



การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

A STUDY OF DEMOGRAPHIC FACTORS HEALTH PERCEPTION
AND HEALTH PROMOTING BEHAVIOR OF HYPERTENSIVE PATIENTS



อรอนงค์ สัมพันธุ์

อรอนงค์ สัมพันธุ์

จาก

คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-325-5

สงวนลิขสิทธิ์

๗พ
๑๓๘๖
๘๕๘๙

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ออรอนงค์ สัมพันธ์

อรอนงค์ สัมพันธ์
ผู้วิจัย

สุวิมล กิมปี

สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา
วท.ม. (กายวิภาคศาสตร์)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภกิจ

ทัศนาศุภกิจ, ค.บ., M.S., Ed.D.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

(ศึกษาต่อต่างประเทศ)

ศศิมา กุสุมา ณ อุษงยา

ภ.ม. (สรีรวิทยา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

มนตรี จุลสมัย

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

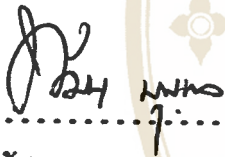
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

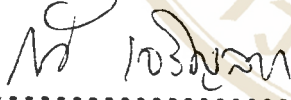
วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2539



ทัศนาศ บุณทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

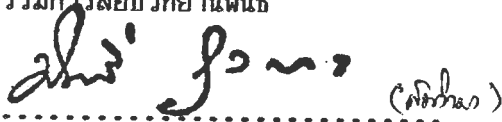
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



กวี เจริญลาภ, พ.บ.,

D.T.M. & H.

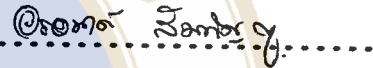
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



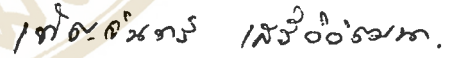
อรอนงค์ สัมพันธ์

ผู้วิจัย



สุวิมล กิมปี, ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

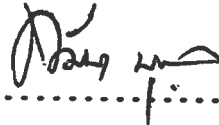
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา

วท.ม. (กายวิภาคศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนาศ บุณทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ พันโทหญิง อรอนงค์ สัมพันธุ์

วัน เดือน ปีเกิด 31 มกราคม 2499

สถานที่เกิด จังหวัดลพบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, พ.ศ. 2516 – 2519 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลมดุงครรภ์ และอนามัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2527 – 2528 :
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536 – 2539 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนการศึกษา กองทัพบก, พ.ศ. 2536 – 2537

ทุนการวิจัย China Medical Board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2519 – 2520 : ห้องผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ
พ.ศ. 2520 – 2527 : ห้องผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
โรงพยาบาลอานันทมหิดล
พ.ศ. 2528 – 2534 : ห้องผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลอานันทมหิดล

พ.ศ. 2534 – 2536 : วิชาการ กองการพยาบาล
โรงพยาบาลอานันทมหิดล

ตำแหน่ง : หัวหน้าหอผู้ป่วย

พ.ศ. 2538 – ปัจจุบัน : กองการพยาบาล โรงพยาบาล
อานันทมหิดล

ตำแหน่ง : หัวหน้านางพยาบาล.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลือเป็น อย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษา และควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิมา กุสุมา ณ ออยุธยา อาจารย์ที่ปรึกษา กรุณาดูแลช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ มาตั้งแต่ เริ่มต้น จนกระทั่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิง เนื้อหาของเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก และผู้อำนวยการกองการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาลอานันท์มหิตล โรงพยาบาลลพบุรี โรงพยาบาลบ้านหมี่ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล

อนึ่ง การวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จลงได้ หากปราศจากความร่วมมือจาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ พ.อ. วิเชียร ชูเสมอ กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารบก ที่ได้ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณพ่อ คุณแม่ ครู อาจารย์ พ.อ.หญิง ปราณี สนิท และ พ.อ.หญิง อัญชัญ ไพบูลย์ และผู้บังคับบัญชาทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอน ช่วยปลูกฝังความ อดทน ความใฝ่รู้ ความมุ่งมั่นในการศึกษา ให้ความรักเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย ซึ่งทำให้การ ศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี รวมทั้ง พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ และทุกท่านที่ไม่ ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้ ขอขอบใจ บุตร ธิดา ทั้ง 3 คน ที่ได้ให้กำลังใจแก่ ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณ กองทัพบก และ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัย อรอนงค์ สัมพัญญ
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุวิมล กิมปี, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, วท.บ. (พยาบาล), วท.ม.

(กายวิภาคศาสตร์)

วันที่สำเร็จการศึกษา 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาเรื้อรังของผู้ป่วย และทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ดังนั้น การปรับเปลี่ยนแบบแผนการ
ดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จะเป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว
ขึ้นและสามารถมีชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยพื้นฐาน
การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่ม
ตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความ
ดันโลหิตสูง แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และ
โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
การรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต
สูง ได้วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัจจัยพื้นฐานที่
แตกต่างกัน โดยการทดสอบค่า t ($t - test$) และการทดสอบความแปรปรวน (ANOVA)
และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe Method)

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการและด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ตีปานกลาง

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และด้านความวิตกกังวลและสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตีปานกลาง

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเองในเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง พบว่า กลุ่มอายุ 35 – 60 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า กลุ่มอายุ 60 ปี และต่ำกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง พบว่า ผู้ที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน

6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

7. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 – 10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 11 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้น ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทุกระดับ ควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีในทุกด้าน โดยควรให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การควบคุมรักษาระดับความดันโลหิต รวมถึงการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ลดความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ กระตุ้นให้ญาติและครอบครัวให้กำลังใจกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขได้ รวมทั้งปรับปรุงระบบบริการทางสุขภาพให้มีความสะดวกในการบริการแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

Thesis Title A Study of Demographic Factors Health Perception
and Health Promoting Behavior of Hypertensive
Patients.

Name Ornanong Sumpunyu

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee
Suvimol Kimpee, B.Sc., M. Ed.
Penchum Sareewinatthana B. Sc., M. Se.

Date of Graduation 14 February B.E. 2539 (1996)

ABSTRACT

High blood pressure is chronic illness that causes continuing problems and risks on various side effects leading to fatality. So I am interested in studying about Demographic Factors, Health Perception and Health Promoting Behavior of Hypertensive patients. The samples are 275 patients in the high blood pressure clinic of the out - patient department, Ananthamahidol hospital, the Lopburi hospital and the Ban Mee hospital at Lopburi province. Data were collected by using two set of questionnaires, i.e., Health Perception and Health Promoting Behaviors. SPSS/PC⁺ program

was used in the process of data analysis, by finding Arithmetic Mean (\bar{X}), Standard Deviation (S.D.) then compare the means of the health promoting scores of the high blood pressure patient who have different basic factors by using the T - test and ANOVA together with the comparison of difference within the group by means of Scheffe methods. The results were as follows.

1. The high blood pressure patients have a very good level of health promoting behaviors except the health promoting behaviors in nutritional practices and the use of health care system at a fairly good level.

2. The high blood pressure patients have a very good level in health perception except prior health and health worry and concern at a fairly good level.

3. Female high blood pressure patient have no statistical difference from male high blood pressure patient in health promoting behaviors at the significance level of 0.05 except the self actualization which male patients are better than female patients at the significance level of 0.05

4. The high blood pressure patients with different age have no statistical difference in health promoting behaviors at the significance level of 0.05 except the self actualization which the 35 - 60 aged - group has better health promoting behaviors than the group of above 60 years and below 35 years at the significance level of 0.05

5. The high blood pressure patients with difference jobs have no statistical difference in health promoting behaviors at

the significance level of 0.05 except the self - actualization which the fixed schedule workers have better health promoting behaviors than the unfixed schedule workers at the significance level of 0.05

6. Difference in educational back ground of high blood pressure patients have no statistical difference in health promoting behaviors at the significance level of 0.05

7. The high blood pressure patients with difference length of illness have no statistical difference in health promoting behaviors at the significance level of 0.05 except sense of purpose and relationship with other which the group of 4 - 10 years of illness have health promoting behavior better than the group unless than 3 years and the group of 11 years up at the significance level of 0.05

8. The very good health perception patients have better health promoting behaviors than the fairly good patients at the significance level of 0.001 and 0.05 except the health care system have no statistical difference in health promoting behaviors at the significance level of 0.05

The results of this research can be concluded that high blood pressure patients who have good health perceptions will also have good health promoting behaviors.' The researcher has some suggestions that nurses who involve in the taking care of high blood pressure patients should support them to have good health perception in all aspects especially prior health and health worry and concern. Patients should be taught about the causes, symptoms

and the control of blood pressure level. Treatment and prevention of complication are also suggested. Health worry and concern should be decreased by encouraging their family to support the patient. Public health services should be more convenient for the patients so that they can get a continuing treatment.



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	๗
สารบัญแผนภูมิ	๑
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	12
แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	12
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	30
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	38
การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	49
ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	63
ผลการวิจัย	63
การอภิปรายผล	100
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและ ข้อเสนอแนะ	108
สรุปผลการวิจัย	108
ข้อเสนอแนะ	110
บรรณานุกรม	113
ภาคผนวก	127
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	128
ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	130

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาล ลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี พ.ศ. 2535 ; พ.ศ. 2536	3
2. เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (โซเดียมมาก)	25
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการ ศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	64
4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลจำแนกตามคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน และโดยรวม	65
5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถ ในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการ ออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	66
6. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านได้แก่ ด้านรูปแบบการ นอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในคุณค่าของ ตนเอง ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการ ควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ	68
7. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการ รับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้านและโดยรวม	70
8. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการ รับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพใน อดีตในปัจจุบันและในอนาคต	71

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
9. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล งานหนักตามคะแนนการ รับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านได้แก่ ด้านการรับรู้ความดันโลหิต และการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ด้านความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับ สุขภาพ และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	72
10. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ ต่างกัน	74
11. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน	75
12. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	76
13. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ เจ็บป่วยต่างกัน	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
14. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพต่างกัน	78
15. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน	79
16. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	80
17. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน	81
18. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
19. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	84
20. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน	85
21. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	86
22. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน	87
23. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน	88
24. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน	90

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
25. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	92
26. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน	93
27. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน	94
28. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน	95
29. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถ ในการดูแลตนเองโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test)	96
30. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านได้แก่ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้าน การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test)	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
31. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักใน ความมีคุณค่าของตนเอง ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมและด้านการใช้ระบบบริการทาง สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test)	98



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิจัยโดยอาศัยรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender' Health Promoting Model)	6
2. กระบวนการการรับรู้	32
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender' Health Promoting Model)	45



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรกว่าครึ่งหนึ่งของโลกยุคโลกาภิวัตน์ กำลังประสบปัญหาที่เปลี่ยนไปจากความเครียดจากสภาวะแวดล้อม และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง (วิภา สุโรจนะเมธากุล 2532 : 136) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด และเป็นปัญหาทางการแพทย์ทั้งในประเทศที่พัฒนา และกำลังพัฒนา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Beare & Myer 1990 : 28; Brunt & Love 1992 : 362-4) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 30 เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่แข็งตัว และมากกว่าร้อยละ 50 เกิดอันตรายต่ออวัยวะเป้าหมาย คือ หัวใจและหลอดเลือด ไตถูกทำลาย ซึ่งเป็นผลจากความดันโลหิตสูงโดยตรง จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีอายุสั้น และถึงแก่กรรมลงก่อนระยะเวลาอันสมควร ประมาณ 10-20 ปี (พัชรี ดำรงสุนทรชัย) 2531:18) ซึ่งพลัมเมอร์ (Plummer 1987:135) ได้ศึกษาโรคความดันโลหิตสูงจำนวนหนึ่งในประชากร 40 ล้านคน ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเกษม วัฒนชัย (2532:110) (Nemcek MA 1989:20 - 26) พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาประมาณร้อยละ 50 จะเสียชีวิตเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง อีกร้อยละ 10 - 15 เสียชีวิตจากภาวะไตวายหรืออาจทำให้เกิดอัมพาต ประสาทตาเสื่อมถึงตาบอดได้ และจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและวิกฤตการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง พบว่า สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากขึ้นจากการสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ. 2535 พบอัตราการป่วย 96.35 คน ต่อประชากร 100,000 คน และมีอัตราการตาย 21 คน ต่อประชากร 100,000 คน (กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข 2535)

ในจังหวัดลพบุรี ซึ่งอยู่ไม่ห่างไกลจากกรุงเทพมหานคร คิดเป็นระยะทาง

ประมาณ 145 กิโลเมตร ได้มีการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ พบว่า ปี พ.ศ. 2536 มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2535 จำนวนทั้งสิ้น 480 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.16 และเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.17 ดังแสดงจำนวนผู้ป่วยในตารางที่ 1

ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดลพบุรีเป็นข้าราชการทหารและพลเรือน ซึ่งมีลักษณะการบริโภคที่กินคืออยู่ที่ มีงานสังคม พบปะสังสรรค์ในหน่วยและนอกหน่วยงาน นอกจากนั้นยังมีการสังสรรค์ระหว่างครอบครัวในหน่วยงานอีกด้วย โดยการจัดอาหารรับประทานในและนอกบ้านอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดนิสัยการบริโภคอาหารในปริมาณที่ทำให้พลังงานสูง เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเกิดภาวะเครียดจากงานหรือสังคม ขาดการออกกำลังกายเนื่องจากมีภารกิจที่ต้องเร่งรีบเหมือนประชากรในกรุงเทพฯ ทำให้อัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตเพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาถึงสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนในประชากรดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของฮิลและแม็คคอม (Hill & McCombs 1981:299-300) พบว่า เกิดจากผู้ป่วยขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา เนื่องจากมีอาการไม่ชัดเจน และเข้าใจว่าตนเองมีสุขภาพดีหายจากการเจ็บป่วยนั้นแล้ว หรือผู้ป่วยมักจะหยุดรับประทานยาเอง เนื่องจากความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงของยาที่รักษาอยู่ นอกจากนี้ยังพบอีกด้วยว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของแผนการรักษาที่มีอยู่

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดก็ตาม แต่เราสามารถป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาหรือปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) ที่ถูกต้อง อันได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่อร่างกาย ควบคุมอาหารรสเค็ม งดเว้นและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟและเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ควรมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ ออกกำลังกาย และกิจกรรมการพักผ่อนที่

ตารางที่ 1 : สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ ปี พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2536

พ.ศ.	พ.ศ.	รพ. อานันทมหิดล		รพ. ลพบุรี		รพ. บ้านหมี่		รวม		
		2535	2536	2535	2536	2535	2536	2535	2536	
		โรคความดันโลหิตสูง	453	678	1366	1580	449	490	2268	2748
		ภาวะแทรกซ้อน(ไตวาย	244	201	144	140	169	180	557	521
		โรคหัวใจและหลอดเลือด)								
		เสียชีวิตจากโรคความดัน	7	49	43	46	46	53	96	148
		โลหิตสูง								

แหล่งที่มา : ระเบียบสถิติผู้ป่วยนอก-ใน ของโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่

เหมาะสม มีวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม ตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน มีจุดมุ่งหมายในชีวิตสามารถควบคุมสภาวะแวดล้อม อันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และสามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะต้องให้สอดคล้อง และผสมผสาน เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนในการดำเนินชีวิต จะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน อันจะทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต (Well being) ในที่สุด (Pender 1987 : 59)

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 60) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลขึ้นกับปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive Perceptual factors) ภายในตัวบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งเพนเดอร์ได้เน้นถึงความสำคัญของความรู้ - การรับรู้ในการเป็นสื่อกลางของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพราะ

เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นปัจจัยที่จะโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเกิดความเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อภาวะสุขภาพที่ดี (Pender 1987 : 64) จากสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความรุนแรงเพราะความไม่รู้ หรือได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (Febrega 1973 : 470 - 480) ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น "ความรู้สึกสบายดี" ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในสุขภาพของตน เกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสม ตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวที่จะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรค ป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการศึกษาของคริสเตียนเซน (Christiensen cited in Pender 1987:64) ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนั้นดี มีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ พรทิพา ศุภราศรี (2538: ๗) พบว่าผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้วย

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว เพนเดอร์ (Pender 1987:66) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยปรับเปลี่ยน อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแลมเบิร์ต และแลมเบิร์ต (Lambert and Lambert 1979 : 210) กล่าวว่า วิทยาลัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีสุขภาพมากขึ้น ยอมรับและรับผิดชอบการกระทำเพื่อให้อ自己有สุขภาพดี และผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถทำให้เข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender 1982:162 - 163) ยังพบอีกด้วยว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักพบว่า มีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค แผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่เข้าใจถึงประโยชน์ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต จึงละเลยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และจากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล (2533 : 37) พบว่า ลักษณะอาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลตัวหนึ่ง อาชีพที่มีการปฏิบัติงาน ที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน (รับจ้าง

บริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนอาชีพที่ปฏิบัติงานที่ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน (อาชีพอิสระ แม่บ้าน) สามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรมการทำงาน และการพักผ่อนได้ โดยไม่เร่งรีบและจำกัดเวลามากนัก

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 61) ได้อธิบายรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไว้ กล่าวคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้านด้วยกัน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การออกกำลังกายและการพักผ่อน การนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิต สัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ซึ่ง เกิดจากอิทธิพลของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี 6 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพในอดีต ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพในอนาคต ความต้านทานโรค และการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังแสดงในกรอบแนวคิด หน้า 6

สุดท้ายจากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่า ปัจจัยพื้นฐานและการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจต้องการศึกษาว่า ปัจจัยพื้นฐาน หรือการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลพบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลในการหาทางสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคตต่อไป และเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลที่เหมาะสม และสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าศึกษายภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ตามศักยภาพของตนได้ และบรรลุมหาผลของพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของพยาบาล



แผนภูมิที่ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัย โดยอาศัยรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender' Health Promoting Model)

ที่มา : Pender 1987 : 58

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย
4. ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอนและกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมารับการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลก้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า จะนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติกาพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการประเมินและวางแผนกาพยาบาล โดยให้บุคลากรทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้
2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางสำหรับการค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ บรูค และคณะ (Brook, et al. 1979) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 ด้าน คือ

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา

1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนในอนาคต

1.4 การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance and susceptibility to illness) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.5 ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของผู้ป่วยต่อผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และวิธีการหรือแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อภาวะสุขภาพ

1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness - orientation) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะของโรคและการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดได้ตามศักยภาพ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกระทำด้วยตนเอง เพื่อดูแลสุขภาพของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ HPLP (Health Promoting Lifestyle Profile) ของวอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al. 1991 : 268-273) โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับแบบวัด แบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Lifestyle and Health Habits) ของเพนเดอร์ (Pender 1987 : 138 - 143) ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน คือ

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ

2.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ หมายถึง รูปแบบและลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และงดการบริโภคอาหาร

ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน เป็นต้น

2.3 การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน หมายถึง วิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย รวมทั้งการคงความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

2.4 รูปแบบการนอนหลับ หมายถึงระยะเวลาทำหางในการนอนหลับรวมทั้งปัญหาในการนอนหลับ

2.5 การจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

2.6 การตระหนักในคุณค่าของตนเอง หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี

2.7 จุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หมายถึง การคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ

2.9 การควบคุมสภาวะแวดล้อม หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม

2.10 การใช้บริการทางสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกำหนดนิยามของปัจจัยแต่ละประการ ดังนี้

3.1 เพศ หมายถึง ผู้ป่วยเพศหญิงหรือผู้ป่วยเพศชาย

3.2 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วยนับตั้งแต่ปีเกิดจนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยทำการวิจัย ถ้าเกิน 6 เดือน ขึ้นไปถือเป็น 1 ปีเต็มโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ อายุต่ำกว่า 35 ปี 35 - 60 ปี และมากกว่า 60 ปี

3.3 อาชีพ หมายถึง การปฏิบัติงานประจำ ซึ่งได้รับค่าตอบแทน หรือเป็นภาระงานที่ต้องรับผิดชอบโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.3.1 กลุ่มปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ได้แก่ อาชีพรับจ้าง
ทำงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ และนักเรียนนักศึกษา

3.3.2 กลุ่มปฏิบัติงาน ที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน ได้แก่ อาชีพค้าขาย
ส่วนตัว ทหาร ตำรวจ ทหารเกณฑ์ แม่บ้าน

3.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ไม่ได้ศึกษา ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา
หรืออนุปริญญา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

3.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย หมายถึง เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จนถึงปัจจุบัน คิดเป็นจำนวนเต็มของปี ซึ่งจะแบ่งได้เป็น
3 ระดับ คือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี 4 - 10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป

บทที่ 2

วาระคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการ ศึกษาตามลำดับดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพ (WHO 1985 ; Nissinen, et al. 1986 : 99) โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary or idiopathic or essential hypertension) ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ มีความสัมพันธ์ กับปัจจัยหลายประการ ทั้งทางด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ที่อาจเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุ ร่วมกัน (Keer & Nichaman 1986:27) ผู้ป่วยอาจจะแสดงอาการเพียงเล็กน้อยหรือไม่มี อาการเลย จนเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั่วหลายอวัยวะต่าง ๆ จนถึงแก่ชีวิตได้ มาร์ซินเนค (Marcinek 1980:928) และวิตสตรานด์ (Witstran 1987:1) เรียกลักษณะดังกล่าวว่า "Silent Sickness" และ "Silent Disease" ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งตาม สาเหตุได้คือ

1. ความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. ความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุอาจเกิดจากการได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง โรคพิษแห่งครรภ์ และโรคอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ และความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งถ้ามีการแก้ไขตามสาเหตุแล้วภาวะความดันโลหิตสูงจะหายไปด้วย

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Pathogenesis of Essential Hypertension)

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ พบได้มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ส่วนมากจะพบในช่วงอายุ 35-55 ปี และพบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และการพยากรณ์โรครวมดี มากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า (Beland & Passor 1981:833) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เชื่อว่ามี ความผิดปกติในการไหลเวียนของเลือด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ (Kerr & Nichaman 1986:19) ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมี 2 ประการคือ (WHO 1983:12-19 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2536 :134-136)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม
 - 1.1 บุคคลในครอบครัวเดียวกัน มักจะมีระดับความดันโลหิตใกล้เคียงกัน
 - 1.2 ระดับความดันโลหิตของฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ
 - 1.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะแรงดันโลหิตสูงหลอดเลือดคล้ายคลึงกัน
 - 1.4 ความดันโลหิตระหว่างบุตรบุญธรรมและพ่อแม่บุญธรรม จากการวิจัยแบบ cross section ยังไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กัน
2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบว่ามีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว จำนวนเกลือโซเดียมที่ร่างกายได้รับ จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ การออกกำลังกาย และความเครียด

2.1 น้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (Ready 1985 : 443; MacMahon, et al. 1986 : 334) จากการศึกษาของกิลล์ม (Gillum, et al. 1982 : 211) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ถ้าลดน้ำหนักตัวลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน (Nissanen, et al. 1985 : 149; Chaithiraphan 1986 : 114) และมีนักวิชาการหลายท่านที่ให้ข้อคิดเห็นว่า ความสัมพันธ์นี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกายและพันธุกรรมด้วย (O' Brien & O' Malley 1983: 43 - 65; Fagerberg, et al. 1985 : 160 - 164) ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5 - 10 เท่าของคนผอม เมื่อน้ำหนักตัวลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วย เพียงลดน้ำหนักลงประมาณ 2-4 กิโลกรัม ก็จะทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ทั้งในคนอ้วนและคนผอม นอกจากนั้น ปริมาณไขมันในเลือดก็จะลดลงด้วย ทำให้โอกาสที่ไขมันจะ เกาะ เส้นโลหิตจนตีตันน้อยลง (อรวิทย์ โทธิ์, 2537:87)

2.2 จำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับ

การจำกัดจำนวนเกล็ดเลือดที่ร่างกายได้รับต่อวันจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Kerr & Nichaman 1986:27-104) เนื่องจากเกล็ดเลือดมีจำนวนมาก ทำให้ผนังด้านในของหลอดเลือดแดงบวม เพิ่มปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือด มอร์แกนและคณะ (Morgan, et al. 1978:227-230) มีความเห็นว่าบุคคลที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงระหว่าง 90-105 มิลลิเมตรปรอท ควรพยายามจำกัดเกล็ดเลือดก่อนที่จะใช้ยาซึ่งสอดคล้องกับ เฮาสตัน (Houston 1986:179-185) ได้กล่าวไว้ว่า การจำกัดเกล็ดเลือดเป็นการรักษาขั้นแรกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนของเกล็ดเลือดต่อโปรตีนเซียม เกล็ดเลือดต่อแคลเซียมและเกล็ดเลือดต่อแมกนีเซียม ก็มีความสำคัญต่อการดำเนินของโรคเช่นกัน (Frisancho, et al. 1984:515-519; Smith 1985:179-185) อย่างไรก็ตาม ปริมาณเกล็ดเลือดที่ร่างกายต้องการเพียง 500 มิลลิกรัมต่อวัน เกล็ด 1 ซ้อนชาจะให้เกล็ดเลือดถึง 2,300 มิลลิกรัม ซึ่งในอาหารหลายอย่าง มีเกล็ดเลือดเป็นส่วนประกอบอยู่แล้วตาม

ธรรมชาติและไม่มีรสเค็มจัด เช่น นมหรือเนื้อสัตว์ มีโซเดียมมาก ข้าว ผัก ผลไม้มีโซเดียมเพียงเล็กน้อย ฉะนั้น แม้ไม่ใส่เกลือหรือน้ำปลาในอาหารเลย ร่างกายก็ได้รับโซเดียมจากอาหารเหล่านั้นแล้วและถ้าร่างกายไม่สามารถขับโซเดียมส่วนเกินออกไปจากร่างกายได้หมด ทำให้โซเดียมส่วนเกินค้างอยู่ในร่างกายพลอยให้เกิดน้ำคั่ง มีอาการบวมและความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (อรวิทย์ โทрки, 2537 : 83)

2.3 จำนวนแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับ

การศึกษานผลของแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูง ยังไม่ค่อยได้รับความสนใจมากนัก จากการศึกษาของซอเดอร์ (Sauder, et al.1981:653-656) พบว่า ภายหลังจากดื่มสุรา ความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน ซึ่ง อรวิทย์ โทрки (2537:88) กล่าวว่า การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 3 แก้วขึ้นไปต่อวัน อาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีความดันสูงอยู่แล้ว สอดคล้องกับ สโตรค (Stroke 1982:759-762) พบว่าแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงอย่างหนึ่ง ซึ่งเอชิมาและคณะ (Ueshima, et al.1984:37-41) สนับสนุนว่าถ้าดื่มสุราวันละ 25 - 55 กรัม จะมีผลทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกสูงขึ้น สำหรับผู้ดื่มสุราเป็นเวลานานจะยิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อ Stroke มากขึ้น (Chaitiraphan 1986:37)

2.4 การออกกำลังกาย

อรวิทย์ โทрки (2537 : 87) กล่าวว่า สมรรถนะทางกายจะดีขึ้น เมื่อได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความดัน ลดน้ำหนัก ลดไขมันในเลือด และช่วยผ่อนคลายความเครียด คนที่ไม่ออกกำลังกาย ได้แต่นั่ง ๆ นอน ๆ มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 35 การออกกำลังกายที่ได้ผลต้องทำได้เหวี่ยง ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น ปอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น สมจิต หนูเจริญกุล (2536:138) กล่าวว่า ภาวะอ้วนก่อให้เกิดการเผาผลาญพลังงานไม่เป็นระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะกรดยูริกสูง นอกจากนี้ โอไบรอัน และโอแมลลี (O' Brien & O'Malley 1983:66-67) พบว่า การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดในโคโรนารีดีขึ้น และพบสารโคเลสเตอรอลในเลือดต่ำเพราะการออกกำลังกายมีความเกี่ยวข้องกับการ

แผนกลยุทธ์พลังงาน

2.5 ความเครียด

ความเครียดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นชั่วคราว เมื่อปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดหมดสิ้นไปความดันจะลดลงมา การลดความเครียดด้วยสมาธิ ผ่อนคลายจิตใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยให้ความดันลดลงบ้างเล็กน้อย แต่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ และใช้เวลานานจึงจะได้ผล (อรวิทย์ โทрки, 2537:88) และสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมักมาจากชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความขัดแย้ง ความกลัว ความเครียดมีผลต่อประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536:137) ดังนั้น การจัดการและผ่อนคลายความเครียด สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุได้ (Griffin & Kee 1986:59-67)

2.6 อธิปไตยอื่นๆ

อธิปไตยอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง ยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่มีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ โดยเฉพาะคนที่มีความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อหัวใจวายและ เส้นโลหิตในสมองแตกมากกว่าคนที่มีความดันโลหิตสูง แต่ไม่สูบบุหรี่ นอกจากนั้น การสูบบุหรี่ยังมีผลกระทบกระเทือนต่อการให้ยาลดความดันไม่ได้ผลเต็มที่ คนที่มีความดันโลหิตสูง จึงควรพยายามเลิกสูบบุหรี่ (อรวิทย์ โทрки, 2537:88) นอกจากนี้ การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วยต่อวัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ แต่การดื่มกาแฟตามปกติทั่วไปไม่แน่ชัดว่าจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใด (สมจิต หนูเจริญกุล 2536:137) จากการศึกษาวิจัยการบริโภคของสถาบันสุขภาพแห่งหนึ่งในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ระบุว่ากาแฟเพียงวันละถ้วยเดียวมีผลต่อระดับโคเลสเตอรอลในหลอดเลือดซึ่งระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง จะมีผลต่อเนื่องกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เป็นเหตุให้ไขมันไปเกาะตามหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแคบลง ขณะเดียวกันก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ถ้าเกิดกับหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เสียชีวิตเพราะหัวใจวายอย่างเฉียบพลันได้ (อรวิทย์ โทрки, 2537:90) สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า การเกิดความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่อาจไม่เพียงพอ ความคับข้องใจหรือความไม่พอใจในฐานะที่เป็นอยู่ เป็นต้น (Beare & Myer 1983:123) นอกจากนี้ คนที่มีบุคลิกภาพชนิดเอ คือ โกรธง่าย เลี้ยงดั่ง ชอบการแข่งขัน ก็ยังมีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ (WHO 1983:28) กริฟฟินและคี (Griffin & Kee 1986:60-63) กล่าวว่าปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขได้ คือ การบริโภคอาหารเค็ม ความอ้วน ความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้คือ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประวัติครอบครัว ดังนั้น โรคความดันโลหิตสูง จึงน่าจะควบคุมได้เป็นบางส่วน

โรคแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง (Complication of Hypertension)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้ยาก และจะมีการทำลายอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ของร่างกาย คือ

1. สมอง

แรงต้านทานในหลอดเลือด เมื่อเป็นอยู่นานๆ จะเกิดหลอดเลือดแข็ง และเกิดตุ่มโป่งพองเล็ก ๆ ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นจะทำให้ตุ่มโป่งพองนี้แตกเกิดการทำลายเนื้อเยื่อสมอง หลอดเลือดแข็ง เกิดการอุดตันได้ ซึ่งหลอดเลือดในสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงได้มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้ เป็นผลมาจากความแข็งตัวของหลอดเลือด และเมื่อความดันโลหิตสูงมากจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองจะขยายตัว เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive encephalopathy) ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของระบบประสาทกลางที่อาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นอย่างรีบด่วนที่จะต้องควบคุมความดันโลหิตสูงให้ได้ภายในเวลารวดเร็วเป็นนาทีถึงชั่วโมง สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงทุกชนิดที่มีความดันโลหิตสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว (กรี เจริญลาภ, 2532 : 274) และภาวะสมองพิการนี้ มักเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนภายใน

24 ชั่วโมง เนื่องจากกระบวนการอัตโนมัติในการควบคุมการไหลเวียนของเลือดในสมอง เสียไป พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยจะซีมลงจนถึงหมดสติร่วมกับอาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน อาจชักเป็น อัมพาต ผู้ป่วยจะถึงแก่กรรมถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที

2. หลอดเลือด

ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผนังหลอดเลือดหนา และแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกเกิดการอุดตัน เกิดลิ้มเลือดทำให้เลือด ไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ ได้ เช่น หัวใจ สมอง ไต และโรคที่พบได้มากคือ หัวใจ ขาดเลือด สมองขาดเลือด ไตวาย เป็นต้น

3. หัวใจ

ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้น พองตัวขึ้น หัวงานหนัก เพื่อบีบไล่เลือด เนื่องจากสู้แรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งในระยะเริ่มแรกนั้นกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวให้ เข้ากับแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยาย ตัว ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต แต่ถ้าความดันโลหิตยังสูงอยู่ตลอดเวลา หัวใจก็ไม่สามารถ จะขยายตัวให้พอกับความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนยานลง ในที่สุดหัวใจห้องล่างซ้ายจะพองตัวและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือหัวใจอีกซ้ายวาย ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้เลือดจะไหลกลับป้อนตามเดิม เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักเกินไป เกิดอาการบวม ทั้งตัว และเกิดอาการหัวใจห้องล่างขวาวายในที่สุด (กวี เจริญลาก 2532:276; Perry & Jessor 1985:169; Zanchetti 1986:73; Strate, et al. 1986:153)

4. ไต

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นเรื้อรัง หรือมีความดันโลหิตสูงมาก จะมีผล ทำให้ผนังของหลอดเลือดที่ไตหนาขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อย สมรรถภาพของไตในการ กำจัดของเสียบกพร่องทำให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาผลาญของร่างกาย

ที่สำคัญ คือ การตั้งของของเสีย เช่น ครีอาตินินและสารยูเรีย ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อร่างกาย ถ้ามีการตั้งของของเสียในระดับสูงจะ เกิดอาการหมดสติและ เสียชีวิตในที่สุด

5. จอรับภาพ

หลอดเลือดไปเลี้ยงตาหนาและแข็งตัวในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงถาวร หรือรุนแรงอาจทำให้หลอดเลือดแตกและอุดตัน มีเลือดซึมออก เป็นผลให้มีการทำลายประสาทตาให้เสื่อมสมรรถภาพ และตาบอดได้

แนวทางในการควบคุมความดันโลหิต

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ คือ การควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง อาจจะเป็นการควบคุมด้วยยาหรือไม่ใช้ยา แต่ผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Mason 1982:55-60) ทั้งนี้ ต้องสะดวกปลอดภัย มีประสิทธิภาพและบุคคลสามารถปฏิบัติตามได้ (Kochar & Daniels 1978:61) ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การควบคุมด้วยยาและการควบคุมโดยไม่ใช้ยา หรือใช้ร่วมกัน

1. การควบคุมด้วยยา โดยใช้หลักการดูแลเป็นขั้นตอน เรียกว่า Stepped-Care regimen ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO 1978:35-38) เสนอให้เริ่มด้วยยาขับปัสสาวะกลุ่มไทอะไซด์ (thiazide) หรือยาด้านเบต้า (beta blocker) ชนิดใดชนิดหนึ่งก่อนในขนาดที่น้อย หากไม่ได้ผลจึงใช้สองชนิด และถ้ายังไม่ได้ผลอีกก็เพิ่ม ยาขยายหลอดเลือดและยาอื่น ๆ เป็นขั้นตอน การให้ยาแต่ละชนิดมีเป้าหมายโดยเฉพาะ แต่ในปัจจุบันมียามากมายซึ่งการให้ยานั้นแพทย์จะเลือกอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized Therapy) ในการให้ยานั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 กลุ่ม คือ

1.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เพื่อลดการดูดกลับของน้ำและเกลือที่ไต

1.2 ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมเพเทติก (Sympathetic Inhibitors) เช่น ยาประเภท ยาด้านเบต้า (Beta Blocker)

1.3 ยาขยายหลอดเลือด (Direct vasodilators) ออกฤทธิ์ที่หลอดเลือดโดยตรง

1.4 ยาประเภทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของแคลเซียม (Calcium antagonists) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว

1.5 ยาประเภทที่ยับยั้งไม่ให้มีการสร้างแองจิโอเทนซิน ทุ (Angiotensin converting enzyme inhibitors)

1.6 ยาประเภทที่ยับยั้ง ซีโรโทนิน รีเซพเตอร์ (Serotonin antagonist) แต่อย่างไรก็ดี การรักษาในกลุ่มที่ 1.1 และ 1.2 แพทย์ยังยอมรับว่าเป็นการรักษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ (กวี เจริญลาก 2537:503-505)

ฮัทชินส์ (Hutchin 1981:370) กล่าวว่า การใช้ยาลดความดันโลหิตโดยทั่วไปต้องลดความดันโลหิตอย่างช้า ๆ และความดันโลหิตในทำนองกับท่านอนไม่เปลี่ยนแปลงมาก ออกฤทธิ์ได้นาน 12 - 24 ชั่วโมง อยู่ในรูปของยารับประทาน ไม่มีผลข้างเคียง ไม่มีอาการดื้อยา ไม่รบกวนการทำงานปกติหรือทำให้สมองเฉื่อยชา และเหมาะสำหรับการรักษาในระยะยาว ซึ่งจะต้องใช้ร่วมกับวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย กล่าวคือ การควบคุมน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การลดอาหารเค็ม การงดสูบบุหรี่ และการผ่อนคลายความเครียด

2. การควบคุมโดยไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่นิยมมากในปัจจุบัน (Macmahon, et al. 1986:334-339) เฮาสตัน (Houston 1986:179-185) เสนอว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดอ่อน ควรใช้วิธีการนี้ก่อนที่จะใช้วิธีการควบคุมด้วยยา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง คือ ต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค จัดความวิตกกังวลหรือความเครียด และจะต้องมีการออกกำลังกายที่ได้ผลดี ๆ ให้ได้เหงื่อ ทำให้หัวใจเต้นแรงขึ้น บอดขยายได้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และในปัจจุบันยังได้มีการนำเครื่องมือป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback machine) เช่น เครื่องมือตรวจวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ มาใช้เพื่อการควบคุมความดันโลหิตด้วย (Drummond 1978:605)

2.1 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น คืออัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และยังช่วยลดคราบไขมันอิสระ ซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง นอกจากนี้ การออกกำลังกาย ยังช่วยให้พลังงานถูกใช้ไปมีผลต่อการลดน้ำหนักตัว และช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด แก่ร่างกายและจิตใจ (Greenland & Briody 1984:79) จึงน่าที่จะมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงจริง แต่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยแบ่งประเภทของการออกกำลังกายเป็น 2 ชนิดคือ การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) และแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) (Kochar & Daniele 1978:96-97)

2.1.1 การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อไม่คงที่ และความตึงตัวคงที่ ได้แก่ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ การกบิจักรยาน การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ มีผลต่อการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง กฤษญา บานชื่น (2528:44-46) กล่าวว่า การออกกำลังกายชนิดนี้เป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา หลัง อย่างเป็นจังหวะด้วยความหนักปานกลาง เป็นเวลานานพอสมควร เรียกว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Arobic exercise) เช่น การรำมวยจีน การกระโดดเชือก การแกว่งแขน และการเดินแอโรบิคเพื่อบริหารปอด หัวใจ และระบบหมุนเวียนเลือด

2.1.2 การออกกำลังกายแบบ ไอโซเมตริก (Isometric exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้น การยกของมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว และเพิ่มการทำงานของหัวใจอย่างรวดเร็ว ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นจึงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ หนัก การดึง การฉุด การแบกหาม การเข็น หรือการใช้แรงมาก ๆ กดลงบนวัตถุใดวัตถุหนึ่ง

2.2 การควบคุมน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนั้น อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ การกำหนดแคลอรีในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะอ้วน จะต้องลดน้ำหนักตัว เพราะเมื่อน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตลดลงด้วย (Nissanen, et al.1985:149) หลักในการ

ควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยควรได้รับปริมาณแคลอรีให้เหมาะกับการใช้พลังงานในแต่ละวัน และควรทราบถึงน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ สำหรับคนไทยตารางมาตรฐานที่นิยมใช้คือของเจลลิฟท์ (Jellift) และ ดร.จอห์น การ์โรว (Dr. John Garrow) ได้เสนอการคำนวณค่าดัชนีน้ำหนักของร่างกาย (body mass index) ว่าเป็นสัดส่วนระหว่างน้ำหนักตัวกับส่วนสูงยกกำลังสอง (O'Brien & O'Malley 1983:51)

$$\text{ดัชนีน้ำหนักของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

ดัชนีน้ำหนักของร่างกายคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 ในเพศชาย และ 19-24 ในเพศหญิงบุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 20 ถือว่าเป็นคนอ้วน และถ้าน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 27 ในเพศชาย และร้อยละ 26 ในเพศหญิง ถือว่าต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักตัวลง โดยเฉพาะอาหารไขมัน ซึ่ง 1 กรัม จะให้แคลอรีถึง 9 กิโลแคลอรี จะต้องลดลงตามพลังงานที่ถูกใช้ไปในร่างกาย อีกทั้งต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือดแข็งตัวและระดับไขมันในเลือดสูงด้วย

3. การปรับพฤติกรรมการบริโภค

อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน นม ไข่ ผัก ผลไม้ ข้าว และอาหารแป้งอื่น ๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป แต่อาหารประเภทไขมันชนิดอิ่มตัว เกลือโซเดียม แอลกอฮอล์ และอาหารที่ให้พลังงานสูง จะส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Nissanen, et al. 1985:149) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นต้องจำกัดหรือควบคุมอาหารดังกล่าว (Houston 1986:179-185; Ueshima, et al. 1984:585) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมักเป็นโรคเรื้อรังในเรื่องการกินอาหารจำกัดโซเดียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับที่จำกัดโซเดียมมากที่สุด เป็นเวลานาน ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยากกับผู้ป่วยประเภทนี้ เพราะมีการจำกัดโซเดียมก็ต้องงดเว้นสิ่งที่จะปรุงรสอาหารให้เค็ม และการรับประทานที่ปรุงรสเค็มไม่ได้ตามความพอใจนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหมดความสนุกสนานในการกิน อาหารไม่ย่อย

กินอาหาร ซึ่งจะมีผลกระทบต่อโภชนาการ และสุขภาพของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการขึ้นได้ แพทย์จึงมักกำหนดให้จำกัดในระดัที่ต่ำกว่าคนปกติเพียงเล็กน้อย

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนเราได้รับในแต่ละวันจากอาหาร (รวมทั้งเครื่องปรุงรส) จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและอื่น ๆ รวมทั้งหมด ปรากฏว่าคนเราได้รับโซเดียมแตกต่างกันมาก คือ 3-7 กรัม หรือมากกว่านั้น และส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับก็อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ คือ "เกลือ" ดังนั้น ถ้าคำนวณจากปริมาณโซเดียมที่ได้รับให้เป็นเกลือโซเดียมคลอไรด์ ก็เท่ากับว่าคนปกติได้รับ "เกลือ" โซเดียมคลอไรด์ วันละประมาณ 7.5-17.5 กรัม

โซเดียมที่ร่างกายได้รับส่วนใหญ่อยู่ในรูปของสารประกอบคลอไรด์ คือ โซเดียมคลอไรด์ แต่ส่วนน้อยเป็นสารประกอบอื่นที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ฉะนั้น คนเราได้รับโซเดียมส่วนมากจากเกลือซึ่งมีรสเค็ม และส่วนน้อยจากสารประกอบอื่น ๆ ของโซเดียมที่มีโซเดียมคลอไรด์ เช่น โซเดียมกลูตาเมต (ผงชูรส) โซเดียมไบคาร์บอเนต ซึ่งมิได้มีรสเค็มนั่นเอง นอกจากนั้นยังจะได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารจำเป็นในการเสริมสร้างร่างกายอีกด้วย

การจำกัดโซเดียม มีระดับการจำกัดแตกต่างกันหลายระดับ ตั้งแต่มีการจำกัดเพียงเล็กน้อย ไปจนถึงระดับจำกัดมาก ที่นิยมปฏิบัติกันแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

1. จำกัดอย่างเบาที่สุด คือ ลดลงกว่าระดับที่คนปกติได้รับเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 2,500 มิลลิกรัม (109 มิลลิอิกวาเลนซ์)
2. จำกัดเพียงเล็กน้อย คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,500-2,000 มิลลิกรัม
3. จำกัดปานกลาง คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม
4. จำกัดอย่างมาก คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 500 มิลลิกรัม
5. จำกัดอย่างมากที่สุด คือ ให้ได้รับโซเดียมวันละ 250 มิลลิกรัม

การที่ผู้ป่วยถูกจำกัดอาหารโซเดียม อาจจะทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น เมื่อขาดน้อยจะทำให้เกิดตะคริว และถ้าขาดมากอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยจึงควรทราบถึงประเภทอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และมีข้อสรุปในการปฏิบัติตนเมื่อจำกัดโซเดียมดังนี้

1. ไม่ใช้อาหารที่ห่าเค็ม หรือดองเปรี้ยว (รวมทั้งดองหวาน) มาประกอบอาหาร ใช้แต่อาหารหลักที่มีได้ผ่านกรรมวิธีถนอมอาหารโดยใช้เกลือหรือเติมเกลือ
2. ไม่ปรุงรสเค็มในขณะหุงต้ม หรือประกอบอาหารด้วยเกลือ หรือน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสเค็มอื่น ๆ หรือซอสที่มีรสเค็มแฝงอยู่ด้วย หากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดมาก และปรุงรสเค็มอ่อนหากแพทย์สั่งจำกัดโซเดียมระดับจำกัดน้อย
3. ผู้ป่วยที่แพทย์สั่งอาหารจำกัดโซเดียม หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะปรุงหรือควบคุมการปรุงประกอบอาหารได้ จำเป็นต้องกินอาหารที่ปรุงมาแล้ว เช่น อาหารที่ปรุงขายควรกินอาหารที่ปรุงประกอบมาแล้วมีรส "อ่อนเค็ม" เท่านั้น ไม่เกินอาหารที่ปรุงรสมากจนเค็มมากเป็นอันตรายและในกรณีที่อาหารมีรส "อ่อนเค็ม" ก็ไม่เติมเกลือหรือน้ำปลา หรือเครื่องปรุงรสใด ๆ ที่มีเกลือในขณะกินอีก
4. รับประทานอาหารหลัก เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ถั่ว ผัก ผลไม้ และไขมัน ในปริมาณที่แพทย์หรือนักกำหนดอาหารแนะนำ ในกรณีที่จำกัดระดับน้อยที่สุดรับประทานอาหารหลักได้มากเท่าที่ต้องการ
5. ไม่รับประทานอาหารที่ปรุงแต่งด้วยวิธีการซับซ้อน และไม่รู้ว่ามีส่วนประกอบโซเดียมมากน้อยเท่าไร เช่น ขนมประเภทขนมปัง คุกกี้ เด็ก หรือรู้ว่ามีส่วนประกอบโซเดียมมาก เช่น น้ำแกงที่ใส่ผงชูรส ผักชีที่ต้มในน้ำใส่โซดาไบคาร์บอเนต เด็กที่ใส่ผงฟู ฯลฯ
6. หากน้ำบาดาลหรือน้ำประปากร่อย สงสัยว่าจะมีส่วนประกอบโซเดียมมากควรเก็บน้ำฝนไว้ดื่ม
7. ไม่รับประทานยาโดยแพทย์มิได้สั่ง และ เมื่อเจ็บไข้ไปพบแพทย์ที่มีโซเดียม แพทย์รักษาประจำ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่าต้องจำกัดโซเดียม เพื่อแพทย์จะได้หลีกเลี่ยงยาที่มีโซเดียมมาก

ตารางที่ 2 : เปรียบเทียบอาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย) และอาหารที่ควรงด
(มีโซเดียมมาก)

ที่มา : กวี เจริญลาก 2526:619-622

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
<p>1. หมูข้าว</p> <p>ข้าวสวย ข้าวต้มเปลา่ ข้าวเหนียวหนึ่ง เส้นก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน มั๊กกะโรนี สปาเกตตี้ วุ้นเส้น ข้าวโพดหนึ่ง ต้มหรือเผา ไม้ใส่เกลือ ข้าวโพดคั่ว ไม้ใส่เกลือ มันเทศหนึ่งหรือต้มหรือเผา มันเทศต้มน้ำตาล เผือกหนึ่งหรือต้มหรือต้มน้ำตาล ข้าวเม่าราง (รับประทานกับน้ำกะทิ และน้ำตาล)</p>	<p>(ใส่เกลือ)</p> <p>ข้าวมัน ข้าวเหนียวหมูกะทิ (ใส่เกลือ) ขนมปังปอนด์ธรรมดา (ใส่เกลือจึงมีโซเดียมมีโซเดียม) เส้นบะหมี่ มีสี๊ว แป้งเกี้ยว บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กและข้าวต้มสำเร็จรูปชนิดแห้งบรรจุซอง ข้าวโพดต้ม ข้าวโพดที่ขายกันทั่วไป (ซุบน้ำเกลือ) ข้าวโพดคั่วที่ปรุงแต่งรส (เค็มหรือหวาน) ข้าวเม่า หมี่ข้าวเม่าคลูก (พรมน้ำเกลือ) ข้าวโพดคั่วคลูกเนยชนิดใส่เกลือ ข้าวเกรียบกุ้ง ข้าวเกรียบปลา และข้าวเกรียบชนิดอื่นๆ</p>
<p>2. หมูเนื้อสัตว์ (ที่มีได้ปรุงแต่งรส)</p> <p>เนื้อสัตว์ทุกชนิด เช่น หมู เนื้อไก่ ปลา กุ้ง ปู หอย เนื้อ ปลาน้ำเค็ม ไข่เป็ด ไข่ไก่ ไข่่นกกระทา</p>	<p>ปู กุ้งและหอยน้ำเค็ม (ถ้ารับประทานต้องคำนวณปริมาณโซเดียม) และไม้กินชนิดที่เค็มจัด เช่น หอยแครง หอยแมลงภู่ เนื้อสัตว์ทุกชนิดที่ใส่เกลือ เช่น เนื้อเค็ม ปลาแห้ง ปลาเค็ม กุ้งแห้ง ปูเค็ม หอยดอง (ใช้เกลือหรือน้ำปลา) หมูแฮม หมูเบคอน หมูแผ่น หมูหยอง หมูตั้ง กุนเชียงหมูยอ ไส้กรอกทุกชนิด ปลาร้า ปลาเจ่า กุ้งเจ่าส้มผัก ปลาส้ม</p>

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
นม ถั่วเหลือง เต้าฮวย	อาหารเนื้อบรรจุกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง เนื้อกระป๋อง กุ้ง และปู บรรจุกระป๋อง ไข่เค็ม เต้าหู้ เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว
<p>3. หมู่น้ำนม</p> <p>นมสด นมผง นมข้นจืด ไอศกรีมชนิดไม่เติมเกลือ ไม่เติมโซเดียมแอลจีเนต</p>	<p>นมเต็มไขมัน ช็อคโกแลต ไอวัลติน หรืออื่นๆ ที่มีไขมัน เนยแข็ง ไอศกรีมที่เติมเกลือ เติมโซเดียมแอลจีเนต (ทำให้ไอศกรีมเนื้อละเอียด)</p>
<p>4. หมู่มัก</p> <p>ส่วนใหญ่มีโซเดียมน้อย เช่น ผักบุ้ง ผักกาดหอม มะเขือเทศ แดงกวาง มะเขือเปราะ มะเขือยาว กระเจี๊ยบ ถั่วสด ดอกกระหล่ำเห็ดสด ฯลฯ</p>	<p>ผักสดบางชนิดที่มีโซเดียมมาก เช่น หัวผักกาด สีสต สีม่วงแดงและสีขาว (รวมทั้งใบด้วย) ผักดองทุกชนิด ทั้งดองเค็ม และดองเปรี้ยว ผักกระป๋องทุกชนิด (ใส่เกลือ) เช่น มะเขือเทศกระป๋อง และน้ำมะเขือเทศ ชนิดบรรจุกระป๋อง</p>
<p>5. หมู่ผลไม้</p> <p>ผลไม้สดส่วนมากมีโซเดียมน้อย แพทย์จึงมักอนุญาตให้กินได้มาก หากว่าไม่จำกัดพลังงาน เช่น ส้ม กล้วย มะละกอ ส้มประรด ผลไม้เชื่อมหรือต้มน้ำตาล เช่น กล้วยเชื่อมหรือต้มน้ำตาล</p>	<p>ผลไม้ ที่นำไปปรุงแต่ง เช่น กล้วยฉาบ (ใส่เกลือเล็กน้อยเพื่อให้รสแหลม) กล้วยบวชชี (ใส่เกลือ) ผลไม้แช่อิ่ม (ที่เคล้ากับเกลือก่อน) ผลไม้ดอง (ดองกับเกลือก่อนจึง</p>

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
<p>เช่น ก๋วยเตี๋ยว (ถ้าจะราดกะทิต้องไม่ใส่เกลือในกะทิ)</p>	<p>นำมาปรุงแต่งรสอื่น) ผลไม้แห้งบางชนิด โดยเฉพาะที่ส่งมาจากต่างประเทศ อาจมี Sodium sulphite ใส่มาด้วยเพื่อป้องกันมิให้มีสีคล้ำ</p>
<p>6. ไขมัน น้ำมันพืชบริสุทธิ์ น้ำมันสัตว์บริสุทธิ์ เนยแท้และเนยเทียมชนิดไม่ใส่เกลือ กะทิ (มีโซเดียมบ้างแต่ไม่มากนัก ต่างจากน้ำมันพืชที่ไม่มีโซเดียมเลย)</p>	<p>เนยแท้และเนยเทียมชนิดใส่เกลือ (ถ้ากินต้องคำนวณปริมาณโซเดียม) กะทิที่ใส่เกลือ</p>
<p>7. เบ็ดเตล็ด เครื่องปรุงรสที่ไม่ใส่เกลือเลย น้ำตาลทรายขาว (นับว่าไม่มีโซเดียม น้ำตาลทรายแดงมีโซเดียมมากพอใช้ ไม่ควราใช้มากนัก ใช้ผสมกับน้ำตาลทรายขาวพอให้ได้กลิ่นรสที่แปลกออกไป) น้ำเชื่อมที่ทำเองจากน้ำตาลทรายขาว (ไม่ใส่เกลือ) น้ำผึ้ง น้ำส้มพริกตอง (มีแต่พริกกับน้ำส้มเท่านั้น) น้ำมะนาวคั้นสด พริกป่น (ที่มีได้ผสมกับเกลือ) กาแฟและผงโกโก้ชนิดธรรมดา</p>	<p>เครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือ ทุกชนิด เกลือ น้ำปลา น้ำบูดู ซอสถั่ว ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ และซอสอื่นๆ มัสตาร์ดเหลือง (ชนิดเหลว) น้ำส้มพริกตองชนิดพริกดำ (ใส่เกลือด้วย) พริกป่นชนิดผสมเกลือด้วย น้ำเชื่อมบรรจุขวด (มีโซเดียมมากพอใช้) ผงโกโก้ชนิดละลายง่าย น้ำหวานบรรจุขวด น้ำอัดลม ชุบก้อน ชุบกระป๋อง ชุบผง</p>

อาหารที่รับประทานได้ (มีโซเดียมน้อย)	อาหารที่ควรงด (มีโซเดียมมาก)
<p>อาหารและขนมที่ทำจากวัตถุดิบที่มีโซเดียมน้อย และมีได้ใส่เกลือหรือ' และส่วนประกอบของโซเดียมอย่างอื่น</p> <p>ตัวอย่างเช่น</p> <p>ข้าวเหนียวเปียก ข้าวโพด ลูกบัว ถั่ว ผัสดก มัน ข้าวต้มน้ำร้อน</p> <p>สาหร่ายเปียกใส่ข้าวโพดหรือลูกบัว หรืออื่นๆ</p> <p>แป้งมันเปียกใส่ผัก ผักบัว ถั่วเขียว (คือเต้าส่วน)</p> <p>ขนมเหล่านี้หยอดกะทิที่มีได้ใส่เกลือ</p> <p>แกงขาวทุกชนิด</p> <p>ขนมบัวลอย ขนมปลากริม</p> <p>ขนมแข่ง ขนมเทียนไส้หวาน</p>	<p>ขนมที่ใส่เกลือด้วย เช่น ขนมที่หยอดกะทิที่ใส่เกลือ ตะโก้ทุกชนิด (ใส่เกลือไว้ในส่วนหน้าของตะโก้ ข้าวแขก ข้าวเหนียวกะทิ ขนมไข่เต่า ขนมครองแครง ขนมครก ทองม้วนเค็ม ข้าวตังสำเร็จ ขนมแป้งจี๊ ขนมจาก กลัวยาวชี่</p> <p>ขนมเทียนไส้ถั่ว (มีรสเค็ม)</p> <p>ขนมประเภทอบทุกชนิดที่ใส่ผงฟู เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท รวมทั้งขนมอื่นๆ เช่น ขนมปัง กรอง ปาท่องโก๋ ชาละเปา</p>

หมายเหตุ

1. น้ามนเป็นอาหารที่มีโซเดียมมากพอใช้ แต่เป็นอาหารหลักที่มีประโยชน์มาก จึงควรจจะจำกัดต่อเมื่อจำเป็น คือ เมื่อต้องกินอาหารจำกัดโซเดียมระดับ จำกัดมาก เท่านั้น
2. ผักสดถ้าต้มน้ำมาก (ไม่ใส่เกลือ) และนาน ปริมาณโซเดียมในผักจะลดลงเล็กน้อย เพราะละลายออกมาในน้ำ

3. มะพร้าวชูด 1 ชีด (100 กรัม) มีโซเดียม 23 มิลลิกรัม กะทิชั้นปานกลาง 1 ถ้วยตวง คั้นจากมะพร้าว 200 กรัม ก็จะมีโซเดียมไม่เกิน 46 มิลลิกรัม ถ้าในการประกอบอาหารใช้กะทิชั้นปานกลาง 1/2 ถ้วยตวง ก็จะมีโซเดียม 23 มิลลิกรัม

4. ควรระวังเรื่องน้ำที่นำมาใช้ประกอบอาหาร เช่น หุงข้าว ต้มแกง ถ้าน้ำนั้น มีโซเดียมมาก (อาจมีรสกร่อย) อาหารที่หยาบมีโซเดียมมากไปด้วย

4. การหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูงขึ้น คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะอ้วนและภาวะเครียด (Kochar & Daniele 1978:8) ซึ่งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านี้เป็นการควบคุม ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ไม่เกิดอันตราย โดยการปฏิบัติดังนี้

4.1 งดการสูบบุหรี่ แม้การสูบบุหรี่จะไม่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง แต่สารนิโคตินในบุหรี่ จะกระตุ้นประสาทซิมเพติกทำให้หลังสารเคทีโกลามีน ซึ่งมีผลเร่งการเต้นของหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหดตัว เป็นการเพิ่มความดันโลหิต (Pudday 1985:483 - 493) หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูบบุหรี่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด

4.2 งดการดื่มสุรา การดื่มสุราเล็กน้อย หรือดื่มสุราในระยะแรก ๆ สารแอลกอฮอล์ จะกระตุ้นให้หลอดเลือดขยายตัว มีผลให้ความดันโลหิตลดลง แต่ถ้าดื่มในจำนวนมากหรือดื่มในระยะ เวลานานจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kannel 1982:781-787) เมื่อแอลกอฮอล์ถูกเผาผลาญจะผลิตกรดแลคติก ซึ่งจะมีผลในการยับยั้งการขับถ่ายกรดยูริคทางไต เป็นเหตุให้ระดับกรดยูริคในเลือดสูง เสี่ยงต่อการตกตะกอนในไตมีผลทำให้เนื้อไตถูกทำลายจากการศึกษาของ เอสชิมา และคณะ (Ueshima, et al. 1984:585-592) พบว่า การดื่มสุรามากกว่า 1 ออนซ์ทุกวัน จะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น เพราะแอลกอฮอล์ทำให้การออกซิเดชั่นของกรดไขมันน้อยลง อาจเป็นปัจจัยทำให้เกิดหลอดเลือดแข็ง หรือแตก และระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาโดยการดื่มสุราอาจทำให้เกิดอันตรายจากการเสริมฤทธิ์ของยาได้

4.3 การควบคุมน้ำหนัก สามารถกระทำได้ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง

4.4 หลีกเลี้ยงภาวะเครียด การลดความตึงเครียดนั้นเป็นวิธีการให้ผู้ป่วยฝึกฝนทักษะการควบคุมตนเอง มักมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเรื้อรัง อาจจะใช้ได้ในผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบฮี (hot reactor) โดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ สามารถจะควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ พาเทลและมาร์มอท (อ้างใน Beare & Myers, 1990) พบว่า การใช้วิธีการผ่อนคลายทำให้ความดันโลหิตลดลง ขั้นตอนการผ่อนคลายมี 5 ขั้นตอน คือ 1) อยู่ในท่าที่สบาย 2) หายใจเป็นจังหวะช้าๆ 3) ตั้งสมาธิให้แน่วแน่ 4) นึกถึงเสียงมนตรา และ 5) ระบายความเครียด ซึ่งวิธีการนี้สามารถกระทำที่ไหนก็ได้ ส่วนวิธีการผ่อนคลายความเครียด เช่น โยคะ การทำสมาธิและการใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย (biofee back) พบว่ามีประโยชน์ต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงเช่นกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 145) เพราะภาวะเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจและกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ซึ่งความเครียดนี้มักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจ และบุคลิกภาพด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 137)

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ซึ่งถือเป็นขบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากซึ่งการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี "ความจำ" หรือ "การเรียนรู้" ได้เลย (New Webster's Dictionary 1975:1100)

นอกจากนี้คิง (King 1981:23-24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวารกุล 2528: 378; สังวาลย์ แก้วประเสริฐ 2532:17) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับรู้และสรุปคุณลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คิงกล่าวว่า มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรม และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า หลังจากนั้นก็จะเก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญ

กับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้า เช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นก็คือ การรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกันแต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างหลายคนหรือภายในกลุ่ม จึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จรรยา สุวรรณทัต (2527:141) ได้สรุปความหมายและคุณลักษณะต่าง ๆ ไว้ว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของคนที่สมองจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล แล้วแสดงออกอย่างมีจุดหมาย โดยมีแรงผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิมและประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยให้การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลจะเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล หรืออาจจะเป็นไปในทางลบหรือทางบวกก็ได้ จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ

กระบวนการรับรู้ (The Perception Process) จะเกิดขึ้นได้ต้องประกอบด้วย

1. การสัมผัสหรืออาการสัมผัส คนเรารับรู้สิ่งเร้าโดยทาง หู ตา จมูก ลิ้นและผิวหนัง อวัยวะเหล่านี้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์สำคัญในการรับสัมผัส แล้วส่งต่อไปเป็นประสบการณ์ทางสมอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ต่อไป

2. ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้ากับการรับรู้ตามปกติ บุคคลมักเกิดการรับรู้ได้โดยไม่ต้องสัมผัสกับสิ่งเร้าทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการรับรู้และ

เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมสะสมกันเรื่อยมา จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจได้ทันที แม้ว่าจะสัมผัสสิ่งเร้าเพียงบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ การจัดระเบียบของสิ่งเร้าทำให้มองเห็นภาพส่วนรวมได้ชัดเจน

3. การแปลความหมายของการสัมผัสกับการรับรู้ มักดำเนินไปคู่กับการรับสัมผัสเสมอถ้าเราถูกเร้าด้วยสิ่งที่เคยพบเห็นมาก่อน เราก็มักแปลความหมายโดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยพบเห็นมาแล้ว

4. ประสบการณ์เดิมกับการรับรู้ในการแปลความหมาย หรือตีความของความรู้สึกจากการสัมผัสเพื่อให้เกิดเป็นการรับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น บุคคลจำเป็นต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม หรือความจำที่เคยมีมาแต่หนหลัง บางทีการขาดความรู้หรือประสบการณ์เดิมก็ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความจริงได้มาก ซึ่ง จำเนียร ช่วงโชติ (2516:34) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 2 : กระบวนการการรับรู้

ที่มา : จำเนียร ช่วงโชติ (2516:34)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล

การรับรู้ของบุคคล จะเป็นอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา ความสนใจอายุ อาชีพและความเกี่ยวข้องของสิ่งเร้ากับบุคคลนั้นเป็นสิ่งสำคัญ หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้ของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคมของบุคคลนั่นเอง ซึ่ง จำเนียร ช่วงโชติ (2528:150) ได้สรุปถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้เป็น 2 ประการคือ

1. บทบาทของปัจจัยภายใน ได้แก่ คุณสมบัติภายในของผู้รับรู้เช่น ความต้องการ หรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ และประสบการณ์เดิม



2. บทบาทของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือคำบอกเล่า คำแนะนำ คำสอนที่ได้รับต่อๆ กันมา ทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีอิทธิพลทำให้มีการรับรู้ต่อเรื่องราว เหตุการณ์และภาวะแวดล้อมต่าง ๆ แตกต่างกัน

นอกจากปัจจัยสำคัญดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อีก ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น หู ตา จมูก ปาก ลิ้น ผิวหนัง ฯลฯ ความสามารถของสมอง และประสาทสัมผัสที่จะรับเลือกจัดหมวดหมู่และตอบสนอง รวมทั้งลักษณะขนาดและชนิดของสิ่งเร้า กล่าวคือ บุคคลจะรับรู้สิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว ถ้าสิ่งเร้ามีความเข้มมาก ขนาดของสิ่งเร้ามีใหญ่มากและสะดุดตา โดยเฉพาะสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่เราไม่คุ้นเคย บุคคลจะใส่ใจและเกิดการรับรู้ หากพบว่า มีความแตกต่างของสิ่งเร้าเกิดขึ้น และหากสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำ ๆ และมีการเคลื่อนไหว บุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย สลับกัน หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคน หลีกเลียงไม่ได้ (Brunner & Suddarth 1988:6) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ที่ความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ จึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวน และคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความห่อหุ้มทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้สุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528:374)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป ก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพดี ตามทัศนะของแต่ละบุคคล ซึ่งซอนยาและคณะ (Sonja, et al. 1981:223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ว่า

สุขภาพของตนดีนั้น ไม่ได้หมายความว่า ปราศจากโรค หรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา
 ดังนั้น แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดี
 ได้หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ มักจะ
 หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือการ
 เคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน แต่อย่างไรก็ตาม
 ความหมายของคำว่าสุขภาพนั้นได้มีการกำหนดไว้ทั้งในความหมายเชิงทฤษฎี(Theoretical
 definition) และความหมายเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ดังเช่น
 องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้ง
 ร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอ
 เท่านั้น ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า องค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญใน
 การดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบ
 กิจกรรมต่าง ๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และ
 ภาวะโภชนาการ ความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งต่างๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จ
 ในด้านเพศสัมพันธ์ การมีอุดมคติในทางที่ดี มีความหวัง และแรงจูงใจ การมีความรู้
 ความรับผิดชอบในบทบาทและความสำเร็จ ส่วนความเจ็บป่วย จะมีกระบวนการดำเนินของ
 โรคต่างๆ และการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Shortridge
 1980:8) หากที่มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยมากมาย และผู้ป่วยแต่ละคนจะ
 รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ
 รับรู้ของบุคคลอย่างเต็มที่ คำนิยาม "สุขภาพ" ของแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันด้วย
 ดังนั้น เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละคน ให้สามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพของตนได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องพัฒนาแนวทางในการศึกษา เพื่อ
 ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้อย่างแท้จริง

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือ
 การแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตน ดังนั้น

รายละเอียดในการประเมินถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพพอสรุปประเด็นสำคัญ ได้คือ ในปัจจุบัน และส่วนใหญ่มักจะใช้เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ จริงทั้งหมด จริงเป็นส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด เป็นต้น แต่จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ขึ้นโดย Brook และคณะ (Brook, et al. 1979:9-27) ประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พอสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health)

เป็นการประเมินความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาดูแลการผ่าตัดมาแล้วครั้งหนึ่ง หรือความเจ็บป่วยในอดีตที่ยาวนาน ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางลบ เมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด วิตกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริงได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวก มีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี เคยสมหวังในอดีต เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบันก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความเครียดในระดับที่เหมาะสมมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งกว่านั้น ขึ้นอยู่กับความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการประเมินของแต่ละบุคคลเป็นความคิดเกี่ยวกับการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ อาการทางร่างกายที่ปรากฏเป็นต้น ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ถ้าภาวะเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมเพียงเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น หรือมีอาการอาการแสดงของความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่บุคคลนั้นก็ประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากบุคคลมีการรับรู้เช่นนั้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับและการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตได้ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook)

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการได้ในอนาคต บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคต จากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความหวัง หรือความหมดหวังของบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ ถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง จะทำให้มีความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคตอย่างมีความหวัง มีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม มีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เลวร้าย ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกหมดหวัง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตทางลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance-Susceptibility to illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัย และแนวทางการรักษาของแพทย์ หรือขาดความเชื่อมั่นในแพทย์ หรือมีความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทรศนะที่เกี่ยวกับโอกาส

เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดปกติ นอกจากนี้อาจขึ้นอยู่กับความคาดคะเนของบุคคลนั้นว่าตนเองอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือมีโอกาสที่จะเกิดการกลับซ้ำได้หรือไม่ด้วย ถ้าบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็จะมีค่าความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองติดตามมา

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Worry and Concern)

การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย หรือทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความกลัววิตกกังวลได้ อาการวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปนี้ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ อาจทำให้บุคคลนั้นเกิดกลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดที่ดีขึ้น และมีการประเมินภาวะสุขภาพใหม่ ๆ อาจไม่มีความผิดปกติใด ๆ เบี่ยงเบนความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไปแสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่นแทน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง สร้างความรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจ และให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความสนใจจนกระทั่งถึงความสำคัญ เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีนั้นจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการควบคุมความรุนแรงของโรคและป้องกันกาเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันไป เป็นประสบการณ์ตลอดช่วงชีวิตมนุษย์ และการที่บุคคลยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยและเรียนรู้ว่าความเข้าใจถึงขั้นตอนการดำเนินโรคแนวนี้เป็นการเกิดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีการเตรียมพร้อมในการรับตัวและแก้ไขปัญหาการแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษาที่ถูกต้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพล จากความคาดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle 1981:11) พฤติกรรมของมนุษย์ เริ่มตั้งแต่เมื่ออยู่ในครรภ์มารดา แล้วค่อย ๆ พัฒนาตาม การเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกาย และบุคลิกภาพ เกิดเป็นพฤติกรรมทาง ความคิด ทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527:98) แบ่ง พฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยา ภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก หัสนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรม ภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกต ได้ เช่น การยืนการนั่ง การเดิน การขับรถ ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้ อย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไข ทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ (Miller and Dollard 1941 cited in Shaw and Costanza 1985:42) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ บุคคลแรกที่กล่าวถึง คือ แฮร์ริสและกลูเตน (Harris and Gluten cited in Pender 1987:38) ได้ตีความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ ส่วนก๊อทแมน (Gochman 1988:4 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์ 2532:44-45) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ (Health related behavior) เกี่ยวกับ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่า ตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน

อันตรายจากอุบัติเหตุ และพาลังก์ (Palank 1991:816) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น นอกจากนั้นแฮริสและกลูเตน (Harris and Gluten 1979:6) ได้นิยามให้ความหมายคลุมไปถึง การรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวดมนต์ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรม 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหารทั้งจำนวนอาหาร ความถี่ และเวลาของมื้อ ฯลฯ

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดินการวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิมนกตปลา การพักผ่อนหย่อนใจในวันสุดสัปดาห์ การงดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดต่าง ๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะ เริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การเอ็กซเรย์ประจำปี และการไปนัดพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน คือเริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น แมคคานิค (Mechanic 1978) กล่าวถึง พฤติกรรมนี้ในรูปของความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำ และตัดสินใจที่จะหาแหล่งในค่ารักษา ซึ่งจะ เป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย จึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเอง เชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน

เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่าง ๆ นั้นหายไปตัวเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role behaviors) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดของตัวเองก็ได้ ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัด การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

เพนเดอร์ (Pender 1978:57) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและ ชุมชน มีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

เมอร์เรย์และเซนเนอร์ (Murray and Zentner 1993:659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความสุข เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคลครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ยังมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติกาพยาบาล (Pender 1987;Pender, Walker, Sechrist & Frank Stromberg 1990, cited in Hayduck, et al. 1993 :132) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory) คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender 1987:57) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยมีจุดประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
2. เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
3. เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987:57-60) กล่าวถึง การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เช่น จากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ (Cognitive Perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors)

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่า ปัจจัยนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้ (Pender 1987:60; Stuijbergen and Becker 1994:3)

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และ เพนเดอร์ (Pender 1987:61) ยังกล่าวอีกว่า บทบาทของการให้คุณค่าของสุขภาพในการสร้างแรงจูงใจที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ยังต้องการการศึกษาต่อไป เพราะยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific values) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life Values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เพนเดอร์ (Pender 1987:61) ได้อธิบายถึงผลของการรับรู้การควบคุมสุขภาพว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า บุคคลที่รับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy)

หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จ หรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health)

"สุขภาพ" ของบุคคลจะส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสุข (Self actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพของคนแตกต่างกัน จะมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็น

องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived

Benefits of Health-Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่ตนกระทำนั้น มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง และส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived

Barriers to Health Promoting Behaviors) สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นการคาดคะเนหรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความ

ยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors)

เพนเดอร์ (Pender 1987:58) กล่าวว่า ปัจจัยปรับเปลี่ยนจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้-การรับรู้ของบุคคล นั่นคือ ปัจจัยนี้มีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ปัจจัยปรับเปลี่ยนประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษาและรายได้ซึ่งตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) พบว่า ปัจจัยทางชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคล รวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรที่สุขภาพดี ล้วนมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้นโดยทางเลือกยิ่งมีมากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากขึ้นเท่านั้น ดังเช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่คลอเลสเทอรอลต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีพอเหมาะ มีแนวโน้มเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลเองอาจจะต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

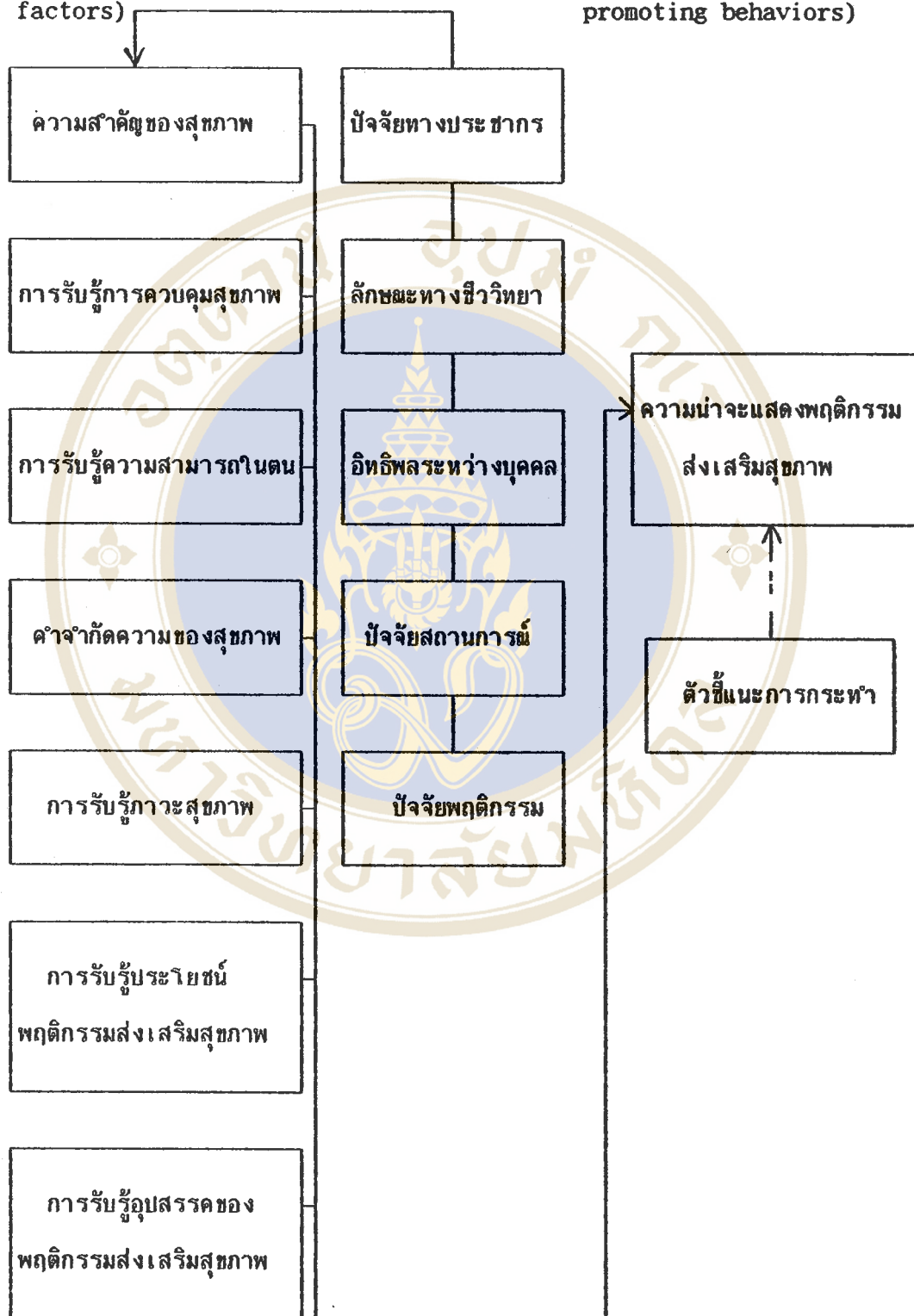
2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสิทธิภาพของบุคคล ในการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่ภาวะปกติสุข การเรียนรู้และทักษะทางปัญญามีความจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการโปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดด้วยการเรียนรู้ จากประสบการณ์เดิมทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา นั่นคือความรู้และทักษะ จากประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action)

เพนเดอร์ (Pender 1987:68-69) ได้เสนอว่า การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และจากสิ่งแวดล้อมภายนอก บุคคลตัวชี้แนะการกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการพัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบาย (Feeling good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกายเป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะของการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียดและการมีส่วนร่วมที่ดีระหว่างบุคคล เปรียบเสมือนตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่จะผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยนและตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ (Pender 1987:58) ได้นำเสนอแผนภูมิที่แสดงถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1987:58) ซึ่งแสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 3

ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยน การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 (Cognitive-perceptual (Modifying factor) (Participation in health promoting behaviors)



แผนภูมิที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Mode)
 ที่มา : Pender 1987:58

จากแผนภูมิที่ 3 สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ด้าน ที่มีต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ ดังนี้ ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน ค่าจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีอิทธิพล (ความสัมพันธ์) โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factors) จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อย ดังกล่าวแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น

โรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย โดยเฉพาะระบบหลอดเลือดของหัวใจ สมอง ไตและตา ซึ่งพยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยปรับเปลี่ยน หรือปัจจัยพื้นฐาน ที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อย ดังกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1987:58) ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1982 cited in Walker, Sechrist and Pender 1987:76) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health-protecting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกัน หรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกรักตัวเองนั้น สามารถประเมินหรือพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyles) ดังนั้น เพนเดอร์ (Pender 1987:135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทำทวนวรรณกรรมจำนวนมากและสร้างแบบวัดแบบแผน

การดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and Health Habits Assessment : LHHA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางลบ 10 ด้าน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in self care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือหรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อยสำหรับการปรุงอาหาร และในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมไปถึง การบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนอื่นในปริมาณน้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย ชะเน็งหรือยีน

4. รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับรวมถึงที่นอน ทำท่าในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความสบาย และทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

5. การจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อการผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง (Self-actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพที่ดีตามมาในที่สุด

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับ อากาศ เป็นพิษ สารพิษ การดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ กับสุขภาพ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้บริการทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่ใช้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย จากบุคคลากรที่มสุขภาพ ดังที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ นั้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถประเมินได้จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 10 ด้าน

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้รับความสนใจมากขึ้นจาก บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการหากิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ (Stuifbergen and Becker 1994:3) ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วย เรื่องที่ประสบปัญหาต่าง ๆ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยจัดปัญหาต่าง ๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุก และมีศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคลเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ภาวะสุขภาพในขณะเจ็บป่วย นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ในการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งเร้า ตรงที่มีผลกระทบต่อบุคคลมากที่สุด การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง จะมีผลทำให้บุคคลไม่ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่พอใจกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในที่สุด ดังรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังปรับเปลี่ยนหรือปัจจัยพื้นฐาน (Modifying or background factors) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ได้แก่ พรทิภา ศุภราศรี (2538: ๒) ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี มีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เอลิซี (Alexy 1991 :33-40) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มแรงงาน มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบาร์เน็ตต์ (Barnett 1989:179) พบว่า การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น เป็นผลมาจากการรับรู้สุขภาพและการศึกษาของแบคเกอร์และสตีฟเบอร์เจน (Backer and stuifbergen 1994:3-13) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่ทุพพลภาพที่มีความพิการด้านร่างกาย จำนวน 117 คน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในหมวดของการตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Self-actualization and Health responsibility) ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การศึกษาของวูด (Wood 1991:135) ในเพศหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 150 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการควบคุมและจัดการกับน้ำหนักส่วนเกิน และการศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532:54) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 161 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=2298$) การศึกษาของสิริอร พัวศิริ (2533:ก-ข) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=208$, $P<.05$) และจากการศึกษาของจิระประภา ภาวิไล (2535:97) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 100 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ($r=.2035$) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงนับว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยมักจะคิดว่าตนสบายดีทำให้ละเลยเพิกเฉยต่อการปฏิบัติตนและแผนการรักษา รู้สึกคับข้องใจต่อการถูกจำกัดกิจกรรม ในทางตรงกันข้ามหากมีอาการแทรกซ้อนและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อร่างกาย และจิตใจของตนอย่างรุนแรงเกินความเป็นจริง จะเกิดความเศร้าโศกและไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และถ้าผู้ป่วยรับรู้ต่อการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริง ตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนเอง เห็นประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาถึงแม้ว่าจะรู้สึกว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคขัดขวางอยู่บ้าง ผู้ป่วยก็สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยไม่ยุ่งยากลำบาก โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผน ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมนั้น จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ ถือว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอีกด้วย (Pender 1987:64) กล่าวคือการรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียดวิตกกังวล และถ้าระดับความวิตกกังวลมีมากเกินไปก็จะส่งผลถึงการปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ หรือเกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสมเกิดแรงกระตุ้นแรงจูงใจในการพัฒนาและการปฏิบัติกิจกรรม สุขภาพที่ดีทำให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ยังมีความเกี่ยวข้องกับความคิด และความจริงจัง

และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย (Pender 1987:64)

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงแต่การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยปรับเปลี่ยนโดยเฉพาะปัจจัยพื้นฐานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักเอาใจใส่และมีความริเริ่ม คงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่จะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานนั้นมีความสำคัญต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานบางตัว เช่น เพศอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยมาศึกษา ดังนี้

1. อายุ ต่อพฤติกรรมสุขภาพมีการศึกษาหลายคน บางกลุ่มพบว่า มีผล และไม่มีผล เช่น จากการศึกษาของยาชิสกี และมาฮอน (Yarchiski and Mahon 1989:89) พบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง จึงเป็นผลให้ไม่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเท่าใดนัก ส่วนมูห์เลมแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlemkamp & Broerman 1988:543) พบว่า อายุมีผลทางอ้อมเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ อัจฉรา โอบระ เสริฐสวัสดิ์ (2531:47) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดอุดตัน พบว่าอายุต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ แคมป์เบลล์ ฟอรัซิท (Cambell Forsyth 1990:75) ศึกษาการรับรู้และความต้องการการเรียนรู้ ในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 40 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ และความต้องการการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน จึงเป็นที่น่าคิดว่าอายุเป็นสิ่งที่มิหรือไม่มีผลแตกต่างกันก็ได้

2. เพศ

พฤติกรรมสุขภาพในบางอย่าง จะเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้พฤติกรรมทั้งสองเพศมีความแตกต่างกันซึ่งจากการศึกษาของนิสซินเนน (Nissinen, et al. 1987:129–135) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางสุขภาพของประชาชนเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 65–74 ปี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมไม่ดีต่อสุขภาพ และจากการศึกษาของเยาวลักษ์ มทลธิวัฒน์ (2529:96) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ส่วนพรทิพา สุภราศรี (2538:84) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วย 150 ราย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าเพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และมูห์แมนแคมป์และไบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988:637–646) พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด และพาแลงค์ (Palank 1991:823) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและวิธีการผ่อนคลาย ดีกว่าเพศชาย

3. อาชีพ

ลักษณะอาชีพเป็นตัวเสริมแรง ที่มีผลเพิ่มความเครียดทางด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาที่ระดับ .001 โดยผู้ป่วยที่มีลักษณะอาชีพ ซึ่งมีที่อยู่แน่นอนไม่ต้องไปต่างจังหวัดจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ส่วนผู้ป่วยที่มีที่อยู่แน่นอนแต่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดี (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ 2528:ค) ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน กล่าวคือ

ส่วนใหญ่มุบุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526:182) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender 1982:161-162) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี และมีรายได้สูงขึ้น และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ หรือเื้อออำนวยความสะดวกการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ที่จะแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Marino & Kooser 1981:56) ประสบการณ์ในทางลบที่เกิดขึ้นย่อมรบกวนภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาและการของโรคดีขึ้น ซึ่งมักจะต้องใช้เวลาระยะหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ เพลินพิศ เลหาหะ วิริยะกมล (2531:81) เรื่องการปรับตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่ว พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดสั้น นั่นคือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคลิ้น

ฉะนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพต้องกระทำอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จึงจะดำรงและส่งเสริมภาวะสุขภาพได้ ดังนั้นปัจจัยที่ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถที่จะนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการบริหาร และปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในจังหวัดลพบุรีต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคลที่มีความแตกต่างในด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้าในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มาติดต่อรับการตรวจรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 ราย โดยสุ่มตามสัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งได้จากโรงพยาบาลอานันทมหิดล 68 ราย โรงพยาบาลลพบุรี 158 ราย โรงพยาบาลบ้านหมี่ 49 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979) ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต มี 4 ข้อได้แก่ ข้อ 1-4 ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางบวกมี 1 ข้อ คือ ข้อ 4 ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางลบมี 3 ข้อ คือ ข้อ 1,2,3

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5-9 ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวกทั้งหมด

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-14 ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวกทั้งหมด

2.4 การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มี 4 ข้อได้แก่ ข้อ 15-18 ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวกทั้งหมด

2.5 ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-23 ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวก 1 ข้อคือ ข้อ 21 ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 19,20,21,22,23

2.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 24-26 ข้อความแสดงการรับรู้ในทางบวกทั้งหมด

ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 อันดับ ดังนี้

จริงทั้งหมด หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ

จริงเป็นบางส่วน หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นตรง และไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพนั้นใกล้เคียงกัน

ไม่จริงเป็นส่วนมาก หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนน้อย

ไม่จริงทั้งหมด หมายถึง เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเลย

การให้คะแนนกำหนดไว้ดังนี้ คือ

ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางบวก

จริงทั้งหมด ได้ 5 คะแนน

จริงเป็นส่วนมาก ได้ 4 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน

ไม่จริงเป็นส่วนมาก ได้ 2 คะแนน

ไม่จริงทั้งหมด ได้ 1 คะแนน

ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางลบ

จริงทั้งหมด ได้ 1 คะแนน

จริงเป็นส่วนมาก ได้ 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน

ไม่จริงเป็นส่วนมาก ได้ 4 คะแนน

ไม่จริงทั้งหมด ได้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.50 หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51–5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับดีมาก

รายละเอียดของแบบสอบถามดูในภาคผนวก ข.

3. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัด แบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ(Lifestyle and Health Habits) 10 ด้าน และดัดแปลงข้อความมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promoting Lifestyle = HPLP) ของวอล์คเกอร์และคณะ (Walker, et al. 1987) โดยมี ลักษณะข้อความ 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้าน โภชนาการ การออกกำลังกาย กิจกรรมการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความ เครียด ความตระหนักในคุณค่าของตนเองจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อมและการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ

3.1 ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป มี 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7 ข้อความที่แสดงในทางบวกมี 5 ข้อ คือ ข้อ 2,4,5,6,7 ข้อความที่แสดงในทางลบมี 2 ข้อ คือ 1,3

3.2 การปฏิบัติด้านโภชนาการ มี 6 ข้อได้แก่ ข้อ 8-13 ข้อความที่แสดง ในทางบวกมี 1 ข้อ คือ 11 ข้อความที่แสดงในทางลบมี 5 ข้อ คือ ข้อ 8,9,10,12,13

3.3 การออกกำลังกาย/กิจกรรมการพักผ่อน มี 4 ข้อได้แก่ ข้อ 14-17 ข้อความแสดงในทางบวกมี 3 ข้อ คือ 14,16,17 ข้อความแสดงในทางลบมี 1 ข้อ คือ 15

3.4 ด้านรูปแบบการนอนหลับ มี 2 ข้อ ได้แก่ 18-19 ข้อความแสดงใน ทางบวกทั้งหมด

3.5 ด้านการจัดการจัดการความเครียด มี 2 ข้อ ได้แก่ 20-21 ข้อความแสดงใน ทางบวกทั้งหมด

3.6 ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง มี 2 ข้อได้แก่ข้อ 22-23 ข้อความแสดงในทางบวกทั้งหมด

3.7 ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต มี 3 ข้อได้แก่ ข้อ 24-26 ข้อความแสดงใน ทางบวกทั้งหมด

3.8 ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 27-28 ข้อความ แสดงในทางบวกทั้งหมด

3.9 ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม มี 2 ข้อได้แก่ 29-30 ข้อความแสดง
ในทางบวกทั้งหมด

3.10 ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ มี 3 ข้อได้แก่ 31-33 ข้อความ
แสดงในทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 32 ข้อความแสดงในทางลบ 2 ข้อ คือ 31,33

ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 อันดับ ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้ตอบไม่เคยกระทำเลยแม้จะมีเหตุการณ์
หรือไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเลย

การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

คะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึงว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
เกณฑ์ไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
เกณฑ์ดีปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-4.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน
เกณฑ์ดีมาก

รายละเอียดของแบบสอบถามดูในภาคผนวก ข.

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปปรับการตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช	1 ท่าน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย	2 ท่าน
พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดลองใช้

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒินำไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ฮวดดี ภาษา และคณะ 2534:127-129)

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

โดย

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของคำถาม

ΣS_i^2 = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_u^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

ซึ่งจะได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละฉบับ ดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.8928
2. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.8266

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลอานันทมหิดล ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-15.00 น.

โรงพยาบาลลพบุรี ทุกวันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 7.00-10.00 น.

โรงพยาบาลบ้านหมี่ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-15.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรายชื่อ และศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วย ที่เข้ามารับการตรวจรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา และทำการสุ่มตัวอย่าง และบันทึกรายชื่อไว้
2. เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาตามนัดและขณะรอตรวจ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. เมื่อผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเริ่มให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามลำดับโดยไม่จำกัดเวลา ซึ่งผู้ป่วยจะใช้

เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 10-15 นาที

4. สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถามเนื่องจากไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้ปวยฟัง และให้ตอบทีละข้อจนครบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำเครื่องหมาย / ลงในแบบสอบถามของผู้ปวยด้วยตนเอง

5. หลังจากผู้ปวยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบทุกข้อ ถ้าพบว่าผู้ปวยรายใดตอบข้อความไม่ครบ ผู้วิจัยจะซักถามผู้ปวยนั้น เพื่อให้ได้คำตอบอย่างครบถ้วน

6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาคิดคะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละฉบับ และนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่ได้วางแผนไว้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science Personal Computer Plus) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละ ของลักษณะ ข้อมูลส่วนตัว
2. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยใช้การทดสอบค่าที่ (t-test)
4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) กรณีที่มีนัยสำคัญ จะทำการทดสอบย่อยเพื่อหาว่ากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน คู่ใดมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน โดยวิธีเชฟเฟ (Scheffe method)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ รวมทั้งสิ้น 275 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (N = 275)

ลักษณะ ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	135	49.10
หญิง	140	50.90
อายุ		
ต่ำกว่า 35 ปี	18	6.55
35-60 ปี	152	55.27
มากกว่า 60 ปี	105	38.18
อาชีพ		
กำหนดเวลาแน่นอน	124	45.10
กำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	54.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ศึกษา	33	12.00
ประถมศึกษา	103	37.50
มัธยมศึกษา	86	31.30
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	10.20
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	9.10
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
ไม่เกิน 3 ปี	122	44.40
3 - 10 ปี	112	40.00
ตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป	43	15.60

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน มีอายุระหว่าง 35-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.27 ประกอบอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอนคิดเป็นร้อยละ 54.90 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50 และป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาไม่เกิน 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.40

2. ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการแปลผลของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลจำแนกตามคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้าน และโดยรวม (N = 275)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
1. ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ฯ	3.00	0.55	ดีมาก
2. ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ	2.63	0.53	ดีมาก
3. ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรม ฯ	2.88	0.48	ดีมาก
4. ด้านรูปแบบการนอนหลับ	2.78	0.75	ดีมาก
5. ด้านจัดความเครียด	2.77	0.73	ดีมาก
6. ด้านการตระหนักในคุณค่า ฯ	2.87	0.71	ดีมาก
7. ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.06	0.73	ดีมาก
8. ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	2.99	0.69	ดีมาก
9. ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม	3.03	0.79	ดีมาก
10. ด้านการรู้ใช้ระบบบริการสุขภาพ	2.46	0.51	ดีปานกลาง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2.83	0.31	ดีมาก

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านในเกณฑ์ดีมาก ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.06$ S.D.=0.73) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.46$ S.D.=0.51) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำนวนตามคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายชื่อตามรายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (N = 275)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. ท่านรับประทานยาตามขนาด	3.00	0.55	ดีมาก
2. ท่านมารับการตรวจตามแพทย์นัด	2.63	0.53	ดีมาก
3. ท่านรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	2.88	0.48	ดีมาก
4. ท่านปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อน ๗	2.78	0.75	ดีมาก
5. ท่านสนใจติดตามข่าวสาร ๗	2.77	0.73	ดีมาก
6. ภายหลังของการตรวจของแพทย์	2.87	0.71	ดีมาก
7. ท่านป้องกันการเกิดอาการท้องผูก ๗	3.06	0.73	ดีมาก
ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ			
8. ท่านงดเครื่องดื่มปรุงรสในอาหาร	2.45	0.92	ดีปานกลาง
9. ท่านงดรับประทานอาหารพวกไขมัน ๗	2.58	0.86	ดีมาก
10. ท่านงดรับประทานของเค็ม ๗	2.68	0.85	ดีมาก
11. ท่านรับประทานผลไม้ต่าง ๗	2.88	0.92	ดีมาก

(ต่อ) ตารางที่ 5

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
12. ทำนงดื่มน้ำ กาแฟ และเครื่องดื่ม ๆ	2.68	1.04	ดีมาก
13. ทำนงดื่มน้ำประปาของหวาน	2.52	0.86	ดีมาก
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน			
14. ทำนงออกกำลังกายโดยการเดินเล่น	2.82	0.95	ดีมาก
15. ทำนงไม่เลยทำงานหนักที่ต้องออกแรงยก ๆ	2.70	0.90	ดีมาก
16. ทำนงนอนพักผ่อนที่ที่ มีอาการเหนื่อย ๆ	2.93	0.90	ดีมาก
17. ทำนงใช้เวลาว่าง เช่น ฟังวิทยุ ๆ	3.06	0.91	ดีมาก

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ยกเว้นพฤติกรรมในการงดดื่มเครื่องดื่มปรุง เช่น น้ำปลา ซิอิ้ว เต้าเจี้ยว ลงในอาหารอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง ($\bar{X}=2.45$ S.D.=0.92)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านได้แก่ ด้านรูปแบบการนอนหลับ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม และด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (N = 275)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านรูปแบบการนอนหลับ			
18. ท่านนอนหลับเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง ๗	2.95	0.92	ดีมาก
19. เมื่อท่านนอนไม่หลับ ท่านจะสวดมนต์ ๗	2.61	0.98	ดีมาก
ด้านการจัดความเครียด			
20. ท่านพูดระบายความคับข้องใจ ๗	2.72	0.87	ดีมาก
21. ท่านทำจิตใจสบายไม่โมโห ๗	2.82	0.86	ดีมาก
ด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง			
22. เมื่อมีปัญหาในครอบครัว ๗	2.85	0.90	ดีมาก
23. ท่านช้คำถามแพทย์หาความรู้ ๗	2.90	0.99	ดีมาก
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต			
24. เมื่อเกิดการท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต ๗	2.85	0.89	ดีมาก
25. ท่านปฏิบัติหน้าที่การงานเต็มที่ ๗	2.93	0.89	ดีมาก
26. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ๗	3.13	0.84	ดีมาก
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น			
27. ท่านไปมาหาสู่พูดคุยกับญาติพี่น้อง ๗	3.09	0.78	ดีมาก
28. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น ๗ ขณะที่รอ ๗	2.88	0.83	ดีมาก
ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม			
29. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด ๗	3.05	0.90	ดีมาก
30. บ้านของท่านมีอากาศถ่ายเทได้ดี ๗	3.02	0.89	ดีมาก

(ต่อ) ตารางที่ 6

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ			
31. ท่านไม่เคยซื้อยามารับประทานเอง ๆ	2.59	1.01	ดีมาก
32. ท่านใช้บริการจากแหล่งบริการทางสุขภาพ ๆ	2.71	1.03	ดีมาก
33. ท่านพบแพทย์สม่ำเสมอทันทีที่มีอาการผิดปกติ	2.08	1.01	ดีปานกลาง

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกข้อของ ทั้ง 7 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ยกเว้นพฤติกรรมที่จะรีบไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ เช่น.....อยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง ($\bar{X}=2.08$ S.D.=1.01)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้านและโดยรวม (N = 275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน			
1. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	2.74	0.68	ดีปานกลาง
2. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	3.97	0.82	ดีมาก
3. ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต	3.92	0.68	ดีมาก
4. ด้านการรับรู้ความต้านทานโรค ฯ	3.94	0.77	ดีมาก
5. ด้านความวิตกกังวล ฯ	2.60	0.55	ดีปานกลาง
6. ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	3.76	0.55	ดีมาก
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	3.52	0.37	ดีมาก

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ยกเว้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ($\bar{X}=2.74$ S.D.=0.68) และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ($\bar{X}=2.60$ S.D.=0.55) อยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพรายข้อตามด้านต่างๆ ทั้ง 3 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทุกข้ออยู่ในเกณฑ์ดีมาก ยกเว้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตเรื่องความสนใจเรื่องสุขภาพ ($\bar{X}=2.29$ S.D.=1.26) คิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น ($\bar{X}=2.44$ S.D.=1.22) และคิดว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นได้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น ($\bar{X}=2.38$ S.D.=1.09) อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตในปัจจุบันและในอนาคต (N = 275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต			
1. ในอดีตท่านสนใจเรื่องสุขภาพ	2.29	1.26	ไม่ดี
2. แต่ก่อนท่านคิดว่าการตรวจสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น	2.44	1.22	ไม่ดี
3. ท่านเคยคิดว่าโรคความดัน ฯ	2.38	1.09	ไม่ดี
4. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยในอดีตมีผล ฯ	3.84	0.96	ดีมาก
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน			
5. ท่านรู้ว่าขณะนี้กำลังเป็นโรค ฯ	4.01	1.10	ดีมาก
6. ท่านคิดว่าโรคนี้อันตรายถึงชีวิต ฯ	3.95	1.09	ดีมาก
7. อาการของโรคความดันโลหิตสูง ฯ	4.05	1.07	ดีมาก
8. ท่านมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน	3.77	1.06	ดีมาก
9. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	4.06	1.03	ดีมาก
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต			
10. ท่านสามารถควบคุมความดันโลหิต ฯ	4.00	1.04	ดีมาก
11. ท่านมีโอกาสที่จะเป็นอัมพาต ฯ	4.17	0.84	ดีมาก
12. ท่านอาจเป็นโรคหัวใจได้	3.97	0.94	ดีมาก
13. ท่านอาจเป็นโรคไตพิการ ฯ	3.94	0.96	ดีมาก
14. ท่านอาจเกิดตาพร่ามัว ฯ	3.70	0.99	ดีมาก

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อตามรายด้านได้แก่ ด้านการรับรู้ความต้านทานโรค และการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ด้านความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (N = 275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
ด้านการรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย			
15. การลดขนาดของยาเองอาจทำให้ ๓	3.96	0.95	ดีมาก
16. ความอ้วนมีโอกาเกิด ๓	3.90	1.07	ดีมาก
17. การรับประทานอาหารเค็ม ๓	3.97	0.98	ดีมาก
18. ถ้าควบคุมระดับความดันโลหิต ๓	3.94	0.95	ดีมาก
ด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ			
19. ท่านสามารถมีอายุยืนยาวได้	2.27	1.09	ไม่ดี
20. ท่านคิดว่าจะมีสุขภาพเป็นปกติได้	2.20	1.06	ไม่ดี
21. ท่านทราบว่าอาจเกิดอาการผิดปกติ	3.35	1.17	ดีปานกลาง
22. ท่านสามารถปฏิบัติตัวรักษา ระดับความดันโลหิตให้คงที่ได้	2.57	1.24	ดีปานกลาง
23. ท่านคิดว่าต่อไปท่านจะมีสายตาบอด	2.71	1.17	ดีปานกลาง
ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย			
24. ท่านรู้ว่าการดื่มสุราและการมีความเครียด ๓	4.24	0.87	ดีมาก
25. ท่านรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ๓	3.99	0.91	ดีมาก
26. ท่านรู้ว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ๓	4.11	1.02	ดีมาก

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าทุกข้อความของการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ส่วนด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพ เรื่องผู้ป่วยสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้ทั้งๆ ที่เป็นโรคร้ายแรงที่อันตรายสูง และคิดว่าต่อไปจะมีสุขภาพปกติได้อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง เรื่องผู้ป่วยทราบว่าอาจเกิดอาการผิดปกติหลังรับประทานยารักษาระดับความดันได้ เนื่องการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาความดันโลหิตให้คงที่และคิดว่าต่อไปจะมีสุขภาพปกติได้อยู่ในเกณฑ์ดีปานกลาง



3. เปรียบเทียบผลทดสอบความแตกต่าง (t - test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และ เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.87	0.34	1.69 ^{ns}	
หญิง	140	2.80	0.34		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.76	0.27	1.92 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.81	0.34		
มากกว่า 60 ปี	105	2.88	0.34		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		\bar{X}	S.D.	F	T
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.87	0.33		1.53 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.81	0.34		
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.71	0.29	1.35 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.85	0.36		
มัธยมศึกษา	86	2.84	0.33		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.86	0.31		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.88	0.32		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.82	0.33	0.76 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.86	0.31		
11 ปีขึ้นไป	43	2.79	0.39		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P>.05)

จากตารางที่ 11 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานด้านต่าง ๆ ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไปใน กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	3.05	0.57		1.40 ^{ns}
หญิง	140	2.95	0.54		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	3.05	0.57	0.34 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.97	0.54		
มากกว่า 60 ปี	105	3.02	0.58		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	3.03	0.55		0.90 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.97	0.56		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		n	\bar{X}	S.D.	F
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.77	0.52	2.21 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.99	0.57		
มัธยมศึกษา	86	3.04	0.55		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	3.03	0.52		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	3.18	0.56		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	3.02	0.53	0.58 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.99	0.55		
11 ปีขึ้นไป	43	2.92	0.60		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาเข้ามาเปรียบเทียบ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.61	0.55		1.40 ^{ns}
หญิง	140	2.65	0.51		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.44	0.49	2.09 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.61	0.51		
มากกว่า 60 ปี	105	2.69	0.56		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.62	0.50		0.46 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.65	0.55		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.72	0.38	0.34 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.64	0.61		
มัธยมศึกษา	86	2.61	0.49		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.64	0.49		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.57	0.56		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.63	0.54	0.16 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.64	0.52		
11 ปีขึ้นไป	43	2.59	0.51		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P>.05)

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณานามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.92	0.46		1.38 ^{ns}
หญิง	140	2.84	0.49		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.83	0.38	3.00 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.82	0.46		
มากกว่า 60 ปี	105	2.97	0.51		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.90	0.46		0.48 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.87	0.49		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P>.05)

จากตารางที่ 16 เมื่อพิจารณานามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ต่างกัน (N = 275)

	ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
			\bar{X}	S.D.	F	T
4. ระดับการศึกษา						
	ไม่ศึกษา	33	2.73	0.39	0.90 ^{ns}	
	ประถมศึกษา	103	2.89	0.50		
	มัธยมศึกษา	86	2.89	0.49		
	อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.93	0.47		
	อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.91	0.40		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
	ไม่เกิน 3 ปี	122	2.85	0.49	0.56 ^{ns}	
	4 - 10 ปี	110	2.91	0.44		
	11 ปีขึ้นไป	43	2.90	0.51		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.99	0.67		2.74*
หญิง	140	2.75	0.74		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.46	0.68	3.20*	
35-60 ปี	152	2.91	0.71		
มากกว่า 60 ปี	105	2.88	0.71		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	3.01	0.69	3.15*	
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.75	0.71		
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.72	0.64	0.72 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.83	0.78		
มัธยมศึกษา	86	2.93	0.68		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.89	0.68		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.97	0.67		

(ต่อ) ตารางที่ 18

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		\bar{X}	S.D.	F	T
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.73	0.81	1.03 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.85	0.69		
11 ปีขึ้นไป	43	2.70	0.71		

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 18 พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักใน
ความมีคุณค่าของตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการ
เปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนัก
ในความมีคุณค่าของตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำมา
เปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe
method) พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่าง
ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และต่ำกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพกำหนดเวลา
แน่นอนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในความมีคุณค่าของตนเองดีกว่ากลุ่มอาชีพ
ที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาชีพที่มีกำหนดเวลา
แน่นอนดีกว่าอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน (แน่นอน $\bar{X} = 3.01$ ไม่แน่นอน $\bar{X} = 2.75$)
ส่วนผู้ที่มีการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ
ตระหนักในความมีคุณค่าของตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.80	0.74		1.51 ^{ns}
หญิง	140	2.75	0.76		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.64	0.64	1.65 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.73	0.74		
มากกว่า 60 ปี	105	2.88	0.78		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.87	0.74		1.74 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.71	0.75		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 19 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	F	T
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.59	0.75	0.65 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.82	0.79		
มัธยมศึกษา	86	2.80	0.69		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.82	0.66		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.74	0.90		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.74	0.76	0.18 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.80	0.71		
11 ปีขึ้นไป	43	2.75	0.71		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 20 เมื่อพิจารณาเข้ามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านรูปแบบการนอนหลับแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	2.82	0.70		1.22 ^{ns}
หญิง	140	2.71	0.76		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.81	0.69	0.03 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.77	0.75		
มากกว่า 60 ปี	105	2.76	0.72		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	5.85	0.71		1.64 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.70	0.75		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 21 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียดแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		\bar{X}	S.D.	F	T
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.58	0.56	1.65 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	2.77	0.81		
มัธยมศึกษา	86	2.73	0.71		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	3.04	0.68		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.84	0.64		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.82	0.70	0.46 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	2.89	0.71		
11 ปีขึ้นไป	43	2.93	0.74		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 22 เมื่อพิจารณาเข้ามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดความเครียดแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัย พื้นฐานต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	3.03	0.72		0.76 ^{ns}
หญิง	140	3.09	0.74		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	3.28	0.71	1.34 ^{ns}	
35-60 ปี	152	3.08	0.80		
มากกว่า 60 ปี	105	2.99	0.62		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	3.03	0.74		0.65 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	3.09	0.73		
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.86	0.66	1.56 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	3.14	0.78		
มัธยมศึกษา	86	2.97	0.79		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	3.16	0.58		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	3.20	0.48		

(ต่อ) ตารางที่ 23

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	3.00	0.72		3.12*
4 - 10 ปี	110	3.18	0.73		
11 ปีขึ้นไป	43	2.89	0.71		

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 23 เมื่อพิจารณานามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe method) พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 - 10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยพื้นฐานต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	3.06	0.65		1.76 ^{ns}
หญิง	140		0.72		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.81	0.91	2.29 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.93	0.71		
มากกว่า 60 ปี	105	3.09	0.59		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.99	0.71		0.05 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.98	0.67		
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.92	0.61	1.03 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	3.08	0.73		
มัธยมศึกษา	86	2.97	0.71		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.94	0.71		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.80	0.48		

(ต่อ) ตารางที่ 24

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		\bar{X}	S.D.	F	T
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.91	0.64	4.37*	
4 - 10 ปี	110	3.12	0.71		
11 ปีขึ้นไป	43	2.81	0.69		

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 24 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นระยะเวลาที่เจ็บป่วยที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำมาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe method) พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 - 10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ความแตกต่าง	
	จำนวน n	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D.	F	T
1. เพศ					
ชาย	135	3.11	0.75		1.67 ^{ns}
หญิง	140	2.96	0.82		
2. อายุ					
ต่ำกว่า 35 ปี	18	3.17	0.66	1.67 ^{ns}	
35-60 ปี	152	2.96	0.77		
มากกว่า 60 ปี	105	3.12	0.83		
3. อาชีพ					
มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	3.09	0.74		1.03 ^{ns}
มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.99	0.83		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 25 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐานได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N = 275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน n	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		\bar{X}	S.D.	F	T
4. ระดับการศึกษา					
ไม่ศึกษา	33	2.71	0.73	2.49 ^{ns}	
ประถมศึกษา	103	3.06	0.88		
มัธยมศึกษา	86	3.19	0.73		
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.89	0.69		
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	3.00	0.63		
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
ไม่เกิน 3 ปี	122	3.06	0.75	0.39 ^{ns}	
4 - 10 ปี	110	3.03	0.76		
11 ปีขึ้นไป	43	2.94	0.92		

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P>.05)

จากตารางที่ 26 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบความแตกต่าง (t-test) และเปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน (N = 275)

	ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน		พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
		n	\bar{X}	S.D.	F	T	
1.	เพศ						
	ชาย	135	2.47	0.50			0.34 ^{ns}
	หญิง	140	2.45	0.52			
2.	อายุ						
	ต่ำกว่า 35 ปี	18	2.35	0.67	1.57 ^{ns}		
	35-60 ปี	152	2.43	0.46			
	มากกว่า 60 ปี	105	2.53	0.54			
3.	อาชีพ						
	มีกำหนดเวลาแน่นอน	124	2.50	0.48			1.12 ^{ns}
	มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน	151	2.43	0.54			

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P>.05)

จากตารางที่ 27 เมื่อพิจารณาเข้ามาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแปรปรวน (ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน (N=275)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน		พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		ความแตกต่าง	
	n	\bar{X}	S.D.	F	T	
4. ระดับการศึกษา						
ไม่ศึกษา	33	2.44	0.46	0.55 ^{ns}		
ประถมศึกษา	103	2.49	0.54			
มัธยมศึกษา	86	2.41	0.53			
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	28	2.46	0.49			
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	25	2.56	0.44			
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
ไม่เกิน 3 ปี	122	2.48	0.47	0.59 ^{ns}		
4 - 10 ปี	110	2.42	0.52			
11 ปีขึ้นไป	43	2.50	0.57			

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 28 เมื่อพิจารณานำมาเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถ ในการดูแลตนเองโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test) (N=275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		t
	N	\bar{X}	S.D.	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม				
ไม่ดี	3	2.68	0.73	7.71***
ดีปานกลาง	129	2.69	0.29	
ดีมาก	142	2.97	0.31	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน				
ด้านความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป				
ไม่ดี	3	2.38	0.68	6.26***
ดีปานกลาง	129	2.79	0.50	
ดีมาก	142	3.19	0.53	

*** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P<.001)

จากตารางที่ 29 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีมีจำนวนเพียง 3 ราย จึงไม่ได้ นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ กับอีก 2 กลุ่ม

ตารางที่ 30 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ ด้าน การออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน ด้านรูปแบบการนอนหลับของกลุ่ม ตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test) (N=275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		t
	N	\bar{X}	S.D.	
ด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ				
ไม่ดี	3	3.06	0.48	3.89***
ดีปานกลาง	129	2.50	0.47	
ดีมาก	142	2.75	0.53	
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน				
ไม่ดี	3	2.92	0.88	4.61***
ดีปานกลาง	129	2.75	0.44	
ดีมาก	142	3.00	0.47	
ด้านรูปแบบการนอนหลับ				
ไม่ดี	3	2.17	1.04	2.51*
ดีปานกลาง	129	2.67	0.77	
ดีมาก	142	2.89	0.71	

*** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีปานกลาง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ ดี มีจำนวนเพียง 3 ราย จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ กับอีก 2 กลุ่ม

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการควบคุมภาวะแวดล้อมและด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน โดยใช้ (t-test) (N = 275)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ		t
	N	\bar{X}	S.D.	
ด้านการจัดความเครียด				
ไม่ดี	3	2.33	1.53	3.25***
ดีปานกลาง	129	2.62	0.70	
ดีมาก	142	2.90	0.72	
ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง				
ไม่ดี	3	2.56	1.35	4.17***
ดีปานกลาง	129	2.69	0.70	
ดีมาก	142	3.04	0.72	
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต				
ไม่ดี	3	2.33	1.26	3.47***
ดีปานกลาง	129	2.91	0.72	
ดีมาก	142	3.21	0.71	
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น				
ไม่ดี	3	2.81	1.61	3.65***
ดีปานกลาง	129	2.83	0.73	
ดีมาก	142	3.13	0.59	

(ต่อ) ตารางที่ 31

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน N	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ \bar{X}	S.D.	t
ด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อม				
ไม่ดี	3	3.00	1.73	4.96***
ดีปานกลาง	129	2.79	0.79	
ดีมาก	142	3.25	0.70	
ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ				
ไม่ดี	3	2.89	1.17	0.28 ^{ns}
ดีปานกลาง	129	2.47	0.42	
ดีมาก	142	2.45	0.57	

*** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P > .05$)

จากตารางที่ 31 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดความเครียด ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการมีสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และด้านการควบคุมสภาวะแวดล้อมดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีจำนวนเพียง 3 ราย จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่ม

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้.-

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศหญิงและเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ผลการศึกษารังนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า สังคมไทย ส่วนใหญ่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดลพบุรี มักเป็นครอบครัวขยาย มี พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย สามี ภรรยา และบุตร อยู่รวมกันเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งผู้อาวุโสน้อยกว่าจะ เคารพผู้อาวุโสสูงกว่าตามลำดับอาวุโส ผู้ที่เป็นภรรยา ก็จะทำให้ความเคารพนับถือสามีซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ส่วนเพศหญิงผู้เป็นภรรยาส่วนใหญ่จะเป็นแม่บ้าน ถึงแม้ว่าบางคน อาจมีงานทำนอกบ้านก็ตาม แต่มักจะได้รับบริการเลี้ยงดู บลูกฝังเกี่ยวกับงานบ้านงานเรือน ซึ่งเพศหญิงจะมีบทบาทในการดูแลผู้อื่นในครอบครัวโดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (Care giver) ดังนั้น เพศชายจึงได้รับการปรนนิบัติดูแลจากเพศหญิง ไม่ว่าในเรื่องของการพักผ่อนหลับนอน การรับประทานอาหารหรือการปฏิบัติตนทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะเมื่อเวลาเจ็บป่วยย่อมจะได้รับการดูแลมากกว่าปกติ ในขณะที่เพศหญิง เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะต้องดูแลตนเองเป็นส่วนใหญ่ แต่ถึงอย่างไรก็ดี เพศหญิงก็ยังคงจะต้องรับบทบาทความเป็นแม่บ้าน ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญในครอบครัว จึงเป็นเหตุให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไปแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพา สุภราศรี (2538:84) พบว่า ผู้ป่วย 150 ราย หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพศชายและเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และผลงานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มูท์เมนแคมป์ และโบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman 1988:637-646) พบว่า เพศที่แตกต่างกัน จะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากที่สุด และพาลังก์ (Palank 1991:823) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า

เพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และวิธีการผ่อนคลายดีกว่าเพศชาย

นอกจากนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบอีกด้วยว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณีของคนไทยในต่างจังหวัดโดยเฉพาะจังหวัดลพบุรี ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนในความแตกต่างหรือบทบาทหน้าที่ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยที่เพศหญิงจะเป็นฝ่ายยกย่องให้เพศชายมีลักษณะเป็นผู้นำครอบครัว เปรียบเสมือนช้างเท้าหน้า ส่วนเพศหญิงมักจะเป็นผู้ตาม เปรียบเสมือนช้างเท้าหลัง โดยที่เพศชายจะเป็นผู้แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่การทำงาน ต่อครอบครัว ต่อสังคมหรือบางครั้งครอบครัวอาจจะต้องช่วยเหลือกันทั้ง 2 ฝ่าย ในโลกยุคโลกาภิวัตน์นี้ อย่างไรก็ตามแม้เวลาสามีเจ็บป่วยภรรยายังมีความเคารพยกย่อง และดูแลอยู่เช่นเดิม จึงทำให้เพศชายมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองต่อผู้อื่นยังดีอยู่ อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศึกษาคั้งนี้ ก็ไม่ได้เป็นภาวะรุนแรง ที่กระทบต่อนหน้าที่การทำงานที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งในขณะที่เพศหญิงมีภาระหน้าที่ในการทำงานนอกบ้านและครอบครัว ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วย จึงยอมภรรยาหรือเพื่อนต่อภาระหน้าที่ในครอบครัว การดูแลสุขภาพในครอบครัวอย่างแน่นอน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เพศหญิง รู้สึกตนเองว่าไม่สามารถปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ได้ครบถ้วนเหมือนเดิม ความตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง จึงอาจลดลง ดังนั้นเพศชายจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ดังที่กล่าวแล้ว สังคมไทยในต่างจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดลพบุรีมักเป็นครอบครัวขยาย ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี หรือกลุ่มอายุ 35 - 60 ปี หรือกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต่างก็จะมีบิดามารดา คู่สมรส บุตร หลาน อยู่ด้วย ซึ่งบุคคลเหล่านั้นก็สามารถจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย จึงทำ

ให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่มอายุ มีความใกล้เคียงกัน คือ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536:75) พบว่า ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอายุมากหรือน้อยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเยาวดี สุวรรณาคะ (2532:63) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง

นอกจากนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ช่วงอายุ 35 - 60 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเองดีกว่าอายุมากกว่า 60 ปี และอายุต่ำกว่า 35 ปี ทั้งนี้ อาจสามารถอธิบายได้ว่าช่วงอายุ 35 - 60 ปี เป็นช่วงของการหางาน เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมักจะเป็นผู้นำครอบครัวหรือเป็นผู้ที่รับผิดชอบบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุที่มีความสำคัญต่อครอบครัว จึงเป็นเหตุให้กลุ่มอายุดังกล่าวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ที่ดีกว่ากลุ่มอายุอื่น

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าระบบการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น มีการแพร่หลาย โดยการใช้อสื่อต่าง ๆ อย่างมากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย หนังสือพิมพ์ นิตยสารต่าง ๆ แผ่นพับ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสื่อเหล่านี้มักจะใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายมีความเหมาะสมกับประชาชนทุกระดับการศึกษา ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะสามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง ก็ยังพบว่าแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยมักจะได้รับนั้นได้จากสถานีอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่จะทำความเข้าใจเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ และจะเห็นได้จากการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไปถึง ร้อยละ 88.10 ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจึงไม่ต้องอาศัยระดับการศึกษาของผู้ป่วยเท่าใดนัก ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใกล้เคียงกันในทุกกลุ่มระดับการศึกษา อีกทั้งผู้ป่วยยังสามารถปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ให้เหมาะสมขึ้นจากประสบการณ์ได้อีกด้วย ซึ่ง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เยาวดี สุวรรณาคะ (2532:63) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไม่สอดคล้องกับ ประภัสสร เลียวไพโรจน์ (2523:42) ที่อ้างอิงการศึกษาจิตมัสส์ (Jitmus) ที่ว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคลทั้งในด้าน การป้องกันและการรักษา โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะระมัดระวังสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษาของ พรทิพา สุภราศรี (2538:85) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน และกลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน (ได้แก่ รับจ้าง หน่วยงานบริษัท หรือรัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ นักเรียน นักศึกษา) ที่อยู่ต่างจังหวัด มักมีระยะเวลาการทำงานไม่เร่งรีบ ใช้เวลาในการเดินทางไม่มาก เนื่องจากในต่างจังหวัดปัญหาการจราจร โดยเฉพาะรถติดนั้นมีน้อยมาก ผู้ป่วยไม่ต้องใช้เวลาในการเดินทางเพื่อประกอบอาชีพหรือไปทำกิจกรรม จึงมีเวลาที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพได้ ประกอบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงนี้ เมื่อปฏิบัติไประยะเวลาหนึ่ง ผู้ป่วยอาจสามารถปรับตัวให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เหล่านี้กลมกลืนกับแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จนกลายเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล (2533:37) พบว่า ลักษณะอาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลตัวหนึ่ง ซึ่งอาชีพที่มีการปฏิบัติงานโดยมีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น รับจ้าง หน่วยงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ข้าราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน และทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน (เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน) สามารถจัดเวลาในการมีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนได้โดยไม่เร่งรีบและจำกัดเวลามากนัก

และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองดีกว่า กลุ่มที่มีกำหนด

เวลาไม่แน่นอน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มอาชีพที่ต้องปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ต้องรู้จักแบ่งเวลา มีความรับผิดชอบต่องาน ต่อสังคมและต่อครอบครัว ฉะนั้นจึงมีความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะต้องปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ไม้ให้กระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติงาน ต่อสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่า อีกทั้งลักษณะอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนได้แก่ (รับราชการ ทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ) อาจจะเป็นงานที่ได้รับยกย่องมากกว่า ลักษณะอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน ได้แก่ การทำนา ทำสวน แม่น้ำ ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในความมีคุณค่าของตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับวาสนา บุรณมณีวัฒน์ (2532:๒) เปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า อาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน (รับราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทเอกชน) มีแบบแผนชีวิตด้านร่างกายและด้านสติปัญญา ดีกว่ากลุ่มอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน (ทำไร่ ทำนา รับจ้างรายวัน)

สมมติฐานที่ 5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากน้อยแค่ไหนก็ตาม ทุกคนต้องพยายามปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโดยที่ไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากได้ถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่าง ๆ จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพลินพิศ เลหาะวีระกมล (2531:81) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดสั้น นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคลั้น

และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระยะเวลาเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตและด้านการมีสัมพันธภาพกับ

บุคคลอื่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแล้ว พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 2 ด้านนี้ ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และ 11 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4-10 ปี นั้น ได้ใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ และปรับตัวพอสมควร จึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับและสนใจ ภาระหรือวันที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง พยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ตนเองสามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระ ของสังคมและ เป็นที่ยอมรับของสังคม สำหรับกลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี อาจจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งผู้ป่วยอาจจะยังไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวให้สอดคล้องตามแผนการรักษาได้ทันที จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและคิดว่าเป้าหมายในชีวิตหรืออนาคตถูกบั่นทอนลงด้วยโรคนี้นี้ ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจึงมีน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 - 10 ปี และในกรณีที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย ตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เนิ่นนาน ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกเบื่อหน่าย เนื่องจากต้องรับประทานยาหลายอย่าง งดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางอย่าง การปฏิบัติตนเพื่อความคุ้มครองระดับความดันโลหิต และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร ฉะนั้นผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดน้อยลง ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยปลีกตัวจากสังคม

สมมติฐานที่ 6 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพมี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามที่เพนเดอร์ (Pender 1987:61) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น ต้องได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านที่ 1 ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ - การรับรู้ (Cognitive perceptual factors) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อยด้วยกัน

และการรับรู้ภาวะสุขภาพก็เป็นหนึ่งใน 7 ปัจจัยย่อยนั้น จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 นั้นเอง นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยทางประชากรหรือปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งอยู่
 านปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) เป็นอิทธิพลทางอ้อมทำให้เกิดการรับรู้ภาวะ
 สุขภาพเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ นอกจากนี้
 ปัจจัยด้านที่ 3 ที่เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่นกันคือ ตัวชี้แนะการกระทำ
 (Cues to action) ภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองที่มีต่อการ
 พัฒนาการและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้ เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 นั้นเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ พรทิพา สุภราศรี (2538:ข) พบว่า ผู้ป่วยที่มี
 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้วย และคริสเตียนเซน
 (Christensen cited in Pender 1987:62-66) ที่ได้ศึกษาผู้ใหญ่จำนวน 378 ราย
 พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนี้ จะมีความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรม
 เพื่อส่งเสริมสุขภาพมากกว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี

นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายชื่อแล้วผู้ป่วยมีขีดจำกัดในบางอย่าง เช่น ส่วนใหญ่ชื้อ
 ยารับประทานเอง ไม่สามารถใช้บริการจากแหล่งบริการทางสุขภาพได้และผู้ป่วยไม่สามารถ
 พบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ อาจอธิบายได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดลพบุรีมีหน้าที่
 การงานคือ ชำรายการทหาร พลเรือน ค้าขาย ทหาร ไร่ ทำนา ทำสวน และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมัก
 จะอยู่นอกเมือง เมื่อแพทย์นัดหรือมีอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ามาพบแพทย์ได้
 สะดวก เช่น เป็นข้าราชการก็ต้องกลางวัน หากทำอาชีพรับจ้างก็จะทำให้เสียเวลา ขาด
 รายได้ หรือทำไร่ ทำนา ก็ทำให้แผนงานที่จะปฏิบัติในวันนั้นเสียไป ซึ่งจะทำให้มีผลกระทบ
 ต่อรายได้ของครอบครัวโดยรวม สิ่งเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบอีก
 ด้วยว่า อาจเกิดจากการคมนาคมไม่สะดวก ฐานะยากจนอีกด้วย นอกจากนี้แล้วยังพบว่า
 สถานบริการสุขภาพอนามัยของรัฐ ก็เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการทางสุขภาพของผู้ป่วย
 กล่าวคือ การตรวจล่าช้า เสียเวลารอคอยนาน บริการไม่สะดวก ตลอดจนความเชื่อถือของ
 ผู้ป่วยที่มีต่อสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ในท้องถิ่นที่ห่างไกลก็น้อย เมื่อเจ็บป่วยต้อง
 พยายามเดินทางเข้าไปโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงในตัวเมือง จึงเป็นเหตุที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

มาก ซึ่งทั้งนี้ สามารถอธิบายได้จากกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender 1987:61) กล่าวคือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกนอกเหนือจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานในเรื่องอาชีพ เศรษฐกิจ มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ จึงมีอุปสรรคจากปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก ไม่ใช่จากปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพเพียงประการเดียว



สรุปผลการวิจัยและ ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 10 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2538 จำนวน 275 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน โดยการทดสอบค่า t (t-test) การทดสอบความแปรปรวน (ANOVA) และเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe method) ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉลี่ยดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพตีปานกลาง เมื่อพิจารณาตามรายชื่อแล้ว พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นในเรื่องผู้ป่วยมีการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ไม่พบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเฉลี่ยดีมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพตีปานกลาง เมื่อพิจารณาตามรายชื่อแล้ว พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่

อยู่ในระดับดีมาก ยกเว้นในเรื่องต่อไปนี้

2.1 ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และด้านความวิตกกังวล และสนใจเกี่ยวกับสุขภาพไม่ดี คือ ผู้ป่วยไม่สนใจสุขภาพ โดยคิดว่า การตรวจสุขภาพไม่ใช่สิ่งจำเป็นเท่าที่ควร และคิดว่าโรคความดันโลหิตสูงมักเกิดกับวัยผู้สูงอายุเท่านั้น เมื่อเป็นโรคนี้แล้วไม่จำเป็นต้องรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตก็ได้ และยังสามารถมีชีวิตที่ยืนยาวได้โดยที่มีภาวะสุขภาพเป็นปกติดังเดิม

2.2 ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพดีปานกลาง คือ ผู้ป่วยบางรายคิดว่าเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่รู้ว่าอาจเกิดอาการผิดปกติได้ ไม่สามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และยังคงคิดว่าตนเองมีสายตาสายตาปกติหากระดับความดันโลหิตยังคงสูงอยู่

3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีปัจจัยพื้นฐานแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับเพศชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเองโดย พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง โดยพบว่ากลุ่มอายุ 35-60 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอายุ 60 ปี และต่ำกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาการทำงานแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน ยกเว้นด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง พบว่า ผู้ที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาแน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอาชีพที่มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

3.5 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้าน จุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มไม่เกิน 3 ปี และ 11 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มดีปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.05 ทั้งโดยรวม และรายด้าน ยกเว้นด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ ทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี มีจำนวนเพียง 3 ราย จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต อยู่ในระดับไม่ดีในรายข้อต่าง ๆ ดังนั้น

1.1 พยาบาลควรจัดให้มีความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องอาการ อาการแสดง สาเหตุ แนวทางการควบคุม ตลอดจนการปฏิบัติตน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สื่อต่าง ๆ เช่น วีวี วิดีโอเทป รายการวิทยุ หนังสือพิมพ์ต่าง ๆ แผ่นพับ หรือคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยโดยทั่วไป ที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก

1.2 ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง เมื่อพบว่ามิผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ครั้งแรก พยาบาลควรเน้นความรู้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องอีกกรณีหนึ่ง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาติดตามการรักษาระยะเวลาแล้ว ควรให้ความรู้เป็นระยะ ๆ ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นผู้ป่วยเก่า เพื่อลดปัญหาความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนั้นพยาบาลควรให้ เวลาชกถาม สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้

ผู้ป่วยได้ระบายเป็นการผ่อนคลาย ความวิตกกังวล ลดความตึงเครียดได้

2. จากการศึกษา พบว่า กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 35 ปี และมากกว่า 60 ปี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเอง ต่ำกว่ากลุ่มอายุ 35 - 60 ปี ดังนั้น พยาบาลควรรีให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย

3. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 - 10 ปี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการตระหนักในควมมีคุณค่าของตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 3 ปี และมากกว่า 11 ปี ขึ้นไป ดังนั้น พยาบาลควรรีใส่ใจที่จะติดตามผู้ป่วยเก่าเป็นระยะ ๆ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนจิตใจ โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ป่วย ในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตนเพื่อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและกระทำอย่างต่อเนื่อง

4. จากการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ทันที หรือมาพบแพทย์ตามนัดไม่ได้เนื่องจากทำงานไม่ได้ การคมนาคมไม่สะดวก หรือลางานไม่ได้ เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่าอาจมีปัญหที่ระบบขั้นตอน เช่น การใช้เวลาในการรอคอยการตรวจนาน มีผู้ป่วยจำนวนมาก ฉะนั้นพยาบาลควรแนะนำการเลือกใช้บริการสถานีนอนามัย หรือสถานบริการทางสาธารณสุขใกล้บ้าน ควรมีการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดยประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด หรือไม่มาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ ไม่มาพบแพทย์ทันที

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถงด หรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคได้ เช่น มีการเติมเครื่องปรุงรสในขณะรับประทานอาหาร จึงน่าจะมีการศึกษาปัจจัยและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้ป่วยโรคความดัน

โลหิตสูง

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเขตชนบท และเขตเมือง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

4. ศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ด้านอื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์



บรรณานุกรม

กวี เจริญลาภ. "Treatment in Hypertension." ใน เวชปฏิบัติทันยุค โครงการ
ตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

_____. "ภาวะความดันโลหิตสูง." ใน ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุร
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532:273-291.

_____. "อาหารบำบัดโรค." เอกสารการสอนชุดวิชา. หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช กรุงเทพฯ:ทจก.จรรยาพิมพ์, 2527:98.

กฤษิตา พานิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการ
ปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหา
บัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำ
ไปใช้ หน้า 342-400. สมพันธ์ วิทยธีระนันท์, บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว
การพิมพ์, 2528:374.

กฤษฎา ชื่นบาน. "ออกกำลังกายป้องกันโรคหัวใจ." คลินิก. 4 (มิถุนายน 2531):427-
428. กองสถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร:สำนักงานปลัด
กระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันเลือดสูง. กรุงเทพฯ:พัฒนาศึกษา, 2532.

- จารุวรรณ ชันดีสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน้าที่ 8-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- จินตนา ยูนิพันธ์. "การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ขอบข่ายที่ขึ้นกับการวิจัยทางการพยาบาล." วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2532).
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2516.
- จำเนียร ช่วงโชติ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: กิ่งจันทร์การพิมพ์, 2528.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- ประกัสสร เลี้ยวไพโรจน์. "อุปสรรคต่อการบริการทางการแพทย์." ใน รายงานการวิจัย ประกอบการสอนวิชา ศ.473. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนะการวัดความเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:พีระพัฒนา, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- พัชรี ดำรงสุนทรชัย. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้ถามคาบบรรยาย ประกอบภาพพลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ตึกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พรทิพา ศุภราศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- เพลินพิศ เลาววิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิลักษณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

เยาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส บี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ยุวดี ฤาชา และ คนอื่น ๆ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิกิตออริเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2532.

โรงพยาบาลอานันทมหิดล. รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอานันทมหิดล จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, 2535-2536.

โรงพยาบาลลพบุรี. รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลพบุรี จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, 2535-2536.

โรงพยาบาลบ้านหมี่. รายงานจากแผนกสถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, 2535-2536.

วิภา สุโรจนะเมธากุล. "เลซิทิน (Lacithin) อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ." ใน อาหาร. ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (เม.ย.-มิ.ย.38):136.

วิสิฐ จะวะลิต และคนอื่น ๆ. "การพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพ สูตรทดแทนกะทิ." ใน อาหาร. ปีที่ 21 ฉบับที่ (3 ก.ค.-ก.ย.2534):215.

วาสนา บุรณมณีวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2532.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่มที่ 1 พิมพ์ครั้งที่ 7. หน้า 112-123. สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วี.เจพรีนติ้ง, 2536.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์เล่มที่ 2 หน้า 129-162. สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สังวาลย์ แก้วประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของการรับรู้ความเจ็บปวดกับผลควบคุมความเจ็บปวด ในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

สิริอร หัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัจฉรา โอบประเสริฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อรวินท์ โทรกี. "ลดความดันอย่างไม่มีไข้ยา". ใน อาหารกับโรค. 2537:80-81.

อรวินท์ โทรกี. "ลดเค็ม." ใน อาหารกับโรค. สมาคมคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย
ในในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ:2537:82-90.

อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

Alexy, B. "Factors associated with participation or nonparticipation in a work place wellness center." Research Nurse Health. 14 (1991):33.

Barnett, F.C. The relationship of selected cognitive perceptual factors to health promoting behaviors of adolescents. The University of Texas at Austin 1989:179.

Beare, P.G. & Myers J.L. Principles and practice of adult health nursing. ST. Louis : The C.V. Mosby company 1990.

Beland, I.L. and Passor, J.V. Clinical nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 4 th.ed. Philadelphia: Macmillan Publishing, 1981.

Brook, H.R., et al. "Over view of Adult Health Status Measures Fielded." Medical Care. 17 (1979):21-131.

- Brunner, L.S. and Suddarth, D.S. The Lippincott Manual of Nursing Practise. 3 rd.ed. Philadelphia:L.B. Lippincott, 1988.
- Brunt, J.H. and Love, EJ. "Hypertension and its correlates in the Hutterite community of Alberta." Canadian Journal of Public Health. (September-October 1992):362-4.
- Conelly, C.E. "Self-Care and chronically ill patient." Nursing Clinics of North America. 15 (March 1987):621-629.
- Campbell - Forsyth, L. Patients' perceived knowledge and learning need concerning radiation therapy. Cancer Nursing. 13 (1990):81-89.
- Chaithiraphan, S. "Obesity and the heart." Intern Medicine. 2 (April-June 1986):114-117.
- Drummond, M.F. "Quality of Life." Journal of Chronic Disease. 40 (1987):605-616.
- Fagerberg, B. et al. "The Sodium intake modifies the renin-aldosterone and blood pressure change associated with moderately low energy diets." Acta Medical Scand. 218 (February 1985): 157-164.
- Febrega, H. "Toward a model of illness behavior." Medical Cae. 6 (November-December 1973):470-484.

Frisancho, A.R., Leonard, K William R. and Ballettino, Laura A.

"Blood Pressure in black and White and its relationship to dietary sodium and potassium intake." Journal of Chronic Disease. 37(August 1984):515-519.

Greenland, P. and Briody, M.C. "Rehabilitation of the MI survivor."

Post Graduate Med." 75(1984):79-96.

Gillum, R.F., et al. "Indices of Obesity and blood Pressure in

Young Men Followed 32 Years." Journal of Chronic Disease. 35 (1982):211-219.

Gochman. Health Behavior:emerging research perspective. New York: Plenum Press, 1988:4.

Griffin, L.S. & Kee, J.L. "Primary hypertention:Suggestion for preventive approach." Family Communication. 8 (1986):59-67.

Harris, D.M. and Guten, S "Health-Protective behavior : An exploratory study" Journal of Health Social Behavior. 1979:17-29.

Hayduk, L.A., et al, "An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL." Nursing Research. 42 (May-June 1993): 132-138.

Hill, M.N. and McCombs, N.J. "Foreward:Symposium of hypertension." Nursing Clinics of North America. 16 (June 1981): 299-300.

- Houston, M.C. "Sodium and hypertension." Achieve Internal Medicine. 146 (January, 1986):176-185.
- Hutchins, L.N. "Drug Treatment of High Blood Pressure." Nursing Clinics of North America. 16 (June 1981):365-376.
- 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.
- Kerr, G.R. & Nichaman, M.Z. "Salt and Hypertention." Public Health Review. 14 (1986):27-104
- Kochar, M. and Danieks, L.M. Hypertension control. Saint Louis : The C.V. Mosby, 1978.
- Lambert, V.A. & Lambert C.E. "The patient with an alternation in cardiovascular function" In the impact of physical illness and Englewood cliffs. N.J. : Prentice-Hall, Inc., 1979.
- Marino, L.B., & Kooser J.A. "The Psychosocial care of cancers clients and their families:periods of high risk." In Cancer Nursing. pp.53-86. Edited by L.B. Marino. St. Louis: the C.V. Mosby Company, 1981.

Machanic, D. Medical Sociology. 2 nd edition New York:Free Press, 1978.

Marcinek, M.B. "Hypertention : what it dose the body." American Journal of Nursing. 80 (May 1980):928-932.

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

Mason, S.C. Hypertension Care : A Guide for Patient Education. Norwalk:Appleton Century Crofts, 1982.

Muhlenkamp, A.F. and Broerman, N.A. "Health beliefs Health value, and positive health behaviors." Western Journal of Nursing Research. 10 (1988):637-647.

Murry, R.B and Zentner, J.P Nursing assesement and health promotion strategies though the Life span. 5 th.ed. Appleton & Lange:1993-659.

Nissinen, A. et. al. Health behavior of an elderly population in estern Finland in 1982." Journal of Gerontology. 20 (May-June 1987):129-135.

Nemcek, M.A. Health Values:Achieving High Level Wellness. Jan-Feb
Modifying risks of hypertensive clients. 3 (1):20-6, 1989.

O' Brien, E. & O'Malley, K. High Blood Pressure: What it means for you, and how to control it. Singapore: PG.Publishing Pte. Ltd.,1983.

Palank, C.L. "Determinants of Health-Promotive Behavior." Nursing Clinics of North America. 30 (December 1991):815-832.

Pender, N.J. & Pender, A.R. "Attitude Subjective norms, and intentions to engage in health behaviors." Nursing Research 35 (January-February 1986):15-18.

Pender. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century - Croft, 1982.

Pender. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd.ed.USA:A Apleton & Lange, 1987.

Perry, C.L. & Jessor, R. "The concept of health promotion and the prevention of adolescence drug abuse." Health education Quartery. 12 (Summer 1985):169-184.

Plummer, Babette Neis Stall worth. "An Evaluation of Smoking, Stress, and Hypertensive Familial Lineage on Cardiovascular Reactivity." Dissertation Abstracts International. 50/12B (1989):5959.

Pudday, I.B. et. al. "The effect of stopping smoking on blood pressure A controlled Trial," Chronic Disease. 38 (July 1985): 483-493.

Ready, T. "Anthropology and study of chronic disease:adolescent blood pressure in Corpus Christ, Texas." Social Science Medicine. 21 (1985):443-450.

Rissanen, A. et. al. "Treatment of hypertension in obes patient efficacy and fessibility of weight and salt reduction program." Acta Medical Scand. 218 (February 1985):149-156.

Sauder, J.B.;Berver, D.G. and Paton, A. "Alcohol induce hypertention." Lancet. 2 (26 September 1981):653-656.

Shaw, M.E. and Costanzo, P.R. Theories of Social Psychology. 2 nd. ed. Singapore: McGraw Hill book Co, 1985.

Smith,S.J. et al. "Moderate potussium chloride supplementation in essential hypertention:is it additive to moderate sodium restriction?" British medicine. 290 (January 1985):110-112.

Sonja, M. et. al. "The Nottingham Health Profile : Subjective Health Status and Medical consultation." Social Science Medicine. 154 (March 1981):221-229.

Strate, M. et. al. "Prognosis in treatment hypertension." Acta Medical Acad. 219 (February 1986):153-159.

Stoke, G.S. "Hypertention and Alcohol: Is There a Link." Journal of Chronic Disease. 35 (1984):759-762.

Stuifbergen, A.K. and Becker, H.A. "Predictors of Health-Promoting Life styles in Persons with Disabilities." Research in Nursing & Health. 17 (January 1994):3-13.

Shortridge, L.M. and Lee, E.J. Introduction to nursing Practice. New York : McGraw - Hill Book company, 1980.

Swain, M.A., & Steckel, S.B. "Influencing adherence among hypertensives." Research in Nursing and Health. 4 (March 1981):213-222.

Twaddle, A.C. Sickness Behavior and the Sick Role. Massachusetts: Schenkman publishing Company, 1981:11.

Ueshima, H. et. al. "Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese populations." Journal of Chronic Disease. 37 (1984):585-592.

World Health Organization. "Blood pressure studies children." Who Tech Rep Series. No. 715, 1985.

- World Health Organization. "Hypertension and coronary heart disease: Classification and criteria for epidemiology studies. 1983.
- World Health Organization. "Arterial Hypertension." Technical Report. Series. No.628, Geneva, 1978.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. "The Health-Promoting Life style Profile Development and Psychometric Characteristic." Nursing Research. 36 (1987):76-81.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. "The Health-Promoting Life style Profile Development and Psychometric Characteristic." Nursing Research. 36 (March/April) 1991:76-81.
- Witstrand, J. "Hypertention the tip of an iceberg?" Current Focus. 1 (1987):1-4.
- Wood, H.M. "Health promotion behavior:the relationship with health conception, health perception, and self-esteem in obese women. Texas woman's University, 1991.
- Yarcheski, A. and Mahon, N.E. "Causal model of positive health practices:the relationship between approach and replication." Nursing Research. 38 ((March/April 1989):88-93.
- Zanchetti A. "Antihypertensive therapy : Problems and perspectives." Actacardio. (January-February 1986):73-77.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหา
แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ กวี เจริญลาภ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญยง เกี้ยวการค้า
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. พันโทหญิง เทียมใจ ศิริวัฒนกุล
กองยุทธการและการข่าว กรมแพทย์ทหารบก



เครื่องมือการวิจัย

เรื่อง การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง :- แบบวัดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม มี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



แบบสอบถามชุดที่ 1

เลขที่ [] [] []

โรงพยาบาล []

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมค่าลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง []
2. อายุ.....ปี [] []
3. ระดับการศึกษา () ไม่ได้ศึกษา []
 () ระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า
 () มัธยมศึกษา
 () อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา
 () อุดมศึกษา หรือสูงกว่า
4. อาชีพ..... [] []
5. จากการวินิจฉัยครั้งแรกท่านเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานาน.....ปี.....เดือน []

แบบสอบถามชุดที่ 2

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง:-

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน

โปรดอ่านข้อความทางซ้ายมือ และ ชี้ด / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยคำตอบแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

จริงทั้งหมด	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทุกประการ
จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านเห็นว่าตนเองมีความรู้สึก ความคิดเห็นไม่แน่ใจกับข้อความเกี่ยวกับสุขภาพนั้น
ไม่จริงเป็นส่วนมาก	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพียงเล็กน้อย
ไม่จริงทั้งหมด	หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเลย

แบบสอบถาม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ในอดีตท่านไม่ค่อยสนใจ.....						
2. แต่ก่อนท่านคิดว่า.....						
3. ท่านเคยคิดว่า.....						
4. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วย.....						
5. ท่านรู้ว่าขณะนี้กำลังเป็น.....						
6. ท่านคิดว่าโรคนี้ต้องรักษา.....						
7. อาการของโรค.....						
8. ท่านมีโอกาสเกิด.....						
9. การปฏิบัติตาม.....						
10. ท่านสามารถควบคุม.....						
11. ท่านมีโอกาสที่จะ.....						
12. ท่านอาจเป็น.....						
13. ท่านอาจเป็นโรค.....						
14. ท่านอาจเกิด.....						
15. การลดขนาดยาเอง.....						
16. ความอ้วนมีโอกาสดัง.....						
17. การรับประทานอาหาร.....						
18. ถ้าควบคุมระดับ.....						

ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริงเป็น ส่วนมาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง เป็นส่วน มาก	ไม่จริง ทั้งหมด	สำหรับ ผู้วิจัย
19. ท่านกลัวว่าอายุ.....						
20. ท่านกลัวว่าต่อไป.....						
21. ท่านทราบว่าจะเกิด.....						
22. ท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว.....						
23. ท่านกลัวว่าต่อไป.....						
24. ท่านรู้ว่า.....						
25. ท่านรู้ว่าโรคความดัน.....						
26. ท่านรู้ว่าการรับประทาน.....						

แบบสอบถามชุดที่ 3

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง:-

วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามชุดนี้ เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของผู้ตอบโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- | | |
|------------------|--|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | หมายถึง มีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้ง หรือสัปดาห์ (ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์) |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวัน หรือส่วนน้อย (ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์) |
| ไม่ปฏิบัติเลย | หมายถึง ผู้ตอบไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย กรณีที่ตอบข้อนี้กรุณาใส่เหตุผลไว้ท้ายข้อด้วย |

แบบสอบถาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	ไม่ปฏิบัติ เนื่องจาก อะไร	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านลดหรือเพิ่ม.....						
2. ท่านมารับการตรวจ.....						
3. ท่านลืมนับประทาน.....						
4. ท่านปรึกษาแพทย์.....						
5. ท่านสนใจติดตาม.....						
6. ภายหลังจากการตรวจ.....						
7. ท่านป้องกันการเกิด.....						
8. ท่านเติมเครื่องปรุง.....						
9. ท่านรับประทานอาหาร....						
10. ท่านรับประทานของเค็ม..						
11. ท่านรับประทานผลไม้....						
12. ท่านดื่มชา กาแฟ.....						
13. ท่านรับประทานพวก.....						
14. ท่านออกกำลังกาย.....						
15. ท่านทำงานหนัก.....						
16. ท่านนอนพักผ่อนที่.....						
17. ท่านใช้เวลา.....						
18. ท่านนอนหลับ.....						
19. เมื่อท่านนอนไม่หลับ.....						

ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	ไม่ปฏิบัติ เนื่องจาก อะไร	สำหรับ ผู้วิจัย
20. ท่านพูดระบาย.....						
21. ท่านทำจิตใจ.....						
22. เมื่อมีปัญหา.....						
23. ท่านซักถามแพทย์.....						
24. เมื่อเกิดอาการท้อแท้....						
25. ท่านปฏิบัติหน้าที่.....						
26. ท่านปฏิบัติตาม.....						
27. ท่านไปมาหาสู่พูดคุย.....						
28. ท่านพูดคุยกับผู้ป่วย.....						
29. ท่านจัดสิ่งแวดล้อม.....						
30. บ้านของท่านมีอากาศ.....						
31. ท่านซื้อยามารับประทาน..						
32. ท่านไปใช้บริการจากแหล่ง..						
33. ท่านจะรีบไปพบแพทย์.....						

