ้นความดันเลือดก็จะเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ยังมีตัวกำหนดความดันโลหิตโดยอ้อม (indirect determinants) คือการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (activity of the autonomic nervous system) ปริมาณโซเดียมในร่างกาย ระบบของ

การหลั่งสารเคมีของไต และฮอร์โมนที่ควบคุมระดับเกลือในร่างกาย (salt-active steroids) ซึ่งในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ โคชาและคานิลส์ (Kocher and Daniel 1978 : 17-21) ได้อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพและกลไกการเกิดความดันโลหิตสูง ไว้ดังนี้

1. การคั่งของเกลือและน้ำ (retention of salt and water) ปริมาณของเกลือและของเหลว ภายนอกเซลล์ที่เพิ่มขึ้น มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูงในคนโดยทางพันธุกรรม ในภาวะปกติเมื่อความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงเล็กสูงขึ้น การขับเกลือและน้ำทางปัสสาวะจะเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับของเหลวในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะลดลงสู่ระดับปกติ แต่ในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การทำงานของไตจะไม่ปกติ ดังนั้นถ้าความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น ร่างกายไม่สามารถขับเกลือและน้ำออกจากไตได้ตามปกติ ผลจากการปรับกลไกทางร่างกายจะมีขึ้นในสภาวะใหม่ทำให้ปริมาณของเหลวในร่างกายและปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในหนึ่งนาทีเป็นปกติ อีกทั้งเพื่อให้ระดับการขับเกลือและน้ำออกจากร่างกายได้ในปริมาณเท่าเดิม จึงทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดง นอกจากนี้การบริโภคเกลือเป็นจำนวนมากจะมีผลต่อบุคคลที่มีความไวต่อเกลือ (salt sensitive) จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้และลักษณะนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

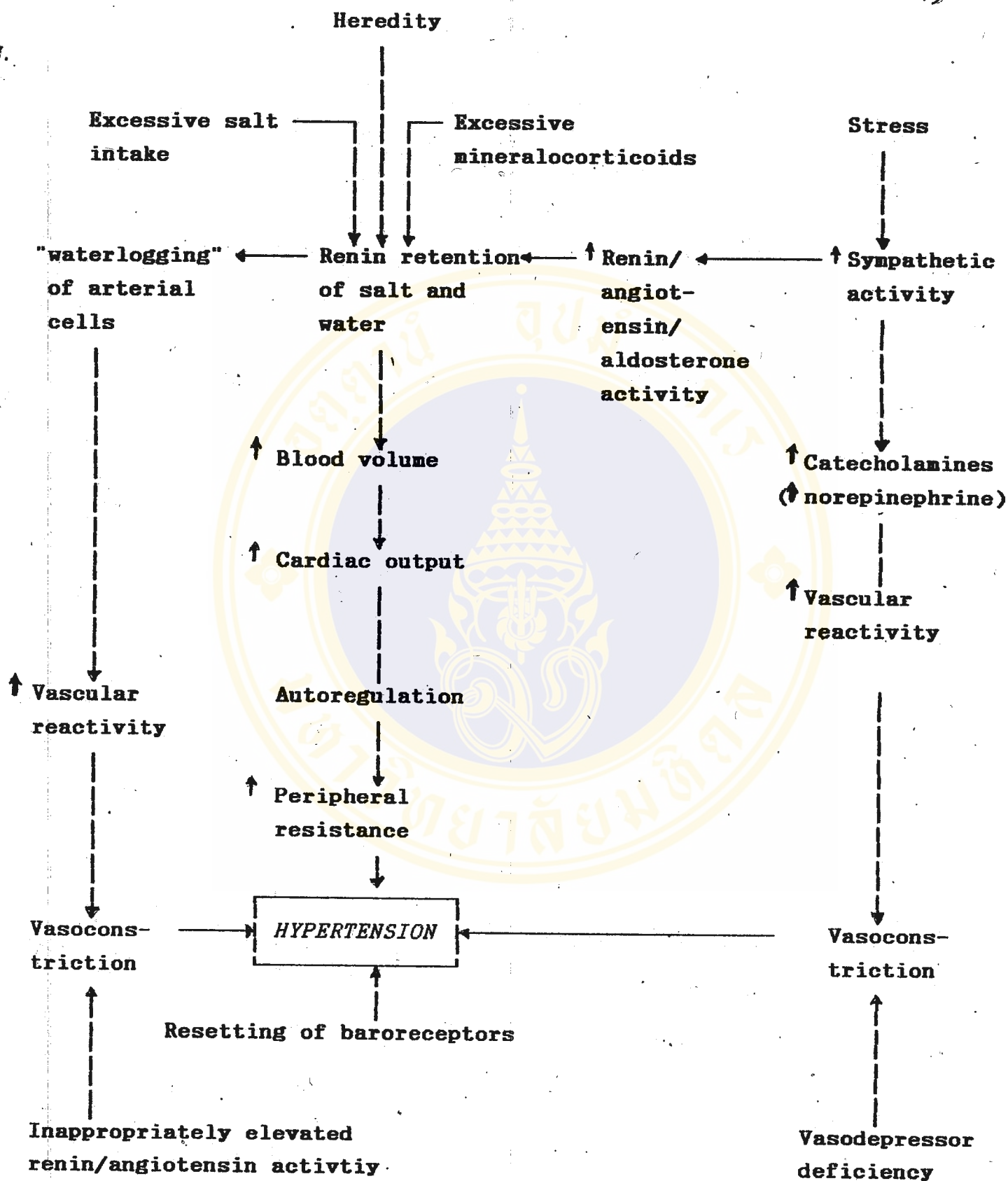
2. ความไม่สมดุลของเรนิน แองจิโอเทนซิน และแอลโดสเตอโรน (altered renin/angiotensin/aldesterone balance) โดยที่สารเคมีทั้ง 3 ตัวนี้เป็นตัวควบคุมความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงเล็ก ประมาณ 15% ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุมีระดับเรนินสูงกว่าปกติ

3. ความเครียดและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น (Stress and increased sympathetic activity) ปฏิกริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียด เป็นการป้องกันและปรับตัวตามปกติ ในภาวะที่มีความเครียด ระบบประสาทถูกกระตุ้น การทำงานของต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น ระบบประสาทจะปล่อยสารเคมีนอร์อิพิเนฟรินออกมา ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แต่หลังจากนั้นจะมีสารเคมีที่ระบบประสาทปล่อยออกมาทำให้ฤทธิ์ของนอร์อิพิเนฟรินหมดไป (buffer nerve) ความดันโลหิตจึงลดลง แต่กรณีที่มีการกระตุ้นระบบประสาทชนิดนี้นาน ๆ และคงที่ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถต้านปฏิกิริยานี้ จึงเกิดความดันโลหิตสูงตลอดเวลา พบว่า 25% ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ มีค่านอร์อิพิเนฟรินสูงอยู่ระหว่าง 24-75% (ค่าปกติ 1-5%) ยิ่งไปกว่านั้นสารเคมีตัวนี้ยังเป็นตัวกระตุ้นให้หลั่ง เรนินและแองจิโอเทนซินทำให้หลอดเลือดแดงเล็กหดตัวและเพิ่มความดันโลหิต ได้อีกทางหนึ่ง

4. ขาดสารเคมีที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว (Lack of vasodilator substances) ซึ่ง ได้แก่ ฟลอสคาเกลนดิน ไคนิน

จากกลไกที่กล่าวมาพอสรุปเป็นแผนภาพต่อไปนี้





ภาพที่ 1 Essential hypertension as a multifactorial disorders
(Kochar & Daniels 1978 : 17-21)

ถึงแม้จะไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงใน Essential hypertension แต่ก็เชื่อว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ (multifactorial) นั่นคือเป็นผลจากปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่มีต่อร่างกาย ดังนี้

ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว เป็นปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงพบบ่อยในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป (เกษม วัฒนชัย 2531 : 43) โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับกำเริบและทราบปัจจัยเสี่ยง ขณะที่อายุ 40 ปีจะมีอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูง สูงถึง 5.5% (WHO 1983 : 11) ในช่วงอายุ 30-69 ปี พบว่า คนผิวขาวมีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนผิวชาวกว่า 1.5-2 เท่า และมีความรุนแรงมากกว่าถึง 5 เท่า และในคนผิวขาวเพศหญิงมีความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวสูงกว่าเพศชาย (Saunders 1987 : 1015) ส่วนประวัติครอบครัวที่มีความดันโลหิตสูงในบิดามารดาจะถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (autosomal dominant gene with incomplete penetration) (Simpson 1985 : 783) จากการศึกษาในพวกลูกพี่ที่มีประเพณีนิยมแต่งงานในสายเลือดเดียวกัน พบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูง 73% และโรคอื่นอีก คือ โรคเบาหวาน 46% ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 80% ภาวะไขมันในเลือดสูง 67% (Thomas, et al. 1987 : 377-379)

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ที่สำคัญคือ การบริโภคเกลือในปริมาณที่สูง โดยได้รับจากสารอาหาร จากการศึกษาของฮันท์ (Hunt 1983 : 724-728) ถึงระดับวิทยาของความดันโลหิตสูงในประชากร พบว่า ถ้าบริโภคโซเดียมในอาหารปริมาณน้อยกว่า 30 มิลลิเอควิวาเลนต์ (mEq) ต่อวัน จะไม่พบที่มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ถ้าบริโภคระหว่าง 30-60 มิลลิเอควิวาเลนต์ต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงประมาณ 3% ส่วนการศึกษาของฟริชานโช ลิโอนาร์ค และบอลเลตติโน ศึกษาในสหรัฐอเมริกาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 20-70 ปี จำนวน 11,667 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้อยู่ในระยะที่รักษาด้วยยาหรืออาหารของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางลบระหว่างความดันโลหิตสูงและปริมาณโปตัสเซียมที่รับประทาน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและปริมาณโซเดียมที่รับประทาน และมีข้อสังเกตว่าคนผิวขาวรับประทานโปตัสเซียมน้อยกว่าคนผิวขาว ประกอบกับคนผิวขาวมีความไวต่อการเกิดความดันโลหิตสูงสูงกว่าคนผิวชาวยิ่งด้วย (Frisancho, Leonard and Bolettino 1984 : 515) ในการศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและความดันโลหิต จากประชากรตัวอย่างชาวอิตาลีเลียนจำนวน 5,049 ราย อายุระหว่าง 20-59 ปี พบว่าคนที่รับประทานอาหาร

ที่มีแคลเซียมสูง เป็นประจำมีความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัวต่ำกว่าคนที่บริโภคน้ำแคลเซียมน้อยและรับประทานไม่เป็นประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งในคนที่บริโภคน้ำอาหารประเภทถั่วเป็นประจำก็มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในช่วงหัวใจบีบตัวที่ต่ำกว่าในคนที่บริโภคไม่เป็นประจำ แต่ความแตกต่างยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ (Trevisan, et al. 1988 : 1155) การดื่มแอลกอฮอล์กับความดันโลหิตสูง มีผู้ศึกษาเรื่องนี้ในตัวอย่างประชากรเมืองอะคิตะและโอซากาประเทศญี่ปุ่น จำนวน 787 ราย พบว่า ความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละวัน กล่าวคือในคนที่ดื่มมีความชุกของโรค (prevalence) ของความดันโลหิตสูงค่าที่สุกและในคนที่ดื่มปริมาณ 56-83 กรัมต่อวัน มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม 2-3 เท่า แม้แต่ในคนที่เลิกดื่มแล้วยังมีความดันโลหิตสูงกว่าคนที่ไม่ดื่ม (Ueshima, et al. 1984 : 586) นอกจากนี้ยังมีรายงานที่สนับสนุนว่าในคนที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักคือดื่มจัดมากกว่า 83 กรัมต่อวัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงรวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดอีกด้วย (Dyer, et al. 1981 : III-20)

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคกาแฟกับระดับไขมันเลวในเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 9,043 ราย อายุระหว่าง 30-69 ปี ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์กันในทางบวกระหว่างการบริโภคกาแฟหรือกาแฟที่สกัดคาเฟอีนกับระดับไขมันเลวในเลือด (Davis, et al. 1988 : 124-136) ซึ่งหากดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกันพบว่าความดันโลหิตเพิ่มได้ถึง 5-15 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 15 นาที และจะคงสูงอยู่นานถึง 2 ชั่วโมงแต่หากดื่มกาแฟจัดติดต่อกันถึง 4 สัปดาห์ ก็จะมีการปรับตัวและความดันโลหิตไม่สูงขึ้นอีก (เกษม วัฒนชัย 2531 : 124)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาโดยการคัดกรองชุมชนในตัวอย่างประชากร 1 ล้านคน เพื่อดูการกระจายของความดันโลหิตสูง พบว่า ในคนที่อายุระหว่าง 20-39 ปี และมีน้ำหนักเกินมีการกระจายของความดันโลหิตสูงเป็น 2 เท่าของคนน้ำหนักปกติ และในคนที่อายุระหว่าง 40-64 ปี มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 50 เปอร์เซ็นต์ (Schmieder, Franz, and Messerli 1987 : 991-992) และในการศึกษาติดตามถึงภาวะอ้วนกับความดันโลหิตสูงในวัยรุ่น พบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินในคอนวักครั้งแรก ต่อมาอีก 2 ปี มาวัดซ้ำในกลุ่มเดิม พบว่า จะมีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนเหมือนเดิมและมีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากในกลุ่มนี้ (Adeyanju, et al. 1987 : 109-112) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาในกลุ่มพรามิ้งแฮมบ่งชี้ว่าการเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงในอนาคต ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติขณะ

ที่ศึกษาครั้งแรกจะมีแนวโน้มของความดันโลหิตสูงขึ้นตามสัดส่วนของน้ำหนักในร่างกายที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักมาตรฐานจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 8 เท่า (Kannel 1978 : 48)

ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยศึกษาคิดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีการออกกำลังกาย จะมีปริมาณของการใช้ออกซิเจนสูงสุดในร่างกายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และระดับไขมันเลวในเลือดของเพศชายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่าไม่แตกต่างกัน (Paulev 1984 : 545) นอกจากนี้แล้วการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในอัตราที่ต่ำกว่าการมีกิจกรรมทางร่างกายน้อย และการออกกำลังกายจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้แก่ ระดับไขมันเลวในเลือด น้ำหนักที่สัมพันธ์กับส่วนสูงของร่างกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับน้ำตาลในเลือด (Kannel, et al. 1986 : 823-824)

อิทธิพลทางด้านจิตสังคมต่อความดันโลหิตสูง ในคนที่มีความเครียดเรื้อรังอาจทำให้มีความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และถ้ามีลักษณะบุคลิกภาพชนิดเอ คือ โกรธง่าย เสียใจง่าย ชอบการแข่งขัน ก็ยังมีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (WHO 1983 : 28) ซึ่งกลไกการเกิดได้อธิบายในภาพที่ 2 อย่างไรก็ตาม บุญยสิทธิ์ วรจันทร์ (2529 : 147) ได้ศึกษาความเครียดและความวิตกกังวลในชุมชนสลัม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมี 2 วิธีคือ

1. การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ซึ่งแพทย์จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

2. การรักษาโดยการไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตหรือสัณยสัยที่ไม่ดีมาเป็นแบบแผนชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแคปแลน (Kaplan 1985 : 359) ได้เสนอไว้ 7 วิธี คือ การลดน้ำหนักในคนที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน การจำกัดการรับประทานโซเดียมวันละ 2 กรัม การทดแทนด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม การรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นและลดอาหารไขมันอิ่มตัว

การจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์โดยดื่มเพียงวันละ 1 ออนซ์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การฝึกผ่อนคลายและการทำสมาธิ ส่วนในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มักจะได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบ เพราะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอื่น ๆ

การลดน้ำหนักของผู้ป่วยที่อ้วนหรือน้ำหนักเกิน มีการศึกษาเปรียบเทียบการลดความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวระหว่างการให้ยาหลอก (Placebo) ยาเมโทโพรลอล (Metoprolol) 200 มิลลิกรัม และการลดจำนวนแคลอรีที่รับประทานลงวันละ 1000 แคลอรี ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขั้นเล็กน้อย (mild hypertension) หลังจากติดตามผู้ป่วยอยู่ 21 สัปดาห์ พบว่าการลดน้ำหนักหรือลดจำนวนแคลอรีที่รับประทาน ทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลง ได้ดีกว่าการให้ยาเมโทโพรลอลและการให้ยาหลอก ซึ่งถ้ารักษาโดยการลดน้ำหนักหรือลดจำนวนแคลอรีที่รับประทานเป็นระยะเวลานาน ๆ จะมีผลดีในกรณีที่ไม่เกิดอาการข้างเคียงของยาลดความดันโลหิต (MacMahon, et al. 1985 : 1233) การจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทานสำหรับผู้ที่มีความไวต่อเกลือ สามารถลดความดันโลหิตได้ อีกทั้งยังเป็นการป้องกันความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติแต่มีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยผิวดำ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเร็นินต่ำ (Houston 1986: 179) แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยบางคน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโซเดียมกับความดันเลือดสูง (Frisancho, Leonard, and Bolletino 1984 : 515) อย่างไรก็ตามในทฤษฎีที่เสนอให้ปฏิบัติ คือรับประทานโซเดียมวันละประมาณ 2 กรัม (88 มิลลิโมล) หรือ 1 ช้อนกาแฟ เพราะในผู้ป่วยที่มีอายุมาก การรับรสของลิ้นจะ ไม่ดี โดยเฉพาะกับความเค็ม ซึ่งอาจทำให้รับประทานเกลือเป็นจำนวนมากจนกว่าลิ้นจะรับรสได้ จึงควรระมัดระวังสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (Grzegorzcyk, Jones, and Mistrella 1979 : 834) ส่วนการทดแทนด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียม ในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถยืนยันได้เต็มที่แต่อธิบายได้ว่า การได้รับโพแทสเซียมมากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการขับโซเดียมทางปัสสาวะ แมกนีเซียมมีบทบาทในการรักษาในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูงและมีอาการของครรภ์เป็นพิษ สำหรับแคลเซียมมีรายงานว่า การบริโภคแคลเซียมเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ความดันโลหิตต่ำลงเล็กน้อย (Maxwell & Waks 1987 : 864-870)

ในคนที่กินเจหรือมังสวิรัต จะมีความดันโลหิตต่ำกว่าและความดันโลหิตที่สูงขึ้นตามอายุจะสูงขึ้นน้อยกว่าในคนที่บริโภคเนื้อสัตว์ โดยกลไกแล้วยังไม่ทราบแน่ชัด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนมากมักมีระดับไขมันเลวเคอโรลในเลือดสูง

และอาจให้ยาลดความดันโลหิตบางตัวที่มีผลต่อระดับไขมันในเลือด ดังนั้นอาหารมังสวิรัตมีผักและผลไม้ที่มีกากมากและหากให้อาหารที่มีกากมาก ไขมันต่ำ และลดเค็ม พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ (Kaplan 1987 : 920) ส่วนการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์นั้น ไม่ควรดื่มเกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน เพราะจากการศึกษาของแมคมาฮอน และนอร์ตัน พบว่าไม่มีความแตกต่างของความดันโลหิตระหว่างผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์กับผู้ดื่มจำนวนเล็กน้อย (น้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อวัน) (MacMahon & Norton 1986 : 124) ซึ่งการดื่มในปริมาณเล็กน้อยจะเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นในคนที่ดื่มปริมาณต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อวันหรือต่ำกว่า 2 ออนซ์ จึงไม่จำเป็นต้องหยุดดื่ม (Kaplan 1987 : 927) สำหรับผู้ที่ดื่มจำนวนมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อวัน ก็ควรลดปริมาณลงเพราะมีความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดในสมองแตก (Stroke) ใ้สูงกว่าคนที่ไม่ดื่มถึง 4.2 เท่า (Gill, et al. 1986 : 1041)

มีการศึกษาควบคุมการออกกำลังกายชนิด ไอโซโทนิค (Isotonic exercise) อย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าหลังจากทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ การออกกำลังกายในกิจกรรมที่กำหนดทำให้ความดันโลหิตทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและหัวใจคลายตัว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Duncan, et al. 1985 : 2609) นอกจากนี้การออกกำลังกายยังให้ประโยชน์คือทำให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปอย่างกระฉับกระเฉง ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจและปอด ระบบต่อมไร้ท่อทำงานดีขึ้น สุขภาพจิตและภาพลักษณ์ต่อตนเองดีขึ้นเช่นกัน (Pender 1987 : 286-287) แต่สำหรับผู้ป่วยที่อ้วน ไม่เคยออกกำลังกายหรือผู้สูงอายุควรปรึกษาแพทย์ก่อน

การฝึกผ่อนคลายและทำสมาธิเป็นการกระทำที่มีผลตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยการลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาท ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย อัตราการเผาผลาญในร่างกายต่ำลง ลดอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดการหดตัวของผนังของกล้ามเนื้อหัวใจเวนทริเคิล ลดความดันโลหิตทั้งในช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัว และเพิ่มคลื่นไฟฟ้าแอลฟาในสมอง (Pender 1987 378-379) มีการศึกษาเกี่ยวกับการฝึกพฤติกรรมบำบัด โดยหายใจลึก ๆ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิและการจัดการความเครียดกับการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการศึกษาติดตาม 4 ปี ผลคือสามารถลดความดันโลหิตได้ซึ่งให้ผลในระยะยาว (Patel, et al. 1985 : 1103) และมีรายงานสนับสนุนเกี่ยวกับการทดลองฝึกผ่อนคลายและการสะท้อนกลับทางชีวภาพ

(Biofeedback) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า หลังจากฝึกนาน 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Little, et al. 1984 : 865) ส่วนในประเทศไทย ศรีนวล พุ่มเจริญ (1980) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทดลองกับผู้ป่วยที่มารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลรามารัตน์ จำนวน 30 คน ผู้ป่วย 15 คนในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายและฝึกเองที่บ้านทุกวันร่วมกับการได้รับยาความดันโลหิตลดลง 12 สัปดาห์ ของการควบคุม ส่วนอีก 15 คนในกลุ่มควบคุมได้รับยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ผลการทดลองพบว่า ความดันโลหิตในระยะหัวใจบีบตัวในท่านอนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่ 12 ของการทดลอง ส่วนความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยสรุป ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดความดันโลหิตสูงหรือมีความดันเลือดสูงชนิดกำกวม บุคลากรในทีมสุขภาพควรแนะนำข้อปฏิบัติที่ผู้ป่วยสามารถกระทำ โดยไม่ต้องใช้ยาในผู้ป่วยทุกราย ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจหรือสมอง ผู้ป่วยอาจได้รับยาลดความดันโลหิตในระยะแรกของการรักษา ต่อมาเมื่อความดันโลหิตลดลง ควรให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว โดยไม่ใช้ยา เพราะผู้ป่วยสามารถทำได้เองนอกจากจะมีผลดีต่อสุขภาพแล้วยังมีประโยชน์ในแง่เศรษฐกิจของผู้ป่วย และลดภาวะแทรกซ้อนของยาในระยะยาวอีกด้วย ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงในขั้นวิกฤต เมื่อได้รับยาจนความดันลดลงสู่ระดับปกติที่ไม่เป็นอันตรายแล้ว ควรพิจารณาให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมโรคหรือที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดอื่น ๆ ด้วย

การส่งเสริมสุขภาพในการรณรงค์ด้านแบบแผนชีวิต

ดังที่กล่าวข้างต้นจะเห็นว่าโรคเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเป็นสาเหตุของความพิการและการตายในประเทศที่พัฒนาแล้วและปัจจุบันก็ยังคงเป็นอยู่ จึงควรมีการจัดการในเรื่องป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น กระตุ้นให้ประชาชนมีการปรับปรุงแบบแผนชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพให้ดีขึ้น สอดแลนด์ และบริษัทเสนอแนวทางว่าควรมีการป้องกันในชุมชน โดยรัฐร่วมมือกับชุมชน ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียน สถานที่ทำงาน ร้านค้า สาธารณสถานและองค์กรต่าง ๆ ให้

เป็นสื่อในการกระจายความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและที่สำคัญควรมุ่งเน้นไปที่ครอบครัว เพื่อให้เด็ก ๆ ได้รับสนธิสนัยที่ดี ตลอดจนให้สถานบริการทางสุขภาพมีการคัดกรองหรือค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในชุมชน (Holland & Breeze 1986 : 380-386) การส่งเสริมสุขภาพจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อรัฐหรือหน่วยงานร่วมมือกับชุมชนและบุคคลมีความรับผิดชอบสุขภาพตนเองเป็นเบื้องต้น การอนามัยมีรากฐานมาจากการมีสนธิสนัยที่ดี ซึ่งเป็นผลจากการกล่อมเกลามาตั้งแต่เยาว์วัยในสถานศึกษา และมีการปฏิบัติต่อเนื่องตลอดโดยสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการจัดบริการอนามัยหรือบริการสาธารณสุข มุนเสนอแนะว่าการศึกษาในโรงเรียนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิตเพราะเด็กมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพโดยข้อมูลเหล่านี้จะสร้างความรู้และช่วยปลูกฝังทัศนคติการรับรู้ ซึ่งประเด็นในการสอนมี 6 หัวข้อคือ 1) ร่างกายทำงานอย่างไร 2) การระวังร่างกายให้ปลอดภัย 3) การกินเพื่อสุขภาพดี 4) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การใช้ยา และ 6) การออกกำลังกายกับการพักผ่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลักษณะของแบบแผนชีวิตที่ดี (Moon 1987 : 49-50) ส่วนในด้านบริการทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะที่โรงเรียน มีการให้สุขภาพรับปรึกษาปัญหาสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย โดยเฉพาะมีการควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นแผนงานในระดับชาติของสหรัฐอเมริกา มีการจัดการเรื่องโภชนาการและในโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในโรงเรียนยังให้ความสำคัญไปถึงครอบครัวในการหาปัจจัยเสี่ยง มาตราการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคของหลอดเลือดในสมองด้วย (Mollohan 1986 : 237)

นายแพทย์ซี เอฟเวอเรต คูบ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้ช่วยรัฐมนตรี ของสหรัฐอเมริกาได้ตั้งเป้าหมายว่าจะให้สังคมอเมริกันเป็นสังคมที่ปลอดบุหรี่ภายในปีค.ศ. 2000 หรือ พ.ศ. 2543 โดยบางรัฐ เช่น เวอร์จิเนียถึงกับออกกฎหมายว่าถ้าพนักงานดับเพลิง คาราวจ หรือผู้ช่วยนายอำเภอคนใดที่เสียชีวิตหรือไร้ความสามารถด้วยโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ หรือความดันโลหิตสูง ก่อนวัยอันสมควรเนื่องจากการสูบบุหรี่ ทางรัฐจะปฏิเสธการร้องขอค่ารักษาหรือบำนาญให้แก่พนักงาน (โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ 2530 : 94) ส่วนในประเทศไทยมีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เด่นชัดคือโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ มีการประกาศเขตปลอดบุหรี่เป็นที่ ๆ ไป เช่น ที่กรุงเทพมหานครประกาศให้เขตท้องประชุม ห้องทำงาน ที่ผู้ป่วย หรือสถานที่ราชการบางแห่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นผลดีต่อหน่วยงานที่พยายามคุ้มครองผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นโดยองค์กรเอกชน คือสมาคมนักวิ่งเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย ชมรมผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมเรื่องการออกกำลังกาย โภชนาการ และสันทนาการ และที่สำคัญคือ นโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ยังให้ความสำคัญของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพโดยการมีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพนอกจากมีประโยชน์ต่อตนเองแล้ว ยังมีประโยชน์ต่อส่วนรวมคือ จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการให้บริการทางสุขภาพขององค์กรกับแบบแผนชีวิต พบว่า ผู้ที่มีคะแนนแบบแผนชีวิตดีหรือมีคะแนนสุขภาพดี อัตราการให้บริการทางสุขภาพจะต่ำกว่าคนที่มีความแบบแผนชีวิตต่ำ (Vickery, et al. 1986 : 1166) ดังนั้นการส่งเสริมให้มีสุขภาพดีควรปฏิบัติดังนี้

1. ส่งเสริมแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกในสิ่งที่เสี่ยงต่ออันตรายน้อยกว่าและมีโอกาสที่จะมีชีวิตยืนยาวขึ้น โดยกระตือรือร้นไปนี้ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราหรือดื่มไม่เกิน 20 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารเข้าทุกวัน ไม่รับประทานอาหารจุลจุลระหว่างมื้อ รักษาน้ำหนักให้อยู่ในค่ามาตรฐาน นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงในแต่ละคืนและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. สนใจกับความต้องการของร่างกาย เช่น ร่างกายต้องการพักผ่อนหรือมีอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ ตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปี ผู้หญิงควรตรวจเต้านมและตรวจหามะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์
3. สุขภาพทางสังคม ได้แก่ การมีบทบาทที่ดีต่อสังคม เพื่อน ญาติ และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
4. สุขภาพทางอารมณ์ ประกอบด้วยมีความสามารถในการทำงาน การเรียน หรือการชักจูงบุคคลให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม มีความเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และรู้วิธีการเผชิญอย่างถูกต้องกับปัญหาในแต่ละวัน มีการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง และไม่ใช้สารเคมี เช่น แอลกอฮอล์หรือยาที่มีผลต่อจิตใจมาช่วยจัดการหรือหลีกเลี่ยงปัญหา
5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ ซึ่งบางคนเชื่อว่าสุขภาพดี ครอบคลุมถึงความรู้สึกที่พฤติกรรมของบุคคลนั้นแสดงออกมาบนพื้นฐานของคุณค่าของชีวิต ความรู้สึกถึงสิ่งที่ดี ๆ และการเคารพต่อธรรมชาติ (Levy, Digma, and Shirreffs 1984 : 6-7)

ข้อปฏิบัติทั้ง 5 ข้อที่กล่าวมา เป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำและควบคุมหรือเปลี่ยนแปลง ได้โดยลำพัง ดังนั้นการมีสุขภาพดีจึงขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติของตนเองหรือการมีแบบแผนชีวิตที่ดี การส่งเสริมแบบแผนชีวิตที่ดีจะทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสามารถที่จะทำใหตนเองมีความเป็นอยู่ที่ดี เฮตเลอร์ (Hettler 1982 : 207-238) ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินแบบแผนชีวิตไว้ในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยวิสคอนซิน สตีเวน พอยท์ (The University of Wisconsin-Stevens Point) ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ แบบประเมินเพื่อสุขภาพดี (Wellness Inventory Section) การเจริญเติบโตของบุคคล (Personal Growth) ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Risk of

Death or Health Hazard Appraisal) และการระมัดระวังในการใช้ยา (Medical Alert Section) ซึ่งในส่วนของแบบประเมินเพื่อสุขภาพที่ประกอบด้วยข้อความทางบวก (positive statements) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ 6 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกายมี 5 หมวด ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการร่างกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลตนเอง การปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะและการใช้ยา ในด้านนี้จะวัดความสามารถที่บุคคลจะดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของระบบหัวใจและหลอดเลือด วัดพฤติกรรมที่จะช่วยให้บุคคลมีการป้องกันและบ่งชี้ความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้น และวัดความสามารถที่บุคคลจะเลือกอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ
2. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นการวัดว่าบุคคลมีส่วนร่วมในสังคมของตนเอง การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ด้านอารมณ์ มี 2 หมวดคือ การรู้จักอารมณ์ตนเองและการยอมรับ และหมวดการจัดการกับอารมณ์ เป็นการวัดว่าบุคคลมีความตระหนักและเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและสามารถควบคุมให้เหมาะสม ความรู้สึกทางด้านบวกต่อบุคคลและชีวิต
4. ด้านสติปัญญา เป็นการวัดความสามารถที่บุคคลจะจัดการทางด้านความคิดในทางสร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นกิจกรรมด้านความคิด สามารถจะใช้แหล่งประโยชน์จากความรู้ของตนเอง เพื่อเพิ่มทักษะของตนเอง และแบ่งปันให้กับผู้อื่น
5. ด้านการประกอบอาชีพ เป็นการวัดความพึงพอใจที่บุคคลได้รับจากการทำงาน และความสามารถในการปฏิบัติงาน
6. ด้านศาสนา เป็นการวัดว่าบุคคลสามารถหาความหมาย และจุดประสงค์ของการมีชีวิต ซึ่งประกอบด้วยความพึงพอใจในการมีชีวิตและทางด้านจิตวิญญาณความเชื่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า แบบแผนชีวิตที่ไม่ดีมีผลต่อสุขภาพหลาย ๆ ด้านรวมทั้งทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เพราะการมีความดันโลหิตสูง โดยที่ตัวผู้ป่วยไม่ทราบประกอบกับไม่มีอาการของความดันโลหิตสูงแสดงออกมา เมื่อระยะเวลาผ่านไปอาจมีผลเสียต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายคือ หัวใจ สมอง ไต และหลอดเลือด ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแทรกซ้อนของอวัยวะที่กล่าวมา การมารักษาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแทรกซ้อนหรือเป็นโรคแล้ว เป็นการแก้ที่ปลายเหตุ ผู้ป่วยต้องสิ้นเปลืองทั้ง เวลาและ เศรษฐกิจ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพส่วนบุคคลโดยสนับสนุนให้มีแบบแผนชีวิตที่ดีจะเป็นการป้องกันโรคในระยะเริ่มต้นที่ถูกต้อง ฉะนั้นผู้วิจัยจึงเห็นสมควรที่จะศึกษา เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติในประชากรวัยผู้ใหญ่ เพื่อนำมาเป็นแนวทางปรับปรุงแก้ไขในด้านการป้องกันและส่งเสริมให้ประชากรวัยนี้มีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติและเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตระหว่างตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างคือ อายุ เพศ การศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นประชากรทั้งชายและหญิง 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มที่มีความดันโลหิตปกติ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป มีอายุ ระหว่าง 25 ปี ถึง 80 ปี ณ โรงพยาบาลรามธิบดี ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2532

การเลือกตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เลือกตัวอย่างด้วยวิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ โรคไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรักษามาแล้วไม่เกิน 1 ปี ผู้วิจัยจะตรวจสอบจากเวชสถิติเพื่อคว้านักตรวจของผู้ป่วย รวมทั้งในกรณีที่พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใหม่ จะให้พยาบาลส่งมาหาผู้วิจัยคัดเลือกคุณสมบัติ แล้วสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 62 ราย คอบบปฏิเสธ 2 ราย คงเหลือ 60 ราย

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป ซึ่งไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคเก๊าต์ โรคหืด ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคมะเร็ง หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยใช้วิธีจับสลากรหัสเลขที่ผู้ป่วยตรวจ ซึ่งมีเบอร์ 1 ถึง 30 จากตรวจของแพทย์แต่ละห้อง เข้าเป็นตัวอย่างจำนวน 90 ราย คอบบปฏิเสธไป 16 ราย คงเหลือ 74 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ไขนั

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้าหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน Wellness Inventory Section ของเฮตเลอร์ (Hettler 1982 : 226-231) และได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยประกอบด้วยข้อความ จำนวน 165 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย มี 60 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ดังนี้

การออกกำลังกาย	มี 10 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก
การปฏิบัติทางโภชนาการ	มี 12 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก
การดูแลตนเอง	มี 12 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก
ความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ	มี 7 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก
การเดินทางเท้าและการไคยสาร	มี 7 ข้อ	ข้อ 1 เป็นข้อความทางลบ
การใช้ยา	มี 12 ข้อ	ข้อ 4,5,6,7,8 และ 11 เป็นข้อความทางลบ

2. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม มี 17 ข้อ เป็นข้อความทางบวก

3. ด้านอารมณ์ มี 52 ข้อ เป็นข้อความทางบวก แบ่งออกเป็น 2 หมวดคือ

การรู้จักอารมณ์ตนเองและการยอมรับ	มี 30 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก
การจัดการกับอารมณ์	มี 22 ข้อ	เป็นข้อความทางบวก

4. คำนสคิปัญญา มี 9 ข้อเป็นข้อความทางบวก
5. คำนการประกอบอาชีพ มี 15 ข้อเป็นข้อความทางบวก
6. คำนศาสนา มี 12 ข้อเป็นข้อความทางบวก

แต่ละข้อให้เลือกตอบได้ 4 อันค้บคือ เป็นประจำ เป็นส่วนใหญ่ นานา ครั้ง และ ไม่เคย คำคอบที่ไค้แปลงเป็นคะแนนคังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	เท่ากับ	4 คะแนน	1 คะแนน
เป็นส่วนใหญ่	เท่ากับ	3 คะแนน	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคย	เท่ากับ	1 คะแนน	4 คะแนน

เมื่อไค้คะแนนรวมและคิคเป็นค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนชีวิคในค้ละ คำนแล้วมีเกศคังนี้

คำนร่างกาย

ถ้าคะแนนเฉลี่ย ค้กกว่าหรือเท่ากับ 90 หมายถึง แบบแผนชีวิคไค้ ค้วรแก้ไชปรับปรุงเป็นส่วนใหญ่

- > 90-150 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้พอไช ค้วรแก้ไชปรับปรุงเล็กน้อย
- > 150-210 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้
- > 210-240 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้มาก

คำนสังคมและสิ่งแวดล้อม

คะแนนเฉลี่ย ค้กกว่าหรือเท่ากับ 25.5 หมายถึง แบบแผนชีวิคไค้ ค้วรแก้ไชปรับปรุงเป็นส่วนใหญ่

- > 25.5-42.5 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้พอไช ค้วรแก้ไชปรับปรุงเล็กน้อย
- > 42.5-59.5 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้
- > 59.5-68 หมายถึง แบบแผนชีวิคค้มาก

ด้านอารมณ์

คะแนนเฉลี่ย ค่ากว่าหรือเท่ากับ 78 หมายถึง แบบแผนชีวิตไม่ดี ควรแก้ไขปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่

- > 78-130 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีพอใช้ ควรแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- > 130-182 หมายถึง แบบแผนชีวิตดี
- > 182-208 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีมาก

ด้านสติปัญญา

คะแนนเฉลี่ย ค่ากว่าหรือเท่ากับ 13.5 หมายถึง แบบแผนชีวิตไม่ดี ควรแก้ไขปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่

- > 13.5-22.5 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีพอใช้ ควรแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- > 22.5-31.5 หมายถึง แบบแผนชีวิตดี
- > 31.5-36 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีมาก

ด้านการประกอบอาชีพ

คะแนนเฉลี่ย ค่ากว่าหรือเท่ากับ 22.73 หมายถึง แบบแผนชีวิตไม่ดี ควรแก้ไขปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่

- > 22.73-37.73 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีพอใช้ ควรแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- > 37.73-52.73 หมายถึง แบบแผนชีวิตดี
- > 52.73-60 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีมาก

ด้านศาสนา

คะแนนเฉลี่ย ค่ากว่าหรือเท่ากับ 18 หมายถึง แบบแผนชีวิตไม่ดี ควรแก้ไขปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่

- > 18-30 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีพอใช้ ควรแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย
- > 30-42 หมายถึง แบบแผนชีวิตดี
- > 42-48 หมายถึง แบบแผนชีวิตดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัย ได้ปรับปรุงแบบสอบถามแบบแผนชีวิตของ เฮค เลอร์ และ คัดแปลง เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของคนไทย แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องของภาษา หลังจากนั้นจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ 4 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุง เครื่องมือ ซึ่งเดิมของเฮคเลอร์มี 173 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ได้คัดข้อความที่ไม่เหมาะสมกับคนไทยไป 15 ข้อ และเพิ่มเติมหมวดการเค้นทางเท้าและการโดยสารรถขึ้นอีก 7 ข้อ รวมเป็น 165 ข้อ แล้วนำไปทดสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไข โดยให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป และมีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 12 ราย พบว่า ในข้อความบางข้อที่เป็นทางบวก ผู้ป่วยไม่เข้าใจ จึงเปลี่ยนเป็นข้อความทางลบ ส่วนใจความไม่เปลี่ยน ไปจากเดิม เช่น ในหมวดการใช้ยา ข้อ 5 เดิมเป็น ฉันไม่สับสนยาเปลี่ยนเป็น ฉันสับสนยาและกลับการให้คะแนน หลังจากนั้นนำไปทดสอบหาความเที่ยง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 รายตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณด้วยสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในแต่ละหมวดและแต่ละคำถามดังนี้

	รายหมวด	รายคำถาม
ด้านร่างกาย		.85
การออกกำลังกาย	.87	
การปฏิบัติทางโภชนาการ	.86	
การดูแลตนเอง	.55	
ความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ	.41	
การเค้นทางเท้าและการโดยสารรถ	.54	
การใช้ยา	.81	
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม		.79
ด้านอารมณ์		.91
การรู้จักอารมณ์และการยอมรับ	.89	
การจัดการกับอารมณ์	.86	

รายหมวด รายคำ

ด้านสถิติ	.81
ด้านการประกอบอาชีพ	.87
ด้านศาสนา	.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและนำไปให้หัวหน้าหน่วยเวช-
ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และหัวหน้าการพยาบาลของแผนก เวชศาสตร์
หัวใจและหลอดเลือด เสร็จแล้วจึง เริ่มเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและวิธีที่กำหนด คัดกระ-
คายส์ที่ผู้วิจัยหาขึ้น เพื่อให้พยาบาลประจำห้องตรวจทราบว่า เป็นกลุ่มตัวอย่าง
หลังจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการตรวจจากแพทย์ พยาบาลจะแนะนำให้กลุ่มตัว-
อย่างมาพบผู้วิจัยที่บริเวณสถานที่ที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะถามความสมัครใจในการ
เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัด
ความดันโลหิต อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ในรายที่มี
ปัญหาในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและให้ตัวอย่างตอบคำถามช่องคำตอบที่ระบุ
ซึ่งจะใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ขณะที่ทำแบบสอบถามอยู่ กลุ่มตัวอย่างมี
สิทธิ์ที่จะบอกเลิกขอเป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้ ซึ่งหากมีกรณีเช่นนี้ผู้วิจัยจะคัดออกจาก
เป็นกลุ่มตัวอย่างทันที
3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจ
ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

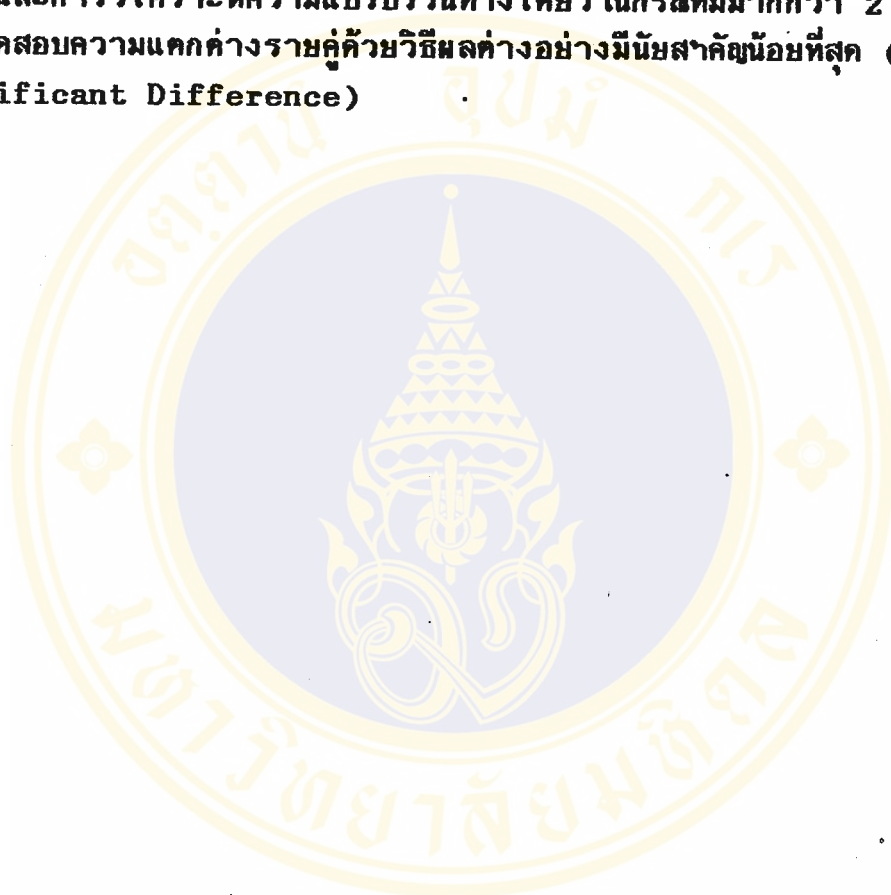
การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS= ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ
การศึกษา อาชีพ นามสกุล อายุงานและร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันเลือดสูงและผู้ที่ไม่มีความดันเลือดสูงด้วยสถิติ (t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพด้วยสถิติและการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวในกรณีที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างอย่างมีนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference)



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มี 134 ราย เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 74 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 อายุอยู่ในช่วง 25-39 ปี ร้อยละ 78.4 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอุดมศึกษาร้อยละ 55.4 มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชนร้อยละ 63.5 ส่วนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง 60 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 55 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือร้อยละ 60 อาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน ร้อยละ 47.7 เมื่อทดสอบความแตกต่างเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า เพศมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ส่วนอายุแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 การศึกษาและอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจากนครตามเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ		ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	35	47.3	33	55	.50ns
หญิง	39	52.7	27	45	
อายุ					
25-39 ปี	58	78.4	15	25	39.94**
40-60 ปี	16	21.6	45	75	
การศึกษา					
ประถมศึกษา	24	32.4	36	60	9.81*
ประถมศึกษา	9	12.2	6	10	
อุดมศึกษา	41	55.4	18	30	
อาชีพ					
หาหนาทาไร่	17	23	9	15	
รับจ้างรายวัน					
รับราชการ	47	63.5	28	47.7	10.92*
รัฐวิสาหกิจ					
และบริษัท					
เอกชน					
อื่น ๆ เช่น พ่อบ้าน	10	13.5	23	38.3	
แม่บ้านหรือพวกที่ไม่					
ได้ประกอบอาชีพหรือ					
อาชีพค้าขาย					
รวม	74	100.0	60	100.0	

**p < .001, *p < .01, ns p > .05

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตในด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งในด้านร่างกายผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีพอใช้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตอยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง ส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ คังการางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ

แบบแผนชีวิต	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	X	SD	t	P
ด้านร่างกาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	60	147.77	22.83	2.93	.00
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	159.42	22.99		
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	60	53.28	6.63	0.05	.96
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	53.34	6.55		
ด้านอารมณ์	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	60	155.78	18.75	-0.77	.44
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	153.36	17.41		
ด้านสติปัญญา	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	60	23.52	5.7	2.20	.0
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	25.47	4.58		
ด้านการประกอบอาชีพ	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	57	44.44	8.09	1.00	.32
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	45.77	7.08		
ด้านศาสนา	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	60	34.88	6.2	-0.26	.79
	ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ	74	34.59	6.65		

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

3.1 เพศ พบว่า กลุ่มเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ สูงกว่ากลุ่มเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01, .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา เพศชายและเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย
คะแนนแบบแผนชีวิตระหว่าง เพศชายและ เพศหญิง

แบบแผนชีวิต	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	X	SD	t	P
ค่านร่างกาย	ชาย	68	159.85	23.75	2.9	.00
	หญิง	66	148.38	22.07		
ค่านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ชาย	68	53.18	6.35	-0.24	.81
	หญิง	66	53.45	6.82		
ค่านอารมณ์	ชาย	68	151.49	17.3	-1.96	.06
	หญิง	66	157.5	18.31		
ค่านสติปัญญา	ชาย	68	26.12	4.55	3.6	.00
	หญิง	66	23.03	5.36		
ค่านการประกอบอาชีพ	ชาย	66	46.52	6.6	2.5	.04
	หญิง	65	43.85	8.22		
ค่านศาสนา	ชาย	68	35.41	5.76	1.27	.20
	หญิง	66	34.02	6.94		

3.2 อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายและด้านสติปัญญา สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี อายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา ในกลุ่มอายุต่างกัน คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิต แตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน
แบบแผนชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน

แบบแผนชีวิต	อายุ	จำนวน	X	SD	t	P
ด้านร่างกาย						
	25-39 ปี	74	159.53	25.20	2.95	.00
	40-60 ปี	60	147.82	19.82		
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม						
	25-39 ปี	74	53.31	6.85	0.00	.99
	40-60 ปี	60	53.31	6.24		
ด้านอารมณ์						
	25-39 ปี	74	154.83	17.91	0.82	.78
	40-60 ปี	60	153.97	18.22		
ด้านสติปัญญา						
	25-39 ปี	74	25.25	4.75	2.94	.00
	40-60 ปี	60	23.20	5.37		
ด้านประกอบอาชีพ						
	25-39 ปี	74	46.25	7.34	1.84	.07
	40-60 ปี	57	43.86	7.64		
ด้านศาสนา						
	25-39 ปี	74	34.95	6.46	0.44	.66
	40-60 ปี	60	34.46	6.34		

3.3 การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตทุกด้านสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา ยกเว้นในค่านาสนาที่พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือระดับอุดมศึกษา ดังตารางที่ 5 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง พบว่า ระดับการศึกษาต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .001 และ .05 ตามลำดับ ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 6 และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง เป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาสูงกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 7 และ 8 และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพสูงกว่าระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบแผนชีวิต จาแนกตาม การศึกษา

แบบแผนชีวิต	การศึกษา	N	X	SD
ด้านร่างกาย				
	ประถมศึกษา	60	142.42	22.29
	มัธยมศึกษา	15	163.40	20.5
	อุดมศึกษา	59	163.85	20.15
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม				
	ประถมศึกษา	60	52.82	7.71
	มัธยมศึกษา	15	52.67	4.81
	อุดมศึกษา	59	53.98	5.64
ด้านอารมณ์				
	ประถมศึกษา	60	152.48	21.08
	มัธยมศึกษา	15	150.13	14.74
	อุดมศึกษา	59	157.54	14.82
ด้านสติปัญญา				
	ประถมศึกษา	60	21.48	4.99
	มัธยมศึกษา	15	26.87	3.42
	อุดมศึกษา	59	27.19	3.91
ด้านการประกอบอาชีพ				
	ประถมศึกษา	58	43.12	8.29
	มัธยมศึกษา	14	45.86	5.45
	อุดมศึกษา	59	47.07	6.73
ด้านศาสนา				
	ประถมศึกษา	60	33.63	7.3
	มัธยมศึกษา	15	36.47	4.45
	อุดมศึกษา	59	35.39	5.65

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนแบบแผนชีวิตในระดับการศึกษาต่างกัน

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	15091.75	7545.87	16.82	.00
	ภายในกลุ่ม	131	58763.81	448.58		
	รวม	133	73855.56			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม						
	ระหว่างกลุ่ม	2	47.54	23.77	.55	.58
	ภายในกลุ่ม	131	5677.30	43.34		
	รวม	133	5724.84			
ด้านอารมณ์						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1075.77	537.89	1.68	.19
	ภายในกลุ่ม	131	41981.36	320.47		
	รวม	133	43057.13			
ด้านสติปัญญา						
	ระหว่างกลุ่ม	2	1054.57	527.29	27.39	.00
	ภายในกลุ่ม	131	2521.67	19.25		
	รวม	133	3576.24			
ด้านการประกอบอาชีพ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	462.63	231.32	4.28	.02
	ภายในกลุ่ม	128	6923.60	54.09		
	รวม	130	7386.23			
ด้านศาสนา						
	ระหว่างกลุ่ม	2	143.08	71.54	1.78	.17
	ภายในกลุ่ม	131	5279.7	40.3		
	รวม	133	5422.78			

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย
ในระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
ประถมศึกษา	142.42	-	20.98*	21.43*
มัธยมศึกษา	163.4	-	-	0.45 ^{ns}
อุดมศึกษา	163.85	-	-	-

*p < .05

^{ns}p > .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้านสติปัญญา
ในระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
ประถมศึกษา	21.48	-	5.39*	5.71*
มัธยมศึกษา	26.87	-	-	0.22 ^{ns}
อุดมศึกษา	27.19	-	-	-

*p < .05

^{ns}p > .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพในระดับการศึกษาต่างกัน

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
ประถมศึกษา	43.12	-	2.74 ^{ns}	3.95*
มัธยมศึกษา	45.86	-	-	1.21 ^{ns}
อุดมศึกษา	47.07	-	-	-

*p < .05

^{ns}p > .05

3.4 อาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชนมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตเกือบทุกด้านสูงกว่าอาชีพนานาชาติไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ ยกเว้นด้านอารมณ์ ซึ่งอาชีพอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงสุด ดังตารางที่ 10 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่าง พบว่า อาชีพต่าง ๆ กัน มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .001 และ .05 ตามลำดับ ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 11 และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชนมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายและด้านสติปัญญาสูงกว่าอาชีพนานาชาติไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 12 และ 13 กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชนมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านการประกอบอาชีพสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนแบบแผนชีวิตจำแนกตามอาชีพ

แบบแผนชีวิต	N	X	SD
ค้ำนร่างกาย			
อื่น ๆ	33	141.79	19.24
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	148.42	20.28
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	161.67	23.71
และบริษัทเอกชน			
ค้ำนสังคมและสิ่งแวดล้อม			
อื่น ๆ	33	52.58	6.42
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	52.15	7.91
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	54.04	6.09
และบริษัทเอกชน			
ค้ำนอารมณ์			
อื่น ๆ	33	156.24	19.43
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	149.92	18.18
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	155.23	17.25
และบริษัทเอกชน			
ค้ำนสติปัญญา			
อื่น ๆ	33	21.39	4.77
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	23.65	5.21
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	26.33	4.62
และบริษัทเอกชน			
ค้ำนการประกอบอาชีพ			
อื่น ๆ	30	42.6	8.14
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	43.77	6.14
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	46.72	7.36
และบริษัทเอกชน			
ค้ำนศาสนา			
อื่น ๆ	33	33.18	6.89
ทํานาทำไร่รับจ้างรายวัน	26	34.08	7.33
รับราชการรัฐวิสาหกิจ	75	35.63	5.7
และบริษัทเอกชน			

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนแบบแผนชีวิตในอาชีพต่างกัน

แบบแผนชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ด้านร่างกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	10133.03	5066.52	10.42	.00
	ภายในกลุ่ม	131	63722.53	486.43		
	รวม	133	73855.56			
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	2	92.51	46.26	1.08	.34
	ภายในกลุ่ม	131	5632.33	42.59		
	รวม	133	5724.84			
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	2	684.08	342.04	1.06	.35
	ภายในกลุ่ม	131	42373.05	423.46		
	รวม	133	43057.13			
ด้านสติปัญญา	ระหว่างกลุ่ม	2	587.81	293.9	12.88	.00
	ภายในกลุ่ม	131	2988.43	22.81		
	รวม	133	3576.24			
ด้านการประกอบอาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	2	429.29	214.65	3.95	.02
	ภายในกลุ่ม	128	6956.94	54.35		
	รวม	130	7386.23			
ด้านศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	2	150.48	75.24	1.87	.16
	ภายในกลุ่ม	131	5272.3	40.25		
	รวม	133	5422.78			

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย
ในอาชีพต่างกัน

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	อื่น ๆ	ทานาหาไร่ รับจ้างรายวัน	รับราชการ รัฐวิสาหกิจและ บริษัทเอกชน
อื่น ๆ	141.79	–	6.63 ^{ns}	19.88*
ทานาหาไร่รับจ้างรายวัน	148.42	–	–	13.25*
รับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน	161.67	–	–	–

*p < .05

^{ns}p > .05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้าน
สรีรวิทยาในอาชีพต่างกัน

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	อื่น ๆ	ทานาหาไร รับจ้างรายวัน	รับราชการ รัฐวิสาหกิจและ บริษัทเอกชน
อื่น ๆ	21.39	-	2.26 ^{ns}	4.94*
ทานาหาไรรับจ้างรายวัน	23.65	-	-	2.68*
รับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน	26.33	-	-	-

*p < .05 ns p > .05

ตารางที่ 14 **เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพในอาชีพต่างกัน**

อาชีพ	ค่าเฉลี่ย	อื่น ๆ	ทานาหาไร่ รับจ้างรายวัน	รับราชการ รัฐวิสาหกิจและ บริษัทเอกชน
อื่น ๆ	42.6	–	1.17 ^{ns}	4.12*
ทานาหาไร่รับจ้างรายวัน	43.77	–	–	2.95 ^{ns}
รับราชการรัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน	46.72	–	–	–

*p < .05

^{ns}p > .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ในครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายและด้านสติปัญญาสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากความดันโลหิตสูงมีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของคนมาเกี่ยวข้องกล่าวคือ มีการบริโภคเกลือจากอาหารในปริมาณที่สูงกว่า 30 มิลลิกรัมต่อวัน (Hunt 1983 : 724-728) มีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (Ueshima, et al 1984 : 586) การควบคุมน้ำหนักไม่ดี (Adeyanju, et al 1987 : 109) ขาดการออกกำลังกายและมีการบริโภคไขมันอิ่มตัว (Kannel 1987 : 231) เหล่านี้ เป็นพฤติกรรมในทางลบต่อสุขภาพ และแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายซึ่งประกอบด้วยหมวดการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ การเดินทางเท้าและการโดยสารรถและการใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย (147.77) อยู่ในเกณฑ์ที่มีแบบแผนชีวิตไม่ดีต่อสุขภาพ ส่วนผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีคะแนนเฉลี่ย (159.42) อยู่ในเกณฑ์พอใช้ แสดงว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายดีกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเลียมส์และคามาโช (Wiley & Camacho 1980 : 1-21) ที่ศึกษาคิดความสภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตแล้วพบว่าผู้ที่มีคะแนนสุขภาพเมื่อวัดครั้งแรกต่ำ และยังคงมีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ออกกำลังกาย มีน้ำหนัก ไม่สัมพันธ์กับความสูง นอนหลับไม่เพียงพอ) จึงทำให้คะแนนสุขภาพไม่ดีเมื่อวัดอีกครั้งในระยะ 9 ปี ต่อมา และสอดคล้องกับการศึกษาของพอลเลฟ (Paulev 1984 : 545) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติของหลอดเลือดแดง โดยศึกษาคิดตามนาน 4 ปี ในกลุ่มสมรส 42 คู่ พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง ระดับไขมันในเลือดและน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือการออกกำลังกายจะเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ระดับความดันโลหิต น้ำหนักที่สัมพันธ์กับความสูงของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจและระดับน้ำตาลในเลือด (Kannel, et al 1986 : 823-824)

ส่วนด้านสติปัญญา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งในเรื่องนี้ยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาไว้ แต่อย่างไรก็ตามลักษณะของแบบสอบถามในด้านนี้ กล่าวถึงพฤติกรรม

ทางด้านการหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ซึ่งจากการวิจัย พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.4) จบการศึกษามัธยมศึกษา (ตารางที่ 1) อาจทำให้มีความสนใจ และตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถรับรู้ เข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัย ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ (ประกาศาเหญ สุวรรณ 2526 : 182) จึงอาจเป็นเหตุให้ กลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพและมีการปฏิบัติทางด้านร่างกายดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพราะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ด้านการประกอบอาชีพและด้านศาสนา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2) ซึ่งไม่เป็นคามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง มีสาเหตุมาจากปัจจัยร่วมหลายประการ (multifactorial disorders) (ภาพที่ 2) เช่น สาเหตุทางพันธุกรรม ประวัติครอบครัว เชื้อชาติ และอายุ ซึ่งพบว่า ความดันโลหิตสูงจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นตามอายุ และเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (25-39 ปี) และวัยผู้ใหญ่กลางคน (40-60 ปี) จะมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สังคมคล้ายกันคือ มีการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสุขในการทำงานของตนเอง ทำงานอย่างมีเหตุผลและประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม และสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน (ทัศนาศา อนุทอง 2527 : 351-352) จึงเป็นเหตุผลทำให้คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนาของตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญยสิทธิ์ วรจันทร์ (2530 : 147) ที่ศึกษาพบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามแบบแผนชีวิตทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมา จากผลการวิจัยพบว่ามีความแตกต่างค่อนข้างสูงซึ่งหมายถึงมีแบบแผนชีวิตทางด้านบวกต่อสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกัน คือ ทางเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ พบว่ากลุ่มเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย สติปัญญา และการประกอบอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และพบว่า เพศชายมีความแตกต่างแบบแผนชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 3) จากความจริงที่ว่าความแตกต่างกันในทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพแตกต่างกันตั้งแต่วัยเด็ก ดังกรณีของการเลือก เล่นของ เล่นในเด็กผู้ชายจะแสดงออกถึงการเล่นที่ใช้

กำลังกาย ส่วนเด็กผู้หญิงจะเล่นของเล่น เช่น ตุ๊กตา (สุวดี ศรีเลขาวิติ และคณะ 2525 : 43) ซึ่งนิสัยเหล่านี้จะพัฒนามาถึงตอนโตและเป็นผู้ใหญ่และจากความเชื่อและค่านิยมของคนไทยที่ว่าเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรงเป็นช้างเท้าหน้า รวมทั้งหน้าที่การงานจะพบว่าผู้ชายเป็นเพศที่ประสบผลสำเร็จในการทำงาน ส่วนเพศหญิงมีลักษณะเป็นช้างเท้าหลัง และเป็นเพศที่อ่อนแอกว่า มีความเป็นอยู่ว่างแวกว่าผู้ชาย ดังนั้นจากค่านิยมดังกล่าวจึงอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางด้านร่างกาย สติปัญญา และการประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลัทธิ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 96) ที่ศึกษาพบว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เพราะร่างกายมีความแข็งแรงกว่า ส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน มีโอกาสได้รับข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ที่ถูกต้องจากชุมชนและเพื่อนได้มากกว่าเพศหญิง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมูห์เลนแคมป์และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 637-646) ที่ศึกษา พบว่าเพศมีผลโดยตรงต่อสุขภาพหรือแบบแผนชีวิต แต่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสสินีและคนอื่น ๆ (Nissinen, et al 1987 : 129-135) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนชายและหญิงที่มีอายุ 65 ปีถึง 74 ปี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (เช่น มีการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์) มากกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามจากลักษณะแบบแผนชีวิตที่ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าเพศชายจะมีพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ มากกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 16 ภาคผนวก) แต่พฤติกรรม การออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลสุขภาพตนเองความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ การเดินทาง เฝ้าและการโดยสารและการใช้ยา โดยรวมมีคะแนนสูงกว่าเพศหญิง จึงเป็นเหตุให้แบบแผนชีวิตในด้านร่างกายของเพศชายดีกว่าเพศหญิง ส่วนในด้านสติปัญญาและการประกอบอาชีพ แม้จะยัง ไม่มีผู้ศึกษา แต่ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจอธิบายเหตุผลได้ว่าเพศชายที่มีลักษณะกล้าแสดงความคิดเห็น และถูกยกย่องให้เป็นผู้นำ และกล้าวิพากษ์วิจารณ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขณะที่เพศหญิงถูกกำหนดให้มีลักษณะเป็นผู้ตาม การแสดงออกในด้านความคิดเห็นหรือนำในด้านการทำงาน จึงมีน้อยกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงทำให้เพศชายมีค่าเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตในด้านนี้สูงกว่าเพศหญิง อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตของทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ของแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ค่านิยม และศาสนา เพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่าง ไม่นับนัยสำคัญ (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในเฉพาะวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะพัฒนาการทางด้านสังคม อารมณ์ในวัยเดียวกัน จึงทำให้ไม่เกิด

ความแตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์ภา บุรี (2529 : 88) ที่ศึกษาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิตของประชาชน ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของจรูญศรี ล้มสังจา (2528 : ข) ที่ศึกษาพบว่าความเชื่อ และการปฏิบัติทางศาสนาของคนไทยในสังคมเมืองระหว่างเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนในด้านอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและสติปัญญาสูงกว่าอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพและด้านศาสนาพบว่าคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของกลุ่มที่มีอายุต่างกัน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4) เมื่อมาพิจารณาค่าเฉลี่ยทุกด้านของแบบแผนชีวิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 25-39 ปีสูงกว่ากลุ่มอายุ 40-60 ปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ใหญ่ค่อนข้าง (20-39 ปี) จะมีพัฒนาทางด้านร่างกายสมบูรณ์สูงสุด มีความกระตือรือร้นในการปรับตัว มีความรับผิดชอบสูงขึ้น เป็นช่วงชีวิตที่มีการปรับตัวเพื่อเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิต มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น ส่วนผู้ใหญ่วัยกลางคน (40-60 ปี) แม้จะเป็นวัยที่เป็นสุขของชีวิต แต่ก็จะเริ่มมีความเสื่อมในทางร่างกายให้เห็นมากขึ้น ในด้านความวิตกกังวลเรื่องข้างลง การปฏิบัติทางร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวทางร่างกายมีน้อยลง รวมทั้งหน้าที่การงานจะมีการแบ่งเบาให้กับคนรุ่นหนุ่มสาว (ทัศนา บุญทอง 2527 : 351-352) จึงทำให้ลักษณะของแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุนในด้านบริโภคนิสัยคือ พรรณนิภา แก้วมาลย์ (2531 : 96) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคนิสัยของผู้เป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับที่รักษาหายแล้วกับกลุ่มผู้เป็นซ้ำ พบว่า กลุ่มอายุ 19-39 ปี มีคะแนนพฤติกรรมของบริโภคนิสัยสูงกว่ากลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของมูห์เลนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988: 643) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตในกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล พบว่า อายุมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิต ส่วนในเรื่องของการปฏิบัติทางด้านศาสนาและความเชื่อ มีผู้ศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ (จรูญศรี ล้มสังจา 2528 : ข)

ในด้านการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมีมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาสูงกว่าประถมศึกษามากอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 7 และ 8) และกลุ่มที่มีการศึกษามัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่มประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 9) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โดยทั่วไปผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทางด้านสุขภาพอนามัยที่คิดว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2528 : 182) เพราะปัจจัยทางการศึกษาจะเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา ภาระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ก็ สามารถรับรู้และเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยและ ป้องกัน ไม่ให้ตนเอง เจ็บป่วย ได้ดีกว่าผู้ได้รับการศึกษาค่ำกว่า ซึ่งในด้านแบบแผน ชีวิตมีผู้ศึกษา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับแบบแผนชีวิต (Muhlenkamp & Broerman 1988 : 641) สอดคล้องกับการศึกษาของนิศยา ภาสุนันท์ (2529 : 88) ที่ศึกษา พบว่าระดับการศึกษาค่ำกันจะทำให้มีความรู้ใน การดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของจาคอบสันและ เทลล์ (Jacobson & Thelle 1988 : 923-932) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับ การศึกษาและชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ในคนที่มีการ ศึกษาสูงที่สุดมีแนวโน้มของภาวะน้ำหนัก เกินน้อยกว่ากลุ่มอื่น มีจำนวนผู้สูบบุหรี่น้อย ไข่เวลาว่างในการออกกำลังกายและบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อความผิดปกติของ เส้น เลือด น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา ค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตของผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน แตก ต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญ ซึ่ง ไม่เป็น ไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีการศึกษาที่ สอดคล้องกันคือ จากการศึกษาของจรรยา ลิมสังจา (2528 : ข) ที่พบว่าความ เชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาของคนไทยที่มีระดับการศึกษาต่างกันแตกต่างกัน อย่าง ไม่มีนัยสำคัญ แต่เมื่อมาพิจารณาค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มระดับการศึกษา (ตา รางที่ 5) พบว่า ระดับอุดมศึกษา และมีธยมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระดับประ ถมศึกษาในทุกด้านของแบบแผนชีวิต ดังนั้นจึงพอจะกล่าวได้ว่าในคนที่มีการศึกษา สูงจะมีแบบแผนชีวิตดีกว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ

ในด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจและบริษัท เอกชน จะมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตสูงกว่า อาชีพทนายหาไร่รับจ้างรายวันและ อาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12 และ 13) และอาชีพรับ ราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านการประกอบ อาชีพสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (ตารางที่ 14) ซึ่งเป็น ไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัย พบว่า บุคคลที่ประกอบอาชีพ รับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชนโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ตารางที่ 17 ภาคผนวก) ซึ่งส่งผลถึงแบบแผนชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน ประกอบกับอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีสถานที่การทำงานแน่นอนและรวม กลุ่มกัน เมื่อมีการประกาศของทางกระทรวงสาธารณสุข หรือการรณรงค์ในเรื่อง ใดมักจะมีหนังสือเวียนให้รับทราบ หรือติดประกาศที่ป้ายประกาศให้รับทราบอย่าง

ทั่วถึง เช่น โครงการรณรงค์ต่อต้านการไม่สูบบุหรี่หรือการจัดกลุ่มเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และมีแหล่งประโยชน์ในการให้ความรู้เพื่อเพิ่มพูนสติปัญญา ในขณะที่อาชีพหัตถาทำไร่ รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ เช่น ค้าขาย มีลักษณะการทำงานแบบพึ่งตนเอง โดยอิสระ ไม่เป็นกลุ่ม ประกอบกับมีการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะในด้านร่างกาย ผู้วิจัยได้สอบถามถึงการมองเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการและการดูแลตนเองของผู้ที่ประกอบอาชีพหัตถาทำไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ พบว่า ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพ 2 กลุ่มนี้ให้ความเห็นว่าการออกกำลังกายในการทำงานหรือประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว หรือไม่เคยมีความคิดเรื่องการควบคุมน้ำหนักร่างกายให้เหมาะสมกับโครงสร้างและรูปร่างและมีการเลือกรับประทานอาหารที่ชอบมากกว่าพิจารณาเลือกอาหารให้ครบถ้วนตามโภชนาการ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าในผู้ที่ทำอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน จะมีแบบแผนชีวิตในด้านบวกมากกว่าผู้ที่ทำอาชีพหัตถาทำไร่รับจ้างรายวันหรืออาชีพอื่น ๆ ส่วนในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา พบว่า ในกลุ่มที่มีอาชีพต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนชีวิตในด้านนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และแตกต่างจากการศึกษาของทิพย์ภา บุรี (2529 : 69) ที่ศึกษาพบว่า การปฏิบัติคนในทางด้านสุขภาพจิตของชุมชนแออัดบริเวณวัด โศกสมานคุณ อาเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีความแตกต่างกันในด้านอาชีพ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าจากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ แม้ว่า จะเป็นวัยคอนคันหรือวัยกลางคนก็ตาม ในคนที่มีความเป็นผู้ใหญ่จะแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความรับผิดชอบต่อการแสดงอารมณ์ของตนเองและมีการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสมและจากการวิจัย พบว่า คะแนนแบบแผนชีวิตในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านอารมณ์และด้านศาสนาของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในแบบแผนชีวิตที่ดีอยู่แล้วจึงทำให้ไม่มีความแตกต่างกัน

การค้นพบเพิ่มเติม คือ เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างมาจัดระดับของแบบแผนชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ มีแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ควรแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้นอีกถึง 49.2% และควรแก้ไขปรับปรุงในด้านสติปัญญา ถึง 29.9% ส่วนแบบแผนชีวิตในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (มากกว่า 60%) มีแบบแผนชีวิตค่อนข้างดี (ตารางที่ 15 ภาคผนวก)

สรุป จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตทางด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาค่ากว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง กลุ่มอายุ 40-60 ปี กลุ่มที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและกลุ่มที่มีอาชีพทำนาทำไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ ซึ่ง ได้แก่ พ่อบ้านแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพต่ำสุด โดยเฉพาะในด้านร่างกายซึ่งเป็นแบบแผนชีวิตที่วัดความสามารถที่บุคคลจะดำรงไว้ ซึ่งความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของระบบหัวใจและหลอดเลือด วัฏพหุกิจกรรมที่จะช่วยให้บุคคลมีการป้องกันและบ่งชี้ความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้น และวัดความสามารถที่บุคคลจะเลือกอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ และมีพหุกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีการปฏิบัติต่อสุขภาพในทางบวกหรือมีแบบแผนชีวิตที่ดีต่อสุขภาพต่อไป

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของแบบแผนชีวิตตามตัวแปรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ เพศ อายุ การศึกษาและอาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากประชากร 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจ โรคไต หรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงทุกคนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 60 คน และกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ ซึ่งเลือกมาจากประชากรที่มารับการตรวจสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป ไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โรคตับ โรคเก๊าท์ โรคเมะเร็ง หรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท เลือกตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง และจับสลากเลือกหมายเลขที่ผู้ป่วยตรวจในห้องของแพทย์ เข้าเป็นตัวอย่างจำนวน 74 คน

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิตของเฮตเตอร์ (Hettler 1982 : 228-232) โดยได้รับคำแนะนำจากไชและตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 12 ราย เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษา แล้วนำไปให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 ราย คอบแบบสอบถามแล้วนำมาคำนวณด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงแต่ละด้านดังนี้ ด้านร่างกาย .85 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม .79 ด้านอารมณ์ .91 ด้านสติปัญญา .81 ด้านการประกอบอาชีพ .87 และด้านศาสนา .86

การดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำเอง รวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSSX

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 134 ราย โดยแยกเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ 74 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 อายุอยู่ในช่วง 25-39 ปี ร้อยละ 78.4 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชนร้อยละ 63.5 ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวน 60 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 55 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี ร้อยละ 75 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60 อาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชนร้อยละ 47.7 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางด้านลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางเพศ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านอายุ ($p < .001$) การศึกษา ($p < .01$) และอาชีพ ($p < .01$)

2. ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญาสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพและด้านศาสนา พบว่า คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

3. กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านอารมณ์ และด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนแบบแผนชีวิตในด้านอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

5. กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาและมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและสติปัญญาสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ

6. กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่าอาชีพหาไร้ทานรับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ และมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตด้านการประกอบอาชีพสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์และด้านศาสนา พบว่า อาชีพต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. จากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตในด้านร่างกายอยู่ในกลุ่มคะแนนควรแก้ไขปรับปรุง ซึ่งเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฏิบัติทางโภชนาการ การดูแลตนเอง การให้ยา การเดินทางเท่าและการโดยสารรถ และความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ ประกอบกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคน (40-60 ปี) ร่างกายจะมีความเสื่อมลงตามธรรมชาติอยู่แล้ว ดังนั้นควรนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปวางแผนเพื่อปรับปรุงแบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชาชนในวัยเดียวกัน เพื่อให้มีแบบแผนชีวิตที่ดี
2. จากผลการวิจัยแบบแผนชีวิตในด้านสติปัญญา ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความสนใจในการหาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ โดยเฉพาะเพศหญิง กลุ่มที่มีการศึกษาประถมศึกษาและกลุ่มอาชีพทำนาทำไร่รับจ้างรายวันและอาชีพอื่น ๆ มีคะแนนแบบแผนชีวิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น ควรจะได้มีการปรับปรุงให้ดีขึ้น และจากลักษณะนิสัยคนกลุ่มนี้ชอบการฟังมากกว่าการอ่าน ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพควรมุ่งเน้นการให้ความรู้โดยนา โสตทัศนูปกรณ์มาช่วยในการสอนเพื่อช่วยให้ได้เห็นภาพชัดเจนขึ้น
3. สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ แม้ว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนชีวิตทางด้านร่างกายดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็ตาม แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุงอีกเล็กน้อย เพราะความดันโลหิตสูง ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นปัจจัยร่วมกัน โดยเฉพาะปัจจัยที่เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือทางพันธุกรรมประกอบกับอายุที่มากขึ้น ดังนั้นปัจจัยที่สามารถควบคุมด้วยตนเองคือแบบแผนชีวิต ซึ่งอาจจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในภาวะสุขภาพดีสูงสุดได้ด้วยตัวเอง จึงควร ได้มีการส่งเสริมและปรับปรุงแบบแผนชีวิตในคนปกติให้มีแบบแผนชีวิตทางบวกต่อสุขภาพด้วย
4. จากการวิจัย แม้ว่าในด้านอื่น ๆ ของแบบแผนชีวิต เช่น ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา จะมีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างดี ซึ่งบ่งบอกถึงแบบแผนชีวิตทางด้านบวกต่อสุขภาพ คือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมของสังคม มีการแสดงออกในทางที่ดีด้านการประกอบอาชีพ ไม่มีภาวะคับข้องใจในด้านอารมณ์และมีความเชื่อในธรรมชาติ และจิตวิญญาณที่ดี อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบถึงการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ดี เพราะประชาชนสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการประเมินแบบแผนชีวิตแล้วยังคงต้องมีการแก้ไข และเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะยาวให้กับประชาชน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ความเร่งรีบจะกลับบ้านหรือ ไปทำงานต่อของกลุ่มตัวอย่างอาจมีผลในการรีบร้อนตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัย ไม่อาจควบคุมระยะเวลาในการทำแบบสอบถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างบางรายกลับไปที่บ้านและส่งมาทาง ไปรษณีย์
3. เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ โอกาสในการ ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นไปตามความสมัครใจในการ เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นการควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะเหมือนกันจึงทำได้ยาก ซึ่งลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อแบบแผนชีวิตด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยถึงแบบแผนชีวิตในบิตามารคาหรือผู้ปกครองของเด็กนักเรียน เพราะบิตามารคาหรือผู้ปกครองนั้นเป็นแบบอย่างในการสร้างแบบแผนชีวิตให้กับเด็ก
2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มอายุ เฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน ซึ่งมีแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมสำหรับคนในวัยนี้ ดังนั้นควรศึกษาในวัยรุ่น วัยชรา ซึ่งมีลักษณะของอายุต่างออกไป และศึกษาในกลุ่มที่ใหญ่และนำมาสู่ประชากรของประเทศ
3. ควรมีการศึกษาคิดตาม ภาวะสุขภาพของบุคคลที่ประเมิน พบว่า มีแบบแผนชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ แล้วศึกษาระยะ เวลาตัวอย่างจำนวนมากขึ้นแล้วนำมาสู่ประชากรของประเทศ
4. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำแบบสอบถามของ เฮคเลอร์มาใช้ครั้งแรก ข้อความในแบบสอบถามส่วนใหญ่จะคงลักษณะเดิมไว้เกือบทุกข้อและเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำ บางรายมีความเบื่อหน่ายและขอออกจากการวิจัย นอกจากนี้คำว่า "จำกัด" หรือ "หลีกเลี่ยง" กลุ่มตัวอย่างมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับคำเหล่านี้ และในหมวดความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ และการ เดินทาง เฝ้าและการ โศกเศร้า ซึ่งมีจำนวนข้อน้อยและค่าความเที่ยงค่อนข้างต่ำ (.41 และ .54) ดังนั้นผู้ที่จะนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ควรมีการปรับปรุงให้จำนวนข้อของแบบสอบถามลดลงกว่านี้

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กันธะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางกาย
ในคนภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรง
ไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคก. "การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล."
เอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1-7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527.
- กฤษฎา สีนปาน. "อภักดาลังกายบ้องกันโรคหัวใจ." คลินิก. 4 (มิถุนายน
2531) : 427-428.
- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือด. ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.
- โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. หมอชาวบ้าน. 9 (มิถุนายน 2530) :
94.
- จรรยา ลิ้มสังจ่า. การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบความเชื่อและการปฏิบัติ
ทางด้านศาสนาของคนในสังคมเมืองศึกษาเฉพาะกรณีชาวพุทธและชาว
มุสลิมในชุมชนกิ่งเพชร กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษร
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศาสตร์เปรียบเทียบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2528.
- ฉวีวรรณ อารยาพันธุ์. การศึกษาพฤติกรรมทัศนสุขภาพและภาวะสุขภาพ
ในช่องปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครูภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- ชมพูนุช อ่องจรีค. "ความคันโลหิตสูง." หน้า 127-149 ใน สังพันธ์
อิสรเสนา, ประคิษฐ์ เจริญลาภ และศรีจิตรา บุนนาค.
(บรรณาธิการ) อายุรศาสตร์ในเวชปฏิบัติ 1 เรื่องการดูแลผู้ป่วย
นอก. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหา-
วิทยาลัย, 2527.

- เคมีศรี ชานิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. ภาควิชาเวชศาสตร์
ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
กทม. : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- ทัศนยา บุญทอง. "การพยาบาลกับพัฒนาการชีวิต". เอกสารการสอนชุดวิชา
มโนคติและกระบวนการพยาบาลหน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร, 2527.
- ทิพย์ภา บุรี. ความรู้และการปฏิบัติคนทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน
แออัดบริเวณวัด โศกสมานคุณ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา. วิทยานิพนธ์วิชา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2529.
- ธีระ ลืมศิลา. "มะเร็งปอด โรคร้ายที่รักษาและอาจป้องกันได้."
รามานิติ. 15 (สิงหาคม 2527) : 34-42.
- ธีระ ศิริอาชาวัฒนา (ผู้แปล). คู่มือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กทม. :
บริษัทซีเอคยูเคชั่นจำกัด, 2527.
- นิตยา ภาสุนันท์. ความร่วมมือระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับ
การดูแลสุขภาพตนเองกับความร่วมมือโดยรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาด
เลือด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- บุญยสิทธิ์ วรจันทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความ
วิตกกังวลและความดันโลหิตในสลัม กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหา-
วิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ." เอกสาร
การสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
กรุงเทพมหานคร : หจก. จรูญการพิมพ์, 2526.
- น่องศรี ศรีมรกต. วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจในผู้ป่วย
อุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

- พยอม อึ้งคานวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. โครงการคําราศิริราษ-
พยาบาล คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพฯ, 2523.
- พรรณทิพา แก้วมัลย์. การเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อค่าน
สุขภาพ บริ โภคนิสัยระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับที่ได้รับการรักษา
แล้วหายกับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- ยุทธนา ศุภสมิตี. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขระยะยาว. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์สายเจริญพาณิชย์, 2524.
- ยุวดี ภาชา และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์-
ครั้งที่ 2 ; กทม. : บริษัททิวคอรี่เพาเวอร์พอยท์จำกัด, 2531.
- เขาวลัักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการเปลี่ยน -
แปลงทางจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-
มหิดล, 2529.
- เขาวลัักษณ์ เลาหะจินดา ใน ยุวดี ภาชา และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือ
วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 , กทม. : บริษัทคอรี่เพา-
เวอร์พอยท์จำกัด, 2531 : 260.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์ ใน ยุวดี ภาชา และ (บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยทาง
การพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2, กทม. : บริษัทคอรี่เพาเวอร์
พอยท์จำกัด, 2531 : 220-221, 244.
- วิชัย คันไผ่จิตร. โภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษร-
สมัย, 2530.

- วิลาสินี วงศ์ประเสริฐ. การยอมรับการใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์
ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาสิ่งแวดล้อม
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529.
- วิไล ลิสุวรรณ รุจิเรศ ธนรักษ์ และยุวดี ภาษา ใน ยุวดี ภาษา และคณะ
(บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 ; บริษัท
วิคคอร์เพาเวอร์พอยท์จำกัด, 2531 : 127.
- ศรีนวล ห่มเจริญ. ผลการฝึกนอกลายต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นความดัน
โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา-
บัณฑิต (พยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- สมจิต สุพรรณทัศน์. "พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง." เอกสารชุดวิชาสุข
ศึกษา หน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุง-
เทพมหานคร : หจก. อรุณการพิมพ์, 2526.
- สมจิต ห่มเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง." หน้า 112-140
ใน สมจิต ห่มเจริญกุล บรรณาธิการ. การพยาบาลทางอายุร-
ศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 7 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย
ศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
- สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์พินธุ์ สาครพันธ์
(บรรณาธิการ). คาราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์กรุงเทพเวรสาร, 2524.
- สาธารณสุข, กระหวง กองสถิตินาธารณสุข. สถิตินาธารณสุข. องค์การ
ทหารผ่านศึก, 2527.
- สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุธา. "พยาบาลกับผู้ป่วยความดันเลือดสูง." วารสารพยาบาล
ศาสตร์. 6 (กรกฎาคม-กันยายน 2531) : 166-175.
- สุวดี ศรีเลววิติ และคณะ. ความสนใจของเด็กต่อการเล่น. ภาควิชาพา
บาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
2529.

เสน่ห์ พบพาน. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อม อาเภอนครหลวง ศึกษากรณีกิจการอุตสาหกรรมในเขตเกษตรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พศ. 2530-2534. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. 2530.

สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานสถิติแห่งชาติ สมคสถิติรายปี ประเทศไทยบรรพ 34 (2528-2529) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา, 2530 : 420.

โสภณ พานิชพันธ์. การใช้ยาภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โครงการคारा-ศิริราช. กทม. : โรงพิมพ์พิมพ์เศ, 2528.

อวยพร สุทธิสนธิ์. การเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติ การตรวจคัดกรองด้วยตนเองระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการปฏิบัติคนค้ำสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

Aboud, D.A. & Burkhead, E.J. "Wellness : A valuable resource for persons with disabilities." Health Education. 19 (April/May 1988) : 21-25.

Adeyanju, H., et al "A three-year study of obesity and its relationship to high blood pressure in Adolescent." Journal of School Health. 57 (March 1987) : 109-113.

- Andreoli, T.E., et al. (editors). Cecil Essential of Medicine. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1986.
- Arnold, B. "Cholesterol reduction and life expectancy." Annals of Internal Medicine. 107 (July 1987) : 122-123.
- Badura, B. "Life-style and health : some remarks on * different viewpoints." Social Science Medicine. 19 (1984) : 341-347.
- Bartley, D.A. & Belgrave, F.Z. "Physical fitness and psychological wellbeing in college students." Health Education. 18 (June/July 1987) : 57-60.
- Bell, J.M. "Stressful life events and coping methods in mental illness and wellness behaviors. Nursing Research. 1977. 26, 136-141.
- Blair, S.N., et al. Physical fitness and the incidence of hypertension in normotensive men and women." Journal of American Medical Association. 4 (1984) : 487.
- Brown, S.P. & Cundiff, D.E. "Exercise, Aging and Longevity." Health Education. 19 (April/May 1988) : 4-7.
- Brownson, R.C., Chang, J.C. and Davis J.R. "Occupation smoking and alcohol in epidemiology of bladder cancer." American Journal of Public Health. 77 (October 1987) : 1298-1300.

- Burney, P. "A diet rich in sodium may potentiate asthma : Epidemiologic evidence for a new hypothesis." Chest. 91 (6 suppl) (June 1987) : 1435-1485.
- Burt, J.J. & Miller, B.F. Personal Health Behavior in Today's Society. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1972.
- Castelli, W.P. "Cardiovascular disease and multifactorial risk : Challenge of the 1980s." American Heart Journal. 106 (November 1982) : 1191-1200.
- Cooper, S.P. et al. "The relation between degree of blood pressure reduction and mortality among hypertensives in the hypertension detection and follow-up program." American Journal of Epidemiology. 127 (February 1988) : 387-403.
- Culpepper, W.S. "Cardiac risk factors in juvenile hypertension." Hospital Practice. (January 30, 1985) : 51-60.
- Dannenberg, A.L., Garrison, R.J. and Kannel, w.B. " Incidence of hypertension in the Framingham study." American Journal of Public Health. 79 (June 1988) : 676-679.
- Davis, B.R., et al. "Coffer consumption and serum cholesterol in the hypertension detection and follow-up program." American Journal of Epidenology. 128 (July 1988) : 124-136.
- Devereux, R.B. "Cardiac involvement in essential hypertension : prevalence, pathophysiology, and prognostic implications." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 813-826.

- Downey, A.M. et al. "Heart smart : a staff development model for school-based cardiovascular health intervention." Health Education. 19 (April/May 1988) : 12-20.
- Duncan, J.J., et al. "The effects of aerobic exercise on plasma catecholamines and blood pressure in patients with mild essential hypertension." Journal of American Medical Association. 254 (1985) : 2609.
- Dyer, A.R. et al. "Alcohol, cardiovascular risk factors and mortality : The Chicago experience." Circulation. 64 (Suppl III) (September 1981) : III-20-III-27.
- Edlin, G. & Golanty, E. Health & Wellness. Boston, Massachusetts : Science Books International, 1982.
- Faber, M.M. & Reinhardt, A.M. (Ed.). Promoting Health Through Risk Reduction. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1982.
- Ford, E., et al. "Sex differences in high density lipoprotein cholesterol in urban blacks." American Journal of Epidemiology. 127 (April 1988.) 753-761.
- Frisancho, A.R., Leonard, W.R. and Bolletino, L.A. "Blood pressure in blacks and its relationship to dietary sodium and potassium intake." Journal of Chronic Disease. 37 (July 1984) : 515-519.
- Germeroth, S.R. "Achieving wellness." Nursing Success Today. 3 (May 1986) : 12-15.

- Gifford, R.W. "Essential hypertension : Cost-effective evaluation and treatment." The American Journal of Medicine. 81 (Supple 6 C) (31 December 1986) : 33-38.
- Gifford, R.W. "Myths about hypertension in the elderly." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 1003-1011.
- Gill, J.S., et al. "Stroke and alcohol consumption." New England Journal of Medicine. 315(1986) : 1041.
- Goldbourt, U., et al. "Enhanced risk of coronary heart disease mortality in lean hypertensive men." Hypertension. 10 (July 1987) : 22-28.
- Greenberg, J.S. "Health and wellness : A conceptual differentiation." Journal of School Health. 55 (December 1985) : 403-406.
- Grzegorzczuk, P.B., Jones, S.W. and Mistrella, C.M. "Age-related differences in salt taste acuity." Journal of Gerontology. 34 (1979) : 834.
- Haag, J.H. Focusing on Health Revised. Texas (USA.). Steck-Vaughn Company : 1978.
- "Health Views : A women's knowledge of health care." Nursing Success Today. 3 (March 1986) : 24-28.
- Helsing, K.J. "Heart disease mortality in nonsmokers living with smokers." American Journal of Epidemiology. 127 (May 1988) : 915-922.

- Hettler, B. "Wellness promotion and risk reduction on a university campus." pp.207-238. in Faber, M.M. & Reinhardt, A.M. (Ed.). Promoting Health Through Risk Reduction. New York : Macmillan Publishing Co., Inc., 1982
- Hjermann, I., et al. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease." The Lancet. (Dec. 12, 1981) 1303-1310.
- Holland, W.W. & Breeze, E. "Good life-styles for good health." World Health Forum. 7 (1986) : 380-386.
- Holme, I. "Correlates of blood pressure change in middle-aged male mild hypertensives : results from the untreated control group in the Oslo Hypertension Trial. The Oslo Study." American Journal of Epidemiology. 127 (April 1988) : 742-752.
- Houston, M.C. "Sodium and hypertension." Archives Internal Medicine. 146 (January, 1986) : 179-185.
- Hunt, J.C. "Sodium in take and hypertension : A cause for conceM." Annals of Internal Medicine. 98 (part 2) (May 1983) : 724-728.
- Hunt, S.C. ; Williams, R.R. and Barlow, G.K. "A comparison of positive family history definitions for defining risk of future disease." Journal of Chronic Disease. 39 (1986) : 809-21.
- Jacobson, B.K. and Thelle, D.S. "Risk factors for coronary heart disease and level of education : The trans heart study." American Journal of Epidemiology. 127 (May 1988) : 923-932.

- Jeffery, R.W. "Low-sodium, high-potassium diet : feasibility and acceptability in normotensive population. American Journal of Public Health. 74 (May 1984) : 492-494.
- Jalowice A., & Power, M.J. "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients." Nursing Research. 1981, 30 : 10-15.
- Jones, P.K. ; Jones, S.L. and Katz, J. "Improving follow up among hypertensive patients using a health belief model intervention." Archives of Internal Medicine. 147 (September 1987) : 1557-1560.
- Kannel, W.B. "New perspectives on cardiovascular risk factor." American Heart Journal. 114 (July 1987) : 213-219.
- Kannel, W.B., et.al. "Physical activity and physical demand on the job and risk of cardiovascular disease and death : The Framingham Study." American Heart Journal. 112 (October 1986) : 820-825.
- Kaplan, N.M. "Non-drug treatment of hypertension." Annals Internal of Medicine. 102 (1985) : 359.
- Kaplan, N.M. "Nonpharmacologic therapy of hypertension." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 921-933.
- Kittleson, M.J. & Hageman-Rigney, B. "Wellness and behavior contracting." Health Education. 19 (April/May 1988) : 8-11.

- Klatsky, A.L., Friedman, G.D. and Armstrong, A.M. "The relationships between alcoholic beverage use and other trials to blood pressure : A new kaiser permanente study." Circulation. 73 (April 1986) : 628-636.
- Kochar, M. & Daniels, L.M. Hypertension Control for Nurses and Other Health Professionals. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Kohl, H.W., et al. "A mail survey of physical activity habits as related to measured physical fitness." American Journal of Epidemiology. 127 (June 1988) : 1228-1239.
- Laffrey, S.C. and Crabtree, M.K. "Health and health behavior of persons with chronic cardiovascular disease." International Journal of Nursing Studies. 25 (1988) : 41-52.
- Leitshuh, M. & Chobanian, A. "Vascular changes in hypertension." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 827-841.
- Levy, M.R. ; Dignan, M. and Shirreffs, J.H. Life & Health. 4th ed, New York : Random House, Inc., 1984.
- Lowerstein, V. and Rinehart. J.M. "Psychological factors related to health maintenance behaviors of pregnant woman." In Reading for Nursing Research. ed by Krampitz, S.D. St.Louis : C.V. Mosby, 1981 : 254.
- Little, B.C. et al. "Treatment of hypertension in pregnancy by relaxation and biofeedback." The Lancet. (April 21, 1984) : 865-867.

MacMahon, S.W., et al. "Comparison of weight reduction with metoprolol in treatment of hypertension in young overweight patients." The Lancet. (June 1, 1985) : 1233-1236.

MacMahon, S.W. & Norton, R.N. "Alcohol and hypertension : Implications for prevention and treatment." Annals of Internal Medicine. 105 (July 1986) : 124-125.

MacMahon, S. "Alcohol consumption and hypertension." Hypertension. 9 (February 1987) : 111-121.

Maxwell, M.H. & Waks, A.U. "Cations and hypertension : sodium, potassium, calcium and magnesium." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 859-875.

McBrien, M. "Health promotion, education or marketing stretegy?" Nursing Sceccess Today. 3 (May 1986) : 6-7.

Messerli, F.H. "The age factor in hypertension." Hospital Practice. (January 15, 1986) : 103-112.

✓Hollohan, C.J. "Hypertension programs in schools." Journal of School Health. 56 (August 1986) : 237-239.

Moon, A. Pictures of health. Nursing Times. 83 (7-13 January 1987) : 49-50.

Moser, M. "Cost containment in the management of hypertension." Annals of Internal Medicine. 107 (July 1987) : 107-109.

- Muhlenkamp, A.F. and Broerman, N.A. "Health beliefs, health value, and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 (1988) : 637-646.
- Neser, W.B., et al. "Obesity and hypertension in a longitudinal study of black physicians : The Meharry cohort study." Journal of Chronic Disease. 39 (1986) : 105-113.
- Nelson, L., et al. "Effect of changing levels of physical activity on blood pressure and hemodynamics in essential hypertension." Lancet. 2 (1986) : 473.
- Nissinen, A., et al. "Health behavior of an elderly population in eastern Finland in 1982." Journal of Gerontology. 20 (May-June 1987) : 129-135.
- O' Brien, E. & O' Malley, K. High Blood Pressure : What it means for you, and how to control it. Singapore : PG. Publishing Pte. Ltd., 1982.
- Patel C., et al. "Trial of relaxation in reducing coronary risk : four year follow-up." British Medical Journal. 290 (April 13, 1985) : 1103-1106.
- Paulev, Poul-Erick. "Exercise and risk factors for arteriosclerosis in 42 married couples followed over four years." Journal of Chronic Disease. 37 (1984) : 545-553.
- Pender, N.J. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. USA. : Appleton & Lange, 1987.

- Pender, N.J. & Pender, A.R. "Attitudes, subjective norms, and intentions to engage in health behaviors." Nursing Research. 35 (January/February 1986) : 15-18.
- Powers, M.J. & Jalowiec, A. "Profile of the well-controlled, well-adjusted hypertensive patient." Nursing Research. 36 (March/April 1987) : 106-110.
- Potter, J.F. & Beevers, D.G. "Pressor effect of alcohol in hypertension." The Lancet. (January 21, 1984) : 119-122.
- "Preventive medicine...and you." Health. 35 (Spring 1983) : 8-10.
- Priest, M.A. Modern Textbook of Personal and Communal Health for Nurses. 4th ed ; London : William Heinemann Medical Books Limited., 1972.
- Richardson, G.R. & Berry, N.F. "Strength intervention : an approach to lifestyle modification." Health Education. 18 (June/July 1987) : 42-46.
- Roccella, E.J., Bowler, A.E. , and Horan, M. "Epidemiologic considerations in defining hypertension." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 785-801.
- Rosen, M., Nystrom, L. and Wall, S. "Diet and cancer mortality in the countries of Sweden." American Journal of Epidemiology. 127 (January 1988) : 42-49.

- Ross, C.E. & Hayes, D. "Exercise and psychologic well-being in the community." American Journal of Epidemiology. 127 (April 1988) : 762-771).
- Sallis, J.F., et al. "Vigorous physical activity and cardiovascular risk factors in young adults." Journal of Chronic Disease. 39 (1986) : 115-120.
- Sallis, J.F., et al. "Relation of cardiovascular fitness and physical activity to cardiovascular disease risk factors in children and adults." American Journal of Epidemiology. 127 (May 1988) : 933-941.
- Salonen, J.T. et al. "Leisure time and occupational physical activity : Risk of death from ischemic heart disease." American Journal of Epidemiology. 127 (January 1988) : 87-94.
- Saunders, E. "Hypertension in blacks." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 1013-1029.
- Saunders, J.B. "Alcohol : an important cause of hypertension." British Medical Journal. 294 (April 25, 1987) : 1045-1046.
- Schnieder, R.E. & Messerli, F.H. "Obesity hypertension." Medical Clinics of North America. 71 (September 1987) : 991-1001.
- Simons-Morton, D.G. & Simons-Morton, B.G. "Health promotion and disease prevention : roles for the primary care physician." Postgraduate Medicine. 81 (June 1987) : 235-242.

- Singer, J.E. "The need to measure life style."
International Review of Applied Psychology. 31
(1982) : 303-315.
- Shultz, C.M.S. "Lifestyle assessment : A tool for
practice." Nursing Clinics of North America. 19
(June 1984) : 271-281.
- Spasoff, R.A. "Health goals and the public health."
Canadian Journal of Public Health. 78 (September/
October 1987) : 291-292.
- Stazzullo, P., et al. "Leisure time physical activity and
blood pressure in schoolchildren." American
Journal of Epidemiology. 127 (April 1988) : 726-
733.
- Storstein, L. "How should changes in life-style be
measured in cardiovascular disease?" American
Heart Journal. 114 (July 1987) : 210-219.
- Sutherland, M., et al. "The application of a health
planning model to a school based risk reduction
project." Health Education. 18 (June/July 1987)
: 47-51.
- Szatrowski, T.P., et al. "Serum cholesterol, other risk
factors, and cardiovascular disease in a Japanese
cohort." Journal of Chronic Disease. 37 (1984)
: 569-584.
- Thomas, J.D., et al. "Disease, lifestyle and
consanguinity in 58 American gypsies."
The Lancet. (August 15, 1987) : 377-379.

- Treffert, D.A. "Rustproofing' people : Wellness in perspective." Postgraduate Medicine. 71 (January 1982) : 179-184.
- Trevisan, M., et al. "Calcium-rich foods and blood pressure : findings from the Italian National Research Council study (the nine communities study)." American Journal of Epidemiology. 127 (June 1988) : 1155-1163.
- Trevisan, M. "Calcium-rich foods and blood pressure : findings from the Italian National Research Council study (the Nine Communities Study)" American Journal of Epidemiology. 127 (June 1988) : 1115-1163.
- Uwakata, T., et al. "Cancer patterns among Koreans in Japan, Koreans in Korea and Japanese in Japan in relation to life style factors. Japanese Journal Cancer Research. 78 (May 1987) : 437-446.
- Ueshima, H. et al. "Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese populations." Journal of Chronic Disease. 37 (1984) : 585-592.
- Vickery, D.M. et al. "Lifestyle and organization health insurance costs." Journal of Occupational Medicine. 28 (November 1986) : 1165-1168.
- Walker, S.N. ; Sechrist, K.R. and Pender, N.J. "The health-promoting lifestyle profile : development and psychometric characteristics." Nursing Research. 36 (March/April 1987) : 76-81.

- Wallace, P.G. ; Brennan, P.J. and Haines, A.P. "Are general practioners doing enough to promote healthy lifestyle?" Findings of the Medical Research Council's general practice research framwork study on lifestyle and health." British Medical Journal. 294 (April 11, 1987) : 940-941.
- Wallace, R.B., et al. "Alcohol and hypertension : Epidemiologic and experimental considerations." Circulaion. 64 (Suppl III) (September 1981) : III-41-III-47.
- Webster, J.A. "The wellness model feeling good about you." AORN Journal. 41 (April 1985) : 713-718.
- WHO. "Primary prevention of essential hypertension." Technical Report Series 686, Geneva, 1983.
- Wiley, J.A. and Camacho, T.C. "Life-style and future health : evidence from the Alameda County Study." Preventive Medicine. 9 (January 1980) : 1-21.
- Young, E.A. ; Schenker, S. and Weser, E. "United Sciences of America, incorporated : an "Optimal" diet?" Annals of Internal Medicine. 107 (1987) : 101-103.
- Yuwarat Porapakkham and Pramote Prasartkul. "Cause of death : trends and differentials in Thailand." pp.207-238 In Hansluwka, et al. (ed) New Developments in the Analysis of Mortality and Cause of Death. Faculty of Public Health, Institute for Population & Social research. Mahidol University, 1986.



สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (วิลเลียมส์ รุจิเรศ ธนุรักษ์ และยุวดี ภาษา ใน ยุวดี ภาษา และคณะ (บรรณาธิการ) 2531 : 127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

= สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

S_i = ความแปรปรวนรายข้อของแบบสอบถาม

S_t = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ถูกทดสอบทั้งหมด

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้การทดสอบที (t-test) (มาลี เลิศมาลีวงศ์ ใน ยุวดี ภาษา และคณะ (บรรณาธิการ) 2531 : 220-221)

2.1 เมื่อมีความแปรปรวนเท่ากัน

$$t = \frac{(X_1 - X_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

$$S_p^2 = \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{(n_1-1) + (n_2-1)}$$

เมื่อ n_1 และ n_2 = เป็นขนาดของตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และ 2

S_p^2 = ความแปรปรวนร่วม

S_1^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1

S_2^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 2

df = ค่าองศาแห่งความอิสระคือ n_1+n_2-2

2.2 เมื่อความแปรปรวนไม่เท่ากันจะใช้สถิติ t'

$$t' = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ n^* คือ องศาแห่งความอิสระซึ่ง

$$= \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right) / (n_1-1) + \left(\frac{S_2^2}{n_2} \right) / (n_2-1) \right]}$$

3. การทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยตารางวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (มาลี เลิศมาลีวงศ์ ใน ยุวดี ภาษา และคณะ (บรรณาธิการ) 2531 : 244)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	$K-1$	(2)	$(2)/k-1=A$	A/B
ภายในกลุ่ม	$K(n-1)$	(3)	$(3)/k(n-1)=B$	
ผลรวม	$kn-1$			

df = ค่าองศาแห่งความอิสระ

SS = ค่าผลบวกกำลังสอง

MS = ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง

K = จำนวนกลุ่ม

n = จำนวนค่าสังเกต

(2) = ผลรวมกำลังสองระหว่างกลุ่ม

(3) = ผลรวมกำลังสองภายในกลุ่ม

(1) = ผลรวมกำลังสองทั้งหมด

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแต่ละคู่ โดยวิธี LSD (Least Significant Difference)

$$LSD_{(.05)} = t_{.05}$$

= ความคลาดเคลื่อน

ในกรณีที่ n แต่ละ treatment ไม่เท่ากัน (เคมศรี ธานีการกิจ 2525 : 259)

$$\text{สูตร } S_a = \sqrt{\frac{S^2 (n^1 + n^2)}{n^1 n^2}}$$

S^2 คือค่า mean square with in group จากตาราง anova

n^1 คือค่าประชากรของกลุ่ม 1 (ที่ต้องการทดสอบความแตกต่าง กับกลุ่ม 2)

n^2 คือค่าประชากรของกลุ่ม 2 (ที่ต้องการทดสอบความแตกต่าง กับกลุ่ม 1)

5. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ไคสแควร์ (เขาวลัษณ์ เลาหะจินดา ใน ยุติ ภาษา และคณะ (บรรณาธิการ) 2531 : 260)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

เมื่อ O_{ij} = ความถี่ที่สังเกตหรือทดลอง ได้ในแถวที่ i และ สดมภ์ที่ j

E_{ij} = ความถี่ที่เป็น ไปตามทฤษฎีหรือสมมติฐานในแถว ที่ i และสดมภ์ที่ j

r = จำนวนแถว

c = จำนวนสดมภ์

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับของแบบแผนชีวิต (N = 134)

	แบบแผนชีวิต ไม่ตี ควรแก้ ไขปรับปรุง เป็นส่วนใหญ่		แบบแผนชีวิต ตีพอใช้ ควร แก้ไขปรับปรุง เล็กน้อย		แบบแผนชีวิต ดี		แบบแผนชีวิต ดีมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	1	0.7	85	48.5	86	49.3	2	1.5
ด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม	0	0	5	3.7	101	75.4	28	20.9
ด้านอารมณ์	0	0	8	6	115	85.8	11	8.2
ด้านสติปัญญา	2	1.5	38	28.4	83	61.9	11	8.2
ด้านการ ประกอบอาชีพ	2	1.5	13	9.7	96	71.6	20	14.9
ด้านศาสนา	1	0.7	29	21.6	88	65.7	16	11.9

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่แยกตามเพศ

เพศ	สูบบุหรี่		ไม่สูบบุหรี่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	26	19.4	43	32.08
หญิง	1	0.74	64	79.76
รวม	27	20.14	107	79.84

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการศึกษาและอาชีพ

อาชีพ	การศึกษา		
	ทำนาทำไร่รับจ้างรายวัน	รับราชการรัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน	อื่น ๆ
ประถมศึกษา	21	12	26
มัธยมศึกษา	2	10	4
อุดมศึกษา	3	53	3

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามแบบแผนชีวิต

1. รองศาสตราจารย์ คร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ ส. โมโนยหงส์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุนทรี ภาณุทัต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สนธิศา เกษุรวงศ์
ภาควิชาภาษาคำต่างประเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล