

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ค่าความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้วิจัยได้ ทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมี ตารางสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลแก่งหางแมว
3. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมาคมการแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association, 1979 อ้างถึงใน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการ จัดบริการพยาบาล บริการทางสังคม การรักษาพยาบาล การฝึกอาชีพ การสังคมสงเคราะห์ รวมถึง การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วย การให้บริการพื้นฐานของการดูแล สุขภาพที่บ้าน การจัดการเป็นการนำการรักษาพยาบาลไปจัดให้บริการตามความต้องการของ ผู้ป่วยที่บ้าน แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาและบุคลากรทางสุขภาพจะเป็นผู้จัดบริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยการประเมินสถานการณ์ครอบครัว และพัฒนาแผนการบริการที่บ้านอย่างเหมาะสม

สแตนโฮป และแลนคาสเตอร์ (Stanhope & Lancaster, 1996) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นองค์ประกอบของการจัดการบริการที่มีความต่อเนื่องผสมผสานใน การจัดการบริการสุขภาพไปยังบุคคลและครอบครัว ณ บ้านของเขา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการ ส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสุขภาพดี ลดความเจ็บป่วยหรือความพิการลง รวมถึงการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายและให้เกิดการพึ่งพาตนเองมากที่สุด การให้บริการมีความสอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การวางแผน การประสานงานของทีมสุขภาพ

ประพิน วัฒนกิจ (2542) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง การให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานเพื่อให้การรักษาและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ

ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยระหว่างการให้บริการจะมีการสอน แนะนำความรู้ ฝึกหัดเกี่ยวกับปฏิบัติในเรื่องการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อเป็นการคิดอาวุธทางปัญญาให้แก่ประชาชน อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้

พรทิพย์ เกษุรานนท์ (2539) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่อง ที่ให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการและครอบครัว ที่บ้านหรือในสถานที่พักอาศัยโดยทีมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการให้คงภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด และ มีความพิการหรือความเจ็บป่วยเหลือน้อยที่สุด ซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การจัดกิจกรรมบริการ โดย ทีมสุขภาพ ในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้บริการที่จัดให้ต้องมีความสอดคล้องเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ภายใต้การวางแผน การประสานงาน และการจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ประพิน วัฒนกิจ, 2542)

1. เพื่อให้ประชาชนแต่ละครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ลดความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยและพิการและช่วยส่งเสริมสุขภาพให้กลับคืนสู่ภาวะปกติ
3. ดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและบุคคลแต่ละครอบครัว
4. เพื่อให้บุคคลมีอิสระสามารถเลือกที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัธยาศัย

กลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพที่บ้าน (ประพิน วัฒนกิจ, 2542)

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการแบ่งกลุ่มเป้าหมายในการให้การดูแลดังนี้

1. แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามระบบของโรคโดยแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ
 - 1.1 โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว มะเร็ง เป็นต้น
 - 1.2 โรคที่ติดต่อ (Communicable Diseases) ได้แก่ เอชไอวี วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น
2. แบ่งตามกลุ่มบุคคล

- 2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ
- 2.2 กลุ่มมารดาและทารก
- 2.3 กลุ่มผู้พิการหรือมีปัญหาวัยละบางส่วนไม่ทำงานหรืออัมพาต
- 2.4 กลุ่มผู้ติดยาเสพติด
- 2.5 กลุ่มผู้รกร่วมเพศ
- 2.6 กลุ่มผู้พิการแต่กำเนิด

กล่าวโดยสรุปกลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการแบ่งตามระบบโรคและแบ่งตามกลุ่มบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายในการดูแลสุขภาพได้ศึกษาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ คือ โรคความดันโลหิตสูง

คุณลักษณะของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544)

1. บริการจะต้องมีอย่างเพียงพอ หมายถึง การมีผู้ให้บริการ (ทีมพยาบาลหรือทีมสุขภาพ) อย่างเพียงพอ ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ ผู้ให้บริการเต็มใจช่วยเหลือ และมีคุณสมบัติทางวิชาการพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การบริการต้องไม่จำกัดเวลา เช่นเดียวกับการบริการในโรงพยาบาล
3. ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย และจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทุกวัน
4. ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสนับสนุนให้การฟื้นฟูสภาพด้วย
5. ผู้รับบริการต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. ครอบครัว ญาติ เพื่อนต้องยอมรับและมีผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง
7. การเลือกรับบริการพยาบาลที่บ้านเป็นสิทธิของผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดจะเป็นผู้ดูแล และให้การสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ

ผู้รับบริการและครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับบริการ ร่วมมือกับทีมสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิก การดูแลจะมีทั้งผู้ดูแลทำให้ทั้งหมด หรือทำเองบางส่วน การจัดการบริการขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการภายใต้สิ่งแวดล้อมของครอบครัวซึ่งพยาบาลจะต้องเรียนรู้แนวทางการร่วมมือและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและครอบครัว

ประโยชน์ของการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (ประพิน วัฒนกิจ, 2542)

1. มีประโยชน์ต่อภาวะจิตใจซึ่งเกี่ยวโยงหรือมีผลโดยตรงต่อการรักษาพยาบาล จะทำให้ความรู้สึกของผู้ป่วยดีขึ้นมีความสุขที่ได้อยู่บ้านตนเอง ใกล้ชิดครอบครัว ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ

ต่อตนเองมากขึ้น การใช้ยานอนหลับลดลง คนในครอบครัวไม่ต้องพะวงที่จะนำผู้ป่วยไปรักษาพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของรัฐบาล

2. เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self Care Potentials) ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองของประชาชนได้ (Self-Reliance) ซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น

3. เป็นการกระจายบริการสาธารณสุขไปให้ถึงบ้านจะช่วยให้เกิดความเสมอภาคแก่ประชาชนทั้งในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มยากจนที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้

4. เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้เพื่อช่วยปรับปรุงแก้ไขภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุภาวดี ลิ้มปนาทร, 2538; Stackhouse, 1998) การวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) สามารถทำได้ดังนี้

1. การประเมินทางการพยาบาล การประเมินทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่กระทำอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรกจนกระทั่งจำหน่าย ในการประเมินทางการพยาบาล มีแนวทางการประเมินดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินผู้ป่วย ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยของแพทย์ พยาบาล ควรทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ โรคของผู้ป่วย ภาวะการควบคุมโรค ควรประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1.1 สภาพร่างกายของผู้ป่วย อาการแสดง การทำกิจวัตรประจำวัน วิธีการดำเนินชีวิตตามปกติ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องมีการตรวจร่างกายเพื่อประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย

1.1.2 ประเมินในด้านจิตใจ สังคม การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย

1.1.3 ปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ของผู้ป่วย ได้แก่ วัฒนธรรม ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ความเข้าใจและการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งการประเมินความสามารถในการจัดการกับโรคของผู้ป่วย

1.2 การประเมินครอบครัว

เริ่มจากการประเมินครอบครัวหรือบุคคลอาศัยอยู่ภายในบ้าน ระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านผู้ซึ่งให้การช่วยเหลือผู้ป่วย บทบาทของสมาชิกแต่ละคน และค้นหาผู้ที่มีอิทธิพลสำหรับผู้ป่วยที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพของครอบครัว

1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย

ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่สนับสนุนหรือขัดขวางการเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ จะเป็นแนวทางในการเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดีและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

2. การวินิจฉัยปัญหา

เป็นขั้นตอนในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นในการคัดสรรวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย ทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน

3. การวางแผน

ในการวางแผนจะต้องให้ผู้ป่วยและญาติมาร่วมกำหนดเป้าหมายซึ่งมีทั้งเป้าหมายระยะสั้น และเป้าหมายระยะยาว แนวทางการบรรลุเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ

4. การปฏิบัติตามแผน

4.1 ให้บริการตรงตามความต้องการ พยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน จำเป็นต้องรู้เป้าหมายและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับความต้องการ

4.2 ประสานงานในการให้บริการซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือมากพยาบาลจะเป็นผู้จัดการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลเหล่านั้น เพื่อติดต่อเรื่องการช่วยเหลือกลุ่มวิชาชีพที่มีความชำนาญให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

5. การประเมินผล

เป้าหมายคือ เพื่อให้ทราบว่าผลการให้บริการเป็นอย่างไร มีการเกิดปัญหาขึ้นอีกและการสิ้นสุดของปัญหาหรือความต้องการ ถ้ายังไม่บรรลุตามเป้าหมาย ต้องมีการทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลใหม่ว่ามีปัญหาใหม่เกิดขึ้นหรือไม่ หรือปัญหาเก่าไม่บรรลุเป้าหมายเพราะเหตุใดเพื่อนำไปสู่การวางแผนใหม่และนำไปการปฏิบัติตามแผนและประเมินผลใหม่

ในการดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินปัญหาและวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล มาเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้การดูแลนั้นบรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

บทบาทและหน้าที่พยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544) พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. ผู้ให้บริการ (Care Giver) พยาบาลในบทบาทผู้ให้บริการทางการแพทย์มีกิจกรรมในการให้การดูแล คือ

- 1.1 การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน
- 1.2 การประเมินครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม
- 1.3 การกำหนดความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการครอบครัวและชุมชน
- 1.4 จัดทำแผนการดูแลผู้รับบริการและครอบครัว และให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน
- 1.5 ปฏิบัติกิจกรรมการบริการตามแผนที่กำหนดไว้
- 1.6 ประเมินผลและปรับปรุงแผนการบริการพยาบาล

การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทผู้ให้บริการ เป็นกิจกรรมการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้จัดทำให้ เนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถทำได้ กิจกรรมที่พยาบาลทำให้บางส่วน ผู้รับบริการและครอบครัวทำบางส่วน และกิจกรรมให้ความรู้และสนับสนุนผู้รับบริการ ญาติ ผู้ดูแล และครอบครัวสามารถทำการพยาบาลได้เองพยาบาลคอยติดตามผล สนับสนุนให้ความช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติได้เอง พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอนควบคู่ไปกับการพยาบาล การสอนควรใช้วิธีสาธิตให้ดูเพื่อการปฏิบัติถูกต้อง บทบาทผู้ให้บริการจะรวมถึงกิจกรรมการส่งต่อผู้รับบริการ ไปรับบริการ ณ สถานอื่นที่เหมาะสม และจะต้องดูแลให้ครอบคลุมปัญหาทางสังคมด้วย

2. ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พยาบาลเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอน และเมื่อบริการต่อเนื่องจะเกิดความไว้วางใจกัน พยาบาลจะเข้าใจแบบแผนพฤติกรรมของผู้รับบริการและครอบครัว เข้าใจพฤติกรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือการเจ็บป่วย และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หรือการแก้ไขปัญาสุขภาพของครอบครัวในภาวะแวดล้อมของชุมชนนั้น พยาบาลต้องทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพให้เป็นพฤติกรรมที่ลดปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรดำเนินไปเป็นขั้นตอน และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรจัดให้ผสมผสานไปกับการดำเนินวิถีชีวิตประจำวัน โดยไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างกะทันหัน เป็นแบบแผนที่ผู้รับบริการและครอบครัวเห็นด้วย ยอมรับนำไปปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของครอบครัว

3. ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลเป็นผู้ที่เข้าใจแบบแผนพฤติกรรม และรูปแบบการดำเนินวิถีชีวิต และเป็นที่ไว้วางใจของครอบครัว พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่

ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวเข้าใจปัญหาสุขภาพ และ สถานการณ์ของครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ร่วมกับครอบครัว ช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาเอง พยาบาลเป็นเพียงผู้เสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้ผู้รับบริการและครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเองไม่มีการควบคุมช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวสรุปแนวทางแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ของเขาด้วยตนเอง

4. ผู้บริหาร (Administrator) พยาบาลผู้ให้บริการที่บ้านจะต้องจัดหา วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เพียงพอ ในการออกเยี่ยมบริการประจำวัน และจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์สำรองไว้ ให้เพียงพอ และอยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งานได้ทันที

5. การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน ถ้าพบว่าผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่ไม่ปลอดภัย พยาบาลต้องเข้าใจสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้รับบริการ พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการและครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถาบัน บุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือ และวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือ

6. ผู้ประสานงาน (Coordinator) ในระบบบริการสุขภาพไทยนั้น การบริการพยาบาลที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลจากบุคลากรซึ่งมีความชำนาญเฉพาะทางในแต่ละสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งจะให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาค้าง ๆ ของผู้รับบริการและครอบครัว การดำเนินงานจะประสานกับสมาชิกทีมสุขภาพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม ประสานงานกับหน่วยงานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ประสานงาน แก้ไขปรับปรุงแผนการบริการและนำไปปฏิบัติการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายของผู้รับบริการและครอบครัว โดยมีสมาชิกทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา

7. นักวิจัย (Researcher) หลังจากให้บริการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะทำการประเมินผลการบริการ จัดทำบันทึกรายงานประวัติของผู้รับบริการและครอบครัว ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการประเมินผล และวิจัยเพื่อการพัฒนาการบริการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ทำวิจัยเองหรือเป็นผู้ร่วมทีมวิจัยเพื่อการพัฒนาการบริการพยาบาล หากไม่สามารถทำวิจัยได้เอง ก็ควรจะจัดระบบการบันทึกรายงานที่ถูกต้องเชื่อถือได้เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัย

จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นมีทั้งบทบาทผู้ให้บริการซึ่งมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในด้านการประเมินปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขและให้การแก้ไข

ปัญหามีกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้บางส่วน และมีกิจกรรมให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามประเมินผล และยังทำหน้าที่ในการเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและมีคุณภาพในการดูแล

ทีมสุขภาพและหน้าที่ความรับผิดชอบ

ทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล แม่บ้าน นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักอรรถบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ผู้มีความชำนาญด้านอาหาร เกษตรกร อาสาสมัคร โดยแต่ละคนจะมีบทบาทความรับผิดชอบดังนี้ (Bematsin, Grieco, & Detse, 1987 อ้างถึงใน สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544)

1. แพทย์ (Physician) เป็นผู้รับผิดชอบวางแผนให้การรักษาด้วยยา การรักษาเฉพาะการรักษาด้วยกิจกรรมพิเศษ การออกกำลังกายและการจัดกิจกรรมบางอย่างที่จะเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ การให้อาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ความถี่ในการเยี่ยมและบริกรที่บ้าน การจัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุด้วย
2. พยาบาล (Home Health Care Nurse) เป็นบุคลากรหลักในทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการประเมินสภาพของผู้รับบริการและครอบครัว วางแผนให้บริการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อการวางแผนการดูแลให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว บริการการป้องกันการเจ็บป่วย หรือป้องกันโรคแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ป้องกันความพิการซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพให้มีความสามารถปฏิบัติในหน้าที่ได้ดังเดิม หรือมีสุขภาพดีขึ้นเหมือนก่อนภาวะการเจ็บป่วย ให้ยาตามแผนการรักษา ติดตามผลของยาและอาการข้างเคียงซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทำการพยาบาลและสอนสมาชิกครอบครัวให้สามารถทำการพยาบาลได้เอง เช่นการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง การให้อาหารทางสายยาง การดูแลขับถ่ายทางหน้าท้อง เป็นต้น ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่ผู้รับบริการและครอบครัว
3. ผู้ช่วยพยาบาล (Home Health Care Aid) รับผิดชอบช่วยเหลือผู้รับบริการในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ในกรณีที่ผู้รับบริการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือในการแต่งกาย การออกกำลังกายในระยะเริ่มต้น และการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ จัดเตรียมอาหารและดื่มน้ำ จัดเตียงและห้องนอนให้สะอาดและปลอดภัย
4. แม่บ้าน (Home Maker) รับผิดชอบช่วยเหลือผู้รับบริการในการจัดสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า จัดหาอาหารให้ ช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัวและการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือในการดูแลเด็ก ช่วยเหลือในการเดินทางเมื่อต้องการออกนอกบ้าน

5. นักกายภาพบำบัด (Physical Therapist) รับผิดชอบในการประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรม หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย จัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอนผู้รับบริการและทีมสุขภาพในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ประเมินสิ่งแวดล้อมของบ้าน แนะนำให้ปรับปรุงเพื่อความปลอดภัย ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการในการประกอบกิจกรรมด้วยตนเอง สอนวิธีการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อ การประคบความร้อน การใช้เครื่องมือในการออกกำลังกาย และวิธีการใช้กายอุปกรณ์อย่างถูกต้องติดตามประเมินผลและปรับปรุงแผนการออกกำลังกายที่เหมาะสม

6. นักอาชีพบำบัด (Occupational Therapist) รับผิดชอบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การแต่งกายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล สอนผู้รับบริการและผู้ดูแลใช้เครื่องมือช่วยในการประกอบกิจกรรมการงานประจำวัน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น สอนการใช้ไม้ มือ แขน หรือ ไหล่ เพื่อช่วยลดปัญหาของผู้รับบริการประกอบการทำงานที่ชอบได้

7. นักอรรถบำบัด (Speech Therapist) รับผิดชอบช่วยเหลือ วินิจฉัยให้การรักษา พยาบาล และประเมินผลการสื่อสาร และการกลืนที่ผิดปกติ สอนเทคนิคการช่วยเหลือปรับปรุง การเคี้ยว การดูดและการกลืนอาหาร สอนผู้รับบริการ ผู้ดูแลสมาชิกทีมสุขภาพ ในการฝึกผู้รับบริการในการออกกำลังกายและการฝึกพูด

8. นักสังคมสงเคราะห์ (Medical Social Worker) รับผิดชอบช่วยเหลือผู้รับบริการผู้ดูแล และทีมสุขภาพให้เข้าใจปัจจัยทางสังคม และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพโดยตรง ให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้สำรวจความต้องการทางสังคมของตน สอนผู้รับบริการและผู้ดูแลให้รู้จักและใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชน ให้ความช่วยเหลือในการดูแลระยะยาว และขอผ่อนผันให้เป็นการบริการที่บ้านแทนการรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

9. ผู้มีความชำนาญทางด้านอาหาร (Dietician) รับผิดชอบประเมินความต้องการของผู้รับบริการ และวางแผนการรักษาด้วยอาหาร ช่วยรับบริการ ผู้ดูแลครอบครัวในการวางแผนและการปรับเปลี่ยนอาหาร ในการคำนวณสูตรอาหารเฉพาะสำหรับผู้รับบริการทั้งชนิดให้ทางหลอดเลือดดำและทางระบบทางเดินอาหาร

10. เภสัชกร (Pharmacist) รับผิดชอบการให้ข้อเสนอแนะแก่แพทย์ในการใช้ยา และสมาชิกทีมสุขภาพในการควบคุมความเจ็บป่วย และควบคุมอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการและครอบครัวโดยตรง ให้คำแนะนำแก่สมาชิกทีมสุขภาพในการเลือกใช้ยา ร่วมประเมินปฏิกิริยาต่อยาของผู้รับบริการ

11. อาสาสมัคร (Volunteer) รับผิดชอบการช่วยเหลือทางด้านสังคม เช่น การนัดหมาย กับทีมสุขภาพ การช่วยนำส่งโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องส่งไปรับการรักษาต่อ โดยอาสาสมัครที่ เข้าร่วมเป็นทีมสุขภาพคืออาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน แต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีบทบาทสำคัญ ในฐานะของผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย แก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพ ของคนในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคความดันโลหิตสูงอาสาสมัครสาธารณสุขมี หน้าที่ในการติดตามประเมินระดับความดันโลหิต ถ่ายทอดให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งเป็น รายบุคคลและรายกลุ่ม (สำนักคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540; เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542)

การบริการสุขภาพที่บ้าน มีขอบเขตการบริการตั้งแต่การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพ หรือ เจ็บป่วย การดูแลเพื่อการรักษาพยาบาลต่อที่บ้าน การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ตลอดจนครอบคลุมการส่งเสริมให้มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นและการป้องกันโรค จึงจำเป็นต้องอาศัย การสนับสนุนจากทีมสุขภาพ โดยมีแพทย์เป็นผู้นำทีมและพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับสมาชิก ทีมสุขภาพ ทีมสุขภาพประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขระดับวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับ ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลแต่ทำหน้าที่ต่างกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ซึ่งทีมสุขภาพมีหน้าที่ดังนี้ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร และฤทัยพร ศรีตรง, 2544)

1. ร่วมวางแผนการรักษาพยาบาล (Formulate Care MAP) ตั้งแต่ระยะเวลาวางแผน จำหน่ายหรือระยะเริ่มต้นผู้รับบริการไว้ในความดูแล ปรับปรุงและพัฒนาแผนการรักษาพยาบาล ทุกครั้ง หลังจากการเยี่ยมครอบครัวของพยาบาล ทีมสุขภาพไม่จำเป็นต้องออกเยี่ยมบ้านพร้อมกัน ทุกครั้ง แต่ต้องให้คำแนะนำปรึกษา สนับสนุนและพัฒนาแผนการรักษาพยาบาลให้พยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประชุมปรึกษาในทีมสุขภาพ (Team Conference) การประชุมปรึกษากันใน ทีมสุขภาพอาจใช้รูปแบบที่เป็นทางการ หรือไม่เป็นทางการก็ได้ รูปแบบที่ไม่เป็นทางการอาจใช้ วิธีการพูดคุยถึงปัญหาของผู้ป่วย โทรศัพท์ปรึกษากัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน และมีการ จดบันทึกไว้เพื่อติดตามความก้าวหน้าต่อไป ในรูปแบบที่เป็นทางการจะมีวัตถุประสงค์หลักในการ ประชุมปรึกษาคือ เพื่อวางแผนการดูแลผู้รับบริการหรือนำเอาปัญหาที่พบใหม่มาปรึกษาหารือกัน หรือปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับผู้รับบริการให้มากที่สุด

3. ร่วมทีมให้บริการแก่ผู้รับบริการและครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับ สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความไว้วางใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจใน ทีมสุขภาพ ซึ่งกลวิธีการสร้างความไว้วางใจมีดังนี้ (Wendt, 1996 อ้างถึงใน อุ๋นใจ เครือสถิตย์, 2542)

- 3.1 สร้างความประทับใจในครั้งแรกที่ไปเยี่ยมทั้งด้านคำพูดและการแสดงออก

3.2 ให้ความสนใจ ใส่ใจ ให้เกียรติผู้รับบริการ

3.3 ไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ

3.4 สร้างเครดิตให้ตัวเอง โดยการแสดงความสามารถในส่วนที่ผู้รับบริการ
ไม่สามารถทำได้ และสิ่งที่ทำให้เกิดผลดีกับผู้รับบริการ

3.5 มีความเพียรพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและครอบครัว โดย
ไม่ทอดทิ้ง

4. สอนผู้รับบริการและครอบครัว ในการดูแลผู้รับบริการและสมาชิกครอบครัวดูแล
ตนเอง และสังเกตอาการผิดปกติซึ่งอาจจะเกิดขึ้นและต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ
มีการสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้รับบริการและครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะให้
แต่ละคนแสดงบทบาทของตนเองและสิ่งที่คาดหวังจากแต่ละฝ่าย จะทำให้เกิดความรับผิดชอบ
ร่วมกัน เมื่อทุกฝ่ายปฏิบัติตามข้อกำหนดก็จะบรรลุเป้าหมายของการดูแลที่วางไว้ ข้อตกลงเกิดจาก
ความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวและปัญหาที่พบจากการประเมิน การกำหนดข้อตกลง
ทำได้ทุกระยะและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม การกำหนดข้อตกลงอาจใช้วิธีเขียนไว้ชัดเจน
หรือใช้คำพูดก็ได้แต่จะต้องอยู่บนความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Stanhope &
Landcuster, 1992 อ้างถึงใน อุ่นใจ เครือสฤติย์, 2542)

5. ส่งต่อผู้รับบริการให้แก่ทีมสุขภาพของสถานบริการในท้องที่อื่น หากผู้รับบริการและ
ครอบครัวต้องการย้ายที่อยู่

6. ติดตามประเมินผลการบริการด้วยการไปเยี่ยมครอบครัวด้วยตนเอง จากรายงาน
ประวัติครอบครัว หรือจากพยาบาลผู้ไปเยี่ยมครอบครัว

กล่าวโดยสรุป ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งประกอบด้วย
แพทย์ทำหน้าที่ในการประเมินและวางแผนการรักษา ให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในด้าน
ปัญหาสุขภาพ และให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในปัญหาที่พบจากการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วน
เภสัชกรทำหน้าที่ในด้านการให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาและปัญหาที่
พบจากการรับประทานยา และให้คำแนะนำแก่ทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้านในปัญหาที่พบ
ด้านการรับประทานยา พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย สอน สนับสนุน ให้ความรู้ ให้กำลังใจ
แก่ ผู้ป่วยทำหน้าที่ประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ และยังทำหน้าที่ในการสอน ให้คำแนะนำ
ให้คำปรึกษาแก่ อสม. ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่วน อสม. มีหน้าที่ในการสนับสนุน ให้ความรู้
ให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นผู้เชื่อมโยงการดูแล ปัญหาที่พบจากการดูแล
จากผู้ป่วยสู่ทีมสุขภาพและมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว
ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีคุณภาพมากขึ้น

การดูแลสุขภาพเป็นการจัดบริการเชิงรุกไปที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในการดูแลแก้ไขปัญหาดสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าได้มีการศึกษาผลการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ นภารัตน์ ธารพร (2545) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลจำนวน 3 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมงในการเยี่ยมแต่ละครั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของตนเองร่วมกับผู้วิจัย มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมวิเคราะห์ปัญหาร่วมกำหนดจุดมุ่งหมาย กำหนดกลวิธีในการแก้ไขปัญหาระหว่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดร่วมกัน โดยมีการสอน แนะนำ สาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจริง ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตามจุดมุ่งหมายของคิงต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ ยุ่นใจ เครือสถิตย์ (2542) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแบบแผนการดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วย 2 ระยะ โดยการดูแลสุขภาพที่บ้านระยะที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยใช้วิธีการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม สาธิตและฝึกทักษะ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ โดยมีวิทยากรในทีมสุขภาพ ได้แก่ ผู้วิจัย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ ระยะที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การดูแลตามสภาพปัญหาที่คงเหลือและให้ผู้ป่วยสามารถปรับการดูแลตนเอง

ให้สอดคล้องกับภาวะแวดล้อม โดยผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4, 8, 10 ภายหลังการเยี่ยมบ้านจะมีจดหมายกระตุ้นเตือนในสัปดาห์ที่ 6, 9, 11 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการตามปกติจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ ไพรวัลย์ นรสิงห์ (2546) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดเทคนิค AIC ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ: กรณีศึกษา 3 หมู่บ้านในตำบลเขารวก อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 25 คน ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ได้ดำเนินโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ได้แก่ 1) โครงการอบรมเสริมสร้างความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงโดยการบรรยาย แจกคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตน และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย 2) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกคน ๆ ละ 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ โดยมีประเด็นการเยี่ยมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ สังเกตสภาพแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย การดูแลเอาใจใส่ของคนในครอบครัว การเตรียมอาหาร การปรุงอาหารของครอบครัว การชี้แนะสนับสนุนให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การประสานความร่วมมือกับผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วย 3) โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองกับผู้ป่วยต่างพื้นที่ มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ สมพร กิตติวิศิษฐ์ (2543) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมแทรกแซงประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2 วัน ได้แก่การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตฝึกทักษะออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทำการเยี่ยม 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยการเยี่ยมครั้งที่ 1 มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพ ประเมินสิ่งที่ขาด เพื่อเตรียมการเยี่ยมครั้งต่อไป ส่วนการเยี่ยมครั้งที่ 2 เป็นการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งแรก แนะนำสิ่งบกพร่อง เน้นแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาของ อติชัย ภูมิวิเศษ (2537) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่า หลังเยี่ยมบ้านมีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก การปฏิบัติตัวก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่หลัง เยี่ยมบ้านการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีมาก การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในโรคเบาหวานหลัง เยี่ยมบ้านดีกว่าก่อนเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และระดับน้ำตาลในเลือดหลังเยี่ยมบ้าน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน เกษร แถว โนนจิว (2538) ได้ศึกษาผลของการให้การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 40 คน นำมาจัดคู่ แล้วแบ่งเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตนเองตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยพบว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความรู้ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง จะเห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นเป็นกลวิธีที่ใช้ในการจัดบริการเชิงรุกที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น แต่จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ายังมีการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่น้อยและยัง ไม่มีการศึกษาผลของการดูแลทั้งในด้านความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ากระบวนการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านพยาบาลจะเป็นผู้ไปดูแลโดยมีการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแล มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม มีการอบรมให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่ายังไม่มีการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยให้ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลซึ่งได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และทีมสุขภาพในชุมชนซึ่งได้แก่ อสม. มาร่วมเป็นทีมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและค่าความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะทำให้การบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถจัดบริการได้ต่อเนื่อง เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลแก่งหางแมว

โรงพยาบาลแก่งหางแมวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทั้งหมด 57 คน ดังนี้ แพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 27 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 1 คน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี 1 คน เจ้าพนักงานธุรการ 1 คน ลูกจ้างประจำ 7 คน ลูกจ้างชั่วคราว 9 คน การให้บริการของโรงพยาบาลให้บริการในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งการดูแลสุขภาพที่บ้านจะผสมผสานไปในงานที่แต่ละหน่วยเป็นผู้รับผิดชอบ งานผู้ป่วยนอกรับผิดชอบคลินิกความดันโลหิตสูงและคลินิกเบาหวาน ดังนั้นพยาบาลผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งอัตรากำลังของงานผู้ป่วยนอกประกอบด้วย หัวหน้างาน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาลที่ขึ้นเวรในแต่ละวันจะมีทั้งหมด 3 คน คือ หัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ส่วนในวันพฤหัสบดีซึ่งมีคลินิกเบาหวานจะมีพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีก 1 คน การให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงสัปดาห์ละ 1 วัน คือ วันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. สถานที่ที่จัดให้บริการคลินิกความดันโลหิตสูงอยู่ร่วมกับแผนกผู้ป่วยนอก ขั้นตอนการให้บริการพยาบาลจะเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยโดยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ชักถามอาการที่ผิดปกติและบันทึกในเวชระเบียน ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลแก่ผู้ที่มีปัญหาในด้านการปฏิบัติตัว หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาพยาบาลทำหน้าที่นัดหมายผู้ป่วยมารับบริการครั้งต่อไป หลังจากนั้นผู้ป่วยไปรับยาจากเภสัชกรที่ห้องยา ในการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำการติดตามเยี่ยมในช่วงบ่าย ซึ่งจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ อัมพาต ซึ่งแนวคิดของการดูแลสุขภาพที่บ้านก็คือการส่งเสริมการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เน้นความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (ปรานอม โอทกานนท์, 2536) และการดูแลนั้นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ประพิน วัฒนากิจ, 2536) อสม. เป็นแกนนำทางด้านสุขภาพที่สำคัญในชุมชน มีบทบาทสำคัญในฐานะของผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย แก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน (สำนักคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2540; เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ, 2542) ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยมี อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมต่อเนื่องและเกิดคุณภาพในการดูแล ทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลแก่งหางแมว

ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และ อสม. เป็นทีมสุขภาพหลักในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความหมายของความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ความดันโลหิต (Blood Pressure) คือ แรงที่เลือดกระทำต่อผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นแรงที่หัวใจต้องใช้เพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลไปยังหลอดเลือดแดงใหญ่ หลอดเลือดแดงเล็ก และหลอดเลือดฝอย ซึ่งบริเวณหลอดเลือดฝอยนี้จะเปลี่ยนเป็นระบบหลอดเลือดดำ เลือดไหลจากหลอดเลือดฝอยไปยังหลอดเลือดดำเล็กแล้วค่อยไหลผ่านหลอดเลือดดำใหญ่ กลับไปยังหัวใจห้องบนขวา (อคุลย์ รัตนมันเกษม, 2538)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง คือ ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงอย่างต่อเนื่อง โดยความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงสูงในการเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และองค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของความดันโลหิตดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจำแนกความดันโลหิตตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	ความดันโลหิตช่วงบน	และ	ความดันโลหิตช่วงล่าง
Optimal	<120	และ	<80
Normal	<130	และ	<85
Hight-Normal	130-139	หรือ	85-89
Grade 1 Hypertension (Mild)	140-159	หรือ	90-99
Subgroup: Borderline	140-149	หรือ	90-94
Grade 2 Hypertension (Moderate)	160-179	หรือ	100-109
Grade 3 Hypertension (Severe)	≥ 180	หรือ	≥ 110
Isolated Systolic Hypertension	≥ 140	และ	<90
Subgroup: Borderline	140-149	และ	<90

คณะกรรมการป้องกัน ตรวจ ประเมินและรักษาภาวะความดันโลหิตสูงแห่งสหรัฐอเมริกา (The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 2003) ได้แบ่งระดับความดันโลหิตไว้ดังนี้

ปกติ คือ มีระดับความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

ระยะก่อนความดันโลหิตสูง (Prehypertension) คือ มีระดับความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ระหว่าง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 1 (Stage 1 Hypertension) คือ มีระดับความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ระหว่าง 140-159 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ระหว่าง 90-99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูง ขั้นที่ 2 (Stage 2 Hypertension) คือ มีระดับความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ตั้งแต่ 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป หรือ ความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ตั้งแต่ 100 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

สรุปได้ว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะของความดันโลหิตในหลอดเลือดแดง ในขณะที่พักมีค่าความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) เท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mild) และระดับปานกลาง (Moderate) คือ มีระดับความดันโลหิตช่วงบนอยู่ระหว่าง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตช่วงล่างอยู่ระหว่าง 90-109 มิลลิเมตรปรอท

การวัดความดันโลหิต (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547)

เครื่องมือวัดมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ปรอทเป็นส่วนประกอบในการอ่านค่าการวัดความดันโลหิตทางอ้อม ที่เรียกว่า เมอร์คิวรี สฟีกโมนาโนมิเตอร์ (Mercury Sphygmomanometer) เป็นเครื่องมือมาตรฐานโดยการใช้การฟังเสียงแรงดันเลือดร่วมกับการดูระดับขึ้นลงของปรอทเป็นการวัดและอ่านค่าระดับความดันเลือดที่มีต่อผนังหลอดเลือดในร่างกายของเรา

การเตรียมตัวเพื่อวัดความดันโลหิต

1. ควรหยุดกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก หนึ่งชั่วโมงก่อนรับการตรวจวัดความดันโลหิต เช่นการออกกำลังกายหรือทำงานหนักมาก
2. อย่าดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่ผสมคาเฟอีน สูราหรือสูบบุหรี่ก่อนวัดความดันโลหิต 30 นาที

3. งดรับประทานยาที่มีผลต่อความดันโลหิต
4. ควรสวมเสื้อแขนสั้นหรือสวมเสื้อหลวมสบาย ๆ เพื่อพับขึ้นไปได้เหนือข้อศอกและ
ดันแขนสามารถโผล่ออกมาเพื่อใช้วัดได้ดี
5. ควรปัสสาวะทิ้งก่อนวัดความดันโลหิตเพราะกระเพาะปัสสาวะที่เต็มจะสามารถ
เปลี่ยนแปลงผลของระดับความดันโลหิต
6. ก่อนวัดควรนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที โดยนั่งหลังพิงพนักและเท้าทั้งสองวางราบกับพื้น
วางพักแขนบนโต๊ะที่ระดับหัวใจ
7. ในขณะที่วัดความดันโลหิตต้องไม่พูดคุยกัน
ขั้นตอนในการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547; ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย
และศุภวรรณ มโนสุนทร, 2539)
 1. เลือกใช้ผ้าพันรอบแขน (Cuff) วัดความดันโลหิตที่เหมาะสมกับขนาดของวงรอบแขน
ของผู้ถูกวัดโดยทั่วไปใช้ผ้าพันรอบแขน (Arm Cuff) ซึ่งมีถุงลมขนาด 12-13 ซม. * 35 ซม. และ
ใช้ผ้าพันรอบแขนที่ใหญ่ขึ้นหากแขนผู้ถูกวัดใหญ่
 2. ต้องจัดให้หลอดแก้วที่บรรจุปรอทของเครื่องวัดความดันโลหิตอยู่ในแนวตั้งฉาก
 3. ต้องวางดันแขนที่จะวัดบนที่รองรับหรือบนโต๊ะและให้อยู่ในระดับหัวใจ
 4. บีบลูกสูบให้ลมเข้าไปในถุงยางซึ่งอยู่ในผ้าพันรอบแขนช้า ๆ และในอัตราที่สม่ำเสมอ
จนกระทั่งระดับปรอทสูงกว่าระดับที่ทำให้ชีพจรของข้างที่วัดหายไป
 5. วาง Diaphragm ของ Stethoscope บนหลอดเลือดแดง Brachial อย่างกดแรง กดแต่
เพียงพอดี แต่อย่าให้เบามากเกินไป ถ้าจะให้ดีไม่ควรให้ Diaphragm ไปสัมผัสผ้าพันแขนเพราะจะทำให้
เกิดเสียงทำให้สับสนได้
 6. ตาของผู้วัดต้องอยู่ระดับเดียวกับระดับสูงสุดของลำปรอท
 7. ควรปล่อยลมออกจากถุงยางด้วยอัตรา 2-3 มิลลิเมตรปรอท/ วินาที
 8. ค่าที่ได้เมื่อได้ยินเสียงที่ 5 หรือเสียงหาย คือความดันไดแอสโตลิก ถ้าเสียงที่ 5 ไม่หายไป
แม้ว่าปรอทจะลงมาถึง 30 มิลลิเมตรปรอทหรือน้อยกว่านี้ ให้ใช้ตัวเลขที่ได้ยินเสียงที่ 4 แทน
 9. ค่าความดันโลหิตควรวัดให้ใกล้ 2 มิลลิเมตรปรอทมากที่สุด เพราะแต่ละขีดบนสเกล
จะห่างกัน 2 มิลลิเมตรปรอท
 10. จดค่าความดันโลหิตที่วัดได้ทันที
 11. ควรวัดความดันโลหิตทั้ง 2 แขน และถ้ามีผ้าพันขาก็ควรวัดที่ขาด้วยเพราะมีโรค
บางอย่างของหลอดเลือดเช่น Coarctation of Aorta สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องจากการวัดความดัน
โลหิตที่แขน 2 ข้างและขา

การวัดที่มีคุณภาพควรวัดและอ่านค่าความดันโลหิตสองครั้ง โดยวัดห่างกัน 2 นาที และอ่านค่าเฉลี่ยของการวัดทั้งสองค่าเป็นค่าวัดความดันโลหิต

ประเภทของความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงยังแบ่งตามสาเหตุของการเกิด ได้เป็น 2 ประเภทคือ (สาธิตา เมธนาวัน และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2543; สมจิตร หนูเจริญกุล, 2541)

1. ความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (Secondary Hypertension) ซึ่งสาเหตุได้แก่ โรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อ จากยาและพฤติกรรม ความผิดปกติทางระบบประสาท ภาวะตั้งครรภ์

2. ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary of Essential or Idiopathic Hypertension) ซึ่งไม่ทราบสาเหตุ ของการเกิดโรคที่แน่ชัด ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นความดันโลหิตสูงประเภทนี้ ผู้ป่วยมักจะเริ่มเป็นเมื่ออายุ 30-35 ปี และก่อนอายุ 55 ปี ส่วนปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง (Beare & Myers, 1990 อ้างถึงใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2541)

ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1. ด้านกรรมพันธุ์ ความดันโลหิตสูงมักพบในครอบครัวเดียวกันแต่ไม่ชัดเจนว่าเป็นสาเหตุโดยตรงและยังไม่ทราบแน่ชัดถึงยีนส์จำเพาะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง เข้าใจว่ามีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมือนกันมากกว่า

2. เพศ เพศชายจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง

3. อายุ ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงในแต่ละช่วงอายุ ในผู้สูงอายุ มีการแข็งตัวของหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

1. ภาวะเครียด เนื่องจากความเครียดมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดสามารถเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก

2. อาชีพ อาชีพที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดบ่อย ๆ หรือต้องตัดสินใจ ก็มีโอกาเกิด ความดันโลหิตสูง

3. อาหาร เช่น การขาดสารอาหารแคลเซียม โปแตสเซียม วิตามินเอและซี การรับประทานโซเดียมมากเกินไป

แบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การดื่มแอลกอฮอล์ คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันทั้งความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) และความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) สูงขึ้น แต่กลไกการเกิดยัง

ไม่แน่ชัดนักอาจจะมีการเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจเพิ่มการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคลเซียมอิสระในเซลล์ เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตหดตัว เป็นต้น

2. การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน แต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกมักจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ แต่คนที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานอาจไม่สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง ซึ่งยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย

3. การดื่มกาแฟ การดื่มกาแฟตามปกติทั่วไปไม่แน่ชัดว่าจะมีผลต่อความดันโลหิตสูงเพียงใด แต่การดื่มกาแฟอย่างมาก (มากกว่า 10 ถ้วย/วัน) อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน ผลของการออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งทำให้นุคคลนั้นมีความสุขและเพิ่ม HDL ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. บุคลิกภาพ คนที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น โกรธ โมโหง่าย ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเกิดเนื่องจากอิทธิพลของสมอง ทำให้เส้นประสาทอัตโนมัติอยู่ในภาวะตื่นตัว กล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดจะเกิดการหดตัว โดยผ่านการเคลื่อนไหวของเส้นประสาทซิมพาเทติก การกระตุ้นอย่างนี้จะถ่ายทอดจากไขประสาทไปยังกล้ามเนื้อ

ผลของความดันโลหิตต่ออวัยวะต่าง ๆ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2541; สาลิกา เมธนาวัน และสุภาวดี คำนธำรงกุล, 2543)

หัวใจ หัวใจจะทำงานชดเชยต่อภาวะความดันโลหิตสูงโดยการเพิ่มความหนาของผนังหัวใจเวนตริเคิลซ้ายโต การทำงานของหัวใจแต่ละห้องจะเสื่อมลง ห้องหัวใจต้องยืดขยายขึ้นและปรากฏอาการของภาวะหัวใจวายตามมา อาการเจ็บหน้าอกอาจพบได้เนื่องจากเส้นเลือดโคโรนารีมีความเสื่อมร่วมกับความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจที่โตมากขึ้น ในการตรวจร่างกายจะพบว่าหัวใจโตเพิ่มมากขึ้น อุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบในระยะหลัง ๆ สาเหตุของการเสียชีวิตของภาวะความดันโลหิตสูงมักเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจวาย

ตา การเกิดความดันโลหิตสูงระยะยาวจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของจอตา และระบบประสาทส่วนกลาง ในรายที่มีความดันโลหิตสูงรุนแรงมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในจอตาคือ หลอดเลือดฝอยเล็ก ๆ ตีบแคบโดยทั่ว ๆ ไปอย่างรวดเร็ว และมีการหดเกร็งเฉพาะที่มีเลือดออกในจอตาและหัวประสาทตาบวม (Papilledema) ซึ่งจะทำให้มีจุดบอดบางส่วนในลานสายตา

(Scotomata) ตามัวและอาจถึงตาบอดได้

ไต จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดฝอย Afferent และ Efferent Arterioles และใน Glomerular Capillary ซึ่งพบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้อัตราการกรองที่ไตลดลง และหน้าที่ของ Tubular เสื่อมลง พบโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) ปัสสาวะเป็นเลือดที่อาจมองด้วยตาเปล่าไม่ชัดเจน (Microscopic Hematuria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 10 มักเสียชีวิตจากภาวะไตวาย

สมอง จะมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ เพราะภาวะหลอดเลือดตีบตันบางส่วนของเนื้อสมองตาย เกิดอาการอัมพาตครึ่งซีก ในรายที่มีเส้นโลหิตฝอยในสมองแตก ทำให้เลือดออกในสมอง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การรักษาความดันโลหิตสูง (ฉายศิริ สุพริศปิษฐ์ และศุภวรรณ มโนสุนทร, 2541; สมจิตร หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542)

เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิต คือลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติ การรักษาความดันโลหิตสูงแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการให้ยาและการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกราย การรักษาโดยการไม่ใช้ยาจะต้องทำตลอดการรักษา

การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการให้ยา

ยาลดความดันโลหิตที่ใช้กันทั่วไปในปัจจุบันมี 6 กลุ่มใหญ่ คือ ยาขับปัสสาวะ, β -Blocker, Calcium Antagonist, Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor, Angiotensin II Antagonist และ α -Blocker และยาอื่น ๆ ที่ยังมีใช้อยู่ในบางแห่ง เช่น Reserpine, Methyldopa, Clonidine เป็นต้น (รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, 2543)

หลักการให้ยาลดความดันโลหิต

1. เริ่มด้วยขนาดต่ำเพื่อลดผลข้างเคียงของยา หากความดันโลหิตลดลงแต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย จึงค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาซึ่งผู้ป่วยจะต้องทนยาได้
2. ใช้ยาควบที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของยา ขณะที่ลดผลข้างเคียงของยาด้วย ปัจจุบันนิยมใช้ยา 2 ชนิดในขนาดต่ำควบกันมากกว่าเพิ่มขนาดยาที่ใช้ยาเดียว ยาที่ใช้ควบกันมีดังนี้

2.1 Diuretic และ β -Blocker

2.2 Diuretic และ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor (หรือ Angiotensin II Antagonist)

2.3 Calcium Antagonist และ β -Blocker

2.4 Calcium Antagonist และ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor

2.5 α -Blocker และ β -Blocker

3. หากยาที่ใช้ยู่ลดความดันเลือดไม่ได้หรือได้น้อยมาก หรือเกิดผลข้างเคียงจากยา ควรเปลี่ยนเป็นยากลุ่มใหม่มากกว่าจะเพิ่มขนาดยาที่ใช้ยู่หรือเพิ่มยาชนิดที่ 2

4. ควรใช้ยาที่กินครั้งเดียวและความคุมความดันโลหิตได้ 24 ชั่วโมงเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ และช่วยลดการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต

การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา

วิธีนี้มีประโยชน์คือทำให้ลดการใช้ยา ลดอาการข้างเคียงจากยาและลดค่าใช้จ่าย

การรักษาโดยการไม่ใช้ยาสามารถลดความดันช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ได้ 10 ถึง 15 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ได้ 6 ถึง 10 มิลลิเมตรปรอท การรักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นการปฏิบัติตนนอกจากจะช่วยลดความดันโลหิตแล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยา มีวิธีการปฏิบัติดังนี้

1. การลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักในคนอ้วนที่น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน มีความจำเป็นต้องลดน้ำหนักลง เพื่อลดความดันโลหิตและลดการทำงานของหัวใจ พบว่าน้ำหนักลดลง โดยเฉลี่ย 5.1 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ลดลง 4.4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ลดลง 3.6 มิลลิเมตรปรอท (Neter et al., 2003) การลดน้ำหนักต้องปรับแบบแผนนิสัยการรับประทานอาหารลดอาหารที่มีแคลอรีต่ำ และออกกำลังกายอย่างหนักอย่างสม่ำเสมอ (Stevens et al., 2001 cited in Appel et al., 2006) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่ยุ่งยากต้องการกำลังใจอย่างมาก การสนับสนุนจากผู้ดูแลรักษาจะช่วยผู้ป่วยได้มาก

2. การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยกลางคนและผู้สูงอายุ (He, Markandu, & MacGreger, 2001) การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้ พบว่าถ้าลดปริมาณการบริโภคเกลือจาก 10 กรัมเหลือ 5 กรัมต่อวันจะสามารถลดความดันโลหิตได้ถึง 10/ 5 มิลลิเมตรปรอท ในทางปฏิบัติแนะนำไม่ให้เพิ่มรสเค็ม พยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือปน เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง เป็นต้น หรืออาหารที่มีปริมาณเกลือสูงอยู่แล้วเช่น กะปิ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของโซเดียมสูง เช่น ผงชูรส เป็นต้น

3. การเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียม การเพิ่มการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมเพิ่มขึ้นจะช่วยให้ความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ลดลง 4.4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอท (Branca et al., 1996) ซึ่งอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงจะมีมากในผักและผลไม้

4. การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในโลหิต การมีโคเลสเตอรอล สูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดโลหิตหัวใจได้ ดังนั้นเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโลหิตหัวใจ

5. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิกคือการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจ ง่ายๆ อย่างต่อเนื่องช่วงระยะเวลาหนึ่ง การออกกำลังกายประเภทนี้มีการใช้ออกซิเจนเป็นแหล่งใหญ่ในการให้พลังงาน การออกกำลังกายที่แนะนำคือ การเดินจ็อกกิ้ง การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็ว ๆ ส่วนการออกกำลังกายที่ไม่ใช่แบบแอโรบิก เช่น การยกน้ำหนัก ไม่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้เพราะทำให้เพิ่มความดันโลหิต

6. ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต โดยพบว่าถ้าลดการดื่มสุราลงไม่เกิน 2 อีกต่อวัน จะทำให้ค่าความดันโลหิตช่วงบน (Systolic Blood Pressure) ลดลง 3.3 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic Blood Pressure) ลดลง 2.0 มิลลิเมตรปรอท (Xue Xin et al., 2001) และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ยาลดความดันโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากในคนที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตได้มากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ให้ไม่เกิน 1 ออนซ์ต่อวันของเอทานอล คือ ดื่มเบียร์ได้ 24 ออนซ์ ดื่มไวน์ได้ 8 ออนซ์ หรือวิสกี้ได้ 2 ออนซ์

7. การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่ และไม่เป็นความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาแก้มด้า (Beta-Blocker) และสูบบุหรี่ บุหรี่จะทำให้ลดประสิทธิภาพของยาที่ใช้ลดความดันโลหิต ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

8. การจัดการกับความเครียด ความเครียดทำให้เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้นได้ ในชีวิตประจำวันบุคคลมีประสบการณ์พบกับความเครียด การเป็นความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทำให้เกิดความเครียดได้ ผู้ป่วยอาจใช้พฤติกรรม การกินการ ดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นทางออกในการจัดการกับความเครียด ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงมากขึ้น การเรียนรู้ทักษะในการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การผ่อนคลาย จะทำให้ลดการตอบสนองต่อฮอร์โมนอีพิเนฟรินในโลหิต (Plasma Norepinephrine) จึงลดความต้องการการใช้ออกซิเจน ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิตและลดอัตราการหายใจ ผู้ป่วยจะสุขสงบมากขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ทำให้การเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกระทำได้ดีขึ้น เพราะถ้าผู้ป่วยมีความเครียด มีความวิตกกังวลมากความสามารถในการเรียนรู้จะลดลง ผู้ป่วยจึงควรฝึกทักษะการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive

Muscle Relaxation) การทำสมาธิ การทำโยคะ และ Biofeedback เป็นต้น

ความหมายของความรู้

พจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ (Webster Dictionary, 1977, p. 531 อ้างถึงใน

อุไรวรรณ บุญสาทิพัทธ์, 2542, หน้า 29) ได้ให้ความหมายความรู้ว่าหมายถึง ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ
สถานที่ บุคคล หรือสิ่งของ ได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์หรือการรายงาน ซึ่งต้องชัดเจนและ
อาศัยเวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็น
พฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนเพียงแต่จำได้ โดยการนึกคิด มองเห็น ซึ่งการจำนี้ไม่ต้องใช้กระบวนการ
ที่สลับซับซ้อนมากนัก

บลูม (Bloom, 1971 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) ได้สรุปว่า
พฤติกรรมของความรู้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งจำแนก
ไว้ 6 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความรู้ (Knowledge) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึงการจำได้หรือระลึกได้
ความรู้แบ่งออกได้ดังนี้

1. ความรู้ในเนื้อเรื่อง หมายถึง การถามเกี่ยวกับเรื่องราวหรือเนื้อหาสาระตามท้องเรื่องนั้น
2. ความรู้ในวิธีดำเนินการ หมายถึง การถามเกี่ยวกับกิจกรรมวิธีดำเนินการเรื่องราว

วิธีประพฤติดิปฏิบัติ

3. ความรู้รวบยอดในเนื้อเรื่อง หมายถึง ความสามารถในการค้นหาหลักการหรือหัวใจ
ของเรื่องราวเพื่อสร้างเป็นทฤษฎีหรือโครงสร้างของเนื้อเรื่อง

ระดับที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehensive) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่า สามารถ
อธิบายแปลความในเรื่องราว เหตุการณ์ต่าง ๆ แยกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การแปลความหมาย หมายถึง ความสามารถแปลสิ่งซึ่งอยู่ในระดับหนึ่งไปสู่อีก
ระดับหนึ่ง ได้แก่ การแปลพฤติกรรมของสิ่งมีชีวิต
2. การตีความหมาย หมายถึง การสรุปผลที่เกิดจากหลาย ๆ การแปลความที่สัมพันธ์กัน
เพื่อให้ได้ความหมายใหม่อีกอย่างหนึ่ง ถ้าแปลความผิดจะตีความผิดไปด้วย
3. การขยายความ หมายถึงการคาดคะเนหรือคาดหวังว่าจะมีสิ่งนั้น เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น
ในอดีตหรืออนาคต โดยอาศัยแนวโน้มที่รู้มาเป็นหลัก

ระดับที่ 3 การนำไปใช้ (Application) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงว่าสามารถนำ
ความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ ๆ และสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้

ระดับที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่สามารถแยกแยะสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้อย่างมีความหมาย และเห็นความสัมพันธ์ของส่วนย่อย ๆ เหล่านั้นได้

ระดับที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการรวบรวมความรู้และข้อมูลต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างมีระบบ เพื่อให้ได้แนวทางใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้

ระดับที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ พฤติกรรมความรู้ที่แสดงถึงความสามารถในการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งของหรือทางเลือกได้อย่างถูกต้อง

โดยสรุป ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ความจำความเข้าใจและนำไปใช้ในเรื่องสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง อาการ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ การไปตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ความหมายของพฤติกรรม

เรียบ ศรีทอง (2542) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การแสดงออกทั้งที่มองเห็นได้ง่ายและมองเห็นได้ยาก มีทั้งกายกรรม วจกรรมและมโนกรรม ลักษณะพฤติกรรมโดยทั่วไปจะมีเป้าหมาย มีความพร้อม มีสถานการณ์ การตีความ การตอบสนอง ผลที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาต่อผลที่เกิดไม่สมความคาดหวัง

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2543) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การกระทำของมนุษย์ทั้งด้านกายกรรม วจกรรม มโนกรรม โดยรู้สำนึกหรือไม่รู้สำนึก ทั้งที่สังเกตได้และไม่อาจสังเกตได้

เฉลิมพล ดันสกุล (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล และกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สามารถสังเกตได้

ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โอเรียม และคณะ (Orem et al., 1995) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

วิกอรี่ (Vickery, 1983 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 117) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยเล็กน้อย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกิจกรรมที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

เลวิน (Levin, 1976 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 117) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่สามัญชนทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติ และการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2543, หน้า 118) ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคล ครอบครัวและชุมชน กระทำเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรก การเฝ้าระวังรักษาตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการจัดการดูแลตนเองในระยะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการดูแลตนเองนั้นเน้นที่ความสามารถของบุคคลในการแสวงหาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุดในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจะต้องรวมกลยุทธ์ วิธีการ และกิจกรรมในการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เรียนรู้ว่าจะดูแลตนเองอย่างไร และเมื่อใดควรแสวงหาความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ซึ่งเชื่อว่าผลที่ได้คือประชาชนเรียนรู้การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองและใช้บริการสุขภาพที่มีอยู่ได้ดีขึ้น ดังนั้นจึงช่วยลดค่าใช้จ่ายด้วย อย่างไรก็ตามแม้เมื่อไปพบเจ้าหน้าที่สุขภาพ ประชาชนก็ยังมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ในการศึกษานี้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติการอย่างมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น

การกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) ของบุคคลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจว่าจะทำอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ มนุษย์เราสามารถจะกระทำตามที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง แม้ว่าการกระทำนั้นจะไม่ก่อให้เกิดความสุข ความเพลิดเพลิน การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กันคือ (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 123)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิดความเข้าใจสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับในแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไรแล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อตนเอง การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่เป็นการกระทำจนเป็นนิสัย และได้รับอิทธิพลจากครอบครัวและจากการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มสังคมนั้น ๆ การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการกระทำ การดูแลตนเองนั้น เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นได้ทันทีหลังการกระทำ

การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่างคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543, หน้า 123)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต และการรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงของโครงสร้าง การทำหน้าที่ และความผาสุกโดยทั่วไปของบุคคล การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การรักษาไว้ซึ่งการได้รับอากาศ อาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ การรักษาไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีต่อชีวิต การทำหน้าที่และความผาสุก และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ โดยให้มีความสอดคล้องกับความสามารถ ข้อจำกัด และความต้องการของบุคคลนั้น

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะหรือช่วงวัยของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของชีวิต หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ 1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา 2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาบาปบาง อารมณ์หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา มีปัญหาการปรับตัวในสังคม ความเจ็บป่วย ความพิการ

การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และความตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือตามภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกาย ตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้

3.1 เสาะแสวงหาความช่วยเหลือของบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย เมื่อบุคคลอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับตัวกระทบทางด้านร่างกาย ชีววิทยา หรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกาย จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ความผิดปกติหรือเกิดโรครุนแรง

3.2 รับรู้และใส่ใจในพยาธิสภาพและผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรง ควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ แก้อาการหรือความผิดปกติ หรือชะลอความพิการที่เกิดขึ้น

3.4 รับรู้และสนใจหรือควบคุมสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับทัศนคติ (Self-Concept) ให้เหมาะสมโดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาเฉพาะอย่าง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา โดยการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

3.6 เรียนรู้ ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือตามภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลตนเองตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะต้องมีการผสมผสานการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน

จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่ง โอเร็ม และคณะ (Orem et al., 1995) กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นสิ่งที่ซับซ้อนและเป็นคุณสมบัติหรือลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับคือ (Orem et al., 1995)

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions) ได้แก่ 1) ภาวะและปัจจัยพื้นฐาน เช่น กลุ่มสังคม ประสบการณ์ เป็นต้น 2) ความสามารถขั้นพื้นฐาน เช่น การเรียนรู้ การควบคุมการเคลื่อนไหวและท่าทางของร่างกาย เป็นต้น 3) ความสามารถในการรู้และกระทำ เช่น การอ่าน การเขียน การพูด การใช้เหตุผล การลงมือกระทำด้วยตนเอง เป็นต้น 4) คุณสมบัติของบุคคลที่มีผลต่อการกำหนดเป้าหมาย เช่น ความเข้าใจตนเอง ความตระหนักในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น และ 5) ความสามารถและคุณสมบัติด้านอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น สุขภาพ เศรษฐกิจ และความสามารถที่เกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานเหล่านี้จะ ไม่สามารถ พัฒนาความสามารถตอบสนองความต้องการต่อความต้องการการดูแลตนเองได้

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power Components) เป็นความสามารถที่เกี่ยวพัน สำหรับดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการนี้เป็นตัวกลางการเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ของมนุษย์และเป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำอย่างจงใจ ประเมินได้จากสมรรถนะของ ร่างกาย การคิดการตัดสินใจและสภาวะทางจิต รวม 10 ประการ ได้แก่ 1) ความสนใจและเข้าใจใน ตนเอง 2) ความสามารถในการควบคุมพลังงานของร่างกาย 3) ความสามารถในการควบคุม การเคลื่อนไหวร่างกาย 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำ การดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติในสิ่งที่ได้ตัดสินใจ 7) ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ 8) ทักษะในการใช้ กระบวนการทางความคิด สติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อสื่อสาร และการสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 9) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) ความสามารถ ที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งใน แบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations) ได้แก่ 1) การคาดการณ์ (Estimative) หรือการตรวจสอบ และประเมินเกี่ยวกับ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองตลอดจนผลที่ได้รับ 2) การปรับเปลี่ยน (Transition) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรจะทำหรือไม่ควรกระทำ และ 3) การลงมือปฏิบัติกิจกรรม (Productive Operation) เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำ กิจกรรมต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย

การเข้าใจถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยให้พยาบาลมีเหตุผล มีการสังเกตและพิจารณาความสามารถของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะช่วยเหลือโดยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง ต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยได้ข้อมูลอย่างเพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยในการตัดสินใจ การเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะก่อให้เกิดผลต่อตนเองและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระบบการพยาบาล (Nursing System)

ระบบการพยาบาล (Nursing System) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับแก้ไขความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เพื่อให้การกำหนดกิจกรรมเป็นไปอย่างเหมาะสม โอเร็ม (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้แบ่งการพยาบาลไว้ 3 แบบดังนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) พยาบาลเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ซึ่งจะทำในผู้ป่วยที่ไม่รู้สติ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากมีข้อจำกัดบางประการ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เนื่องจากไม่กล้าตัดสินใจหรือไม่ทราบวิธี แต่สามารถปฏิบัติได้ถ้าได้รับคำแนะนำหรือการสอน
2. ระบบทดแทนบางส่วน (Party Compensatory Nursing System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันทำกิจกรรม การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยและพยาบาลต้องตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการดูแลที่จำเป็นซึ่งเกิดจากปัญหาทางสุขภาพ เพราะสาเหตุดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ผู้ป่วยขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง
3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยได้รับการสอน การแนะนำ สนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ส่วนพยาบาลนอกจากการสอน การให้คำแนะนำยังต้องคอยกระตุ้น และให้กำลังใจให้ผู้ป่วย

คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง

การสอน เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับการพัฒนาความรู้ หรือทักษะ บางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนต้องยึดหลักต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติ ซึ่งในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ มีการประเมินโดยการไต่ถามผู้ป่วยในการเรียนรู้ การปรับพฤติกรรม ให้คำชม กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นเพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

การชี้แนะ การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่นสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำจากพยาบาล ซึ่งการชี้แนะส่วนใหญ่จะใช้ร่วมกับการสนับสนุน

การสนับสนุน เป็นกลวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด หรือกิริยาท่าทางของพยาบาลเช่น วิจารณ์ชม สัมผัส ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและอารมณ์และแรงจูงใจ เช่น การพุดกระตุ้นให้กำลังใจ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ ต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสปฏิบัติสัมพันธ์ติดต่อกับตนเองและบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำ สนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การสอน เป็นต้น

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาใช้ในการศึกษารั้วนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรจะได้มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ อสม. มีหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยให้การดูแลทดแทนบางส่วน ให้การสนับสนุนให้ความรู้ สอนผู้ป่วยให้มีความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงได้แก่การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การไป

ตรวจสอบตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สนับสนุนในด้านคำพูด กิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ชี้แนะ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและค่าความดันโลหิต

เพศ เพศเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเอง เพื่อดึงไว้ซึ่งหน้าที่และสวัสดิภาพของบุคคล (Orem, 1991 อ้างถึงใน ธิติมาส หอมเทศ และนางนุช เพ็ชรร่วง, 2544) จากการศึกษาของ ลูบเบน, ไวเลอร์ และชาย (Lubben, Weiler, & Chi I, 1989 อ้างถึงใน ธิติมาส หอมเทศ และนางนุช เพ็ชรร่วง, 2544) ที่ศึกษาการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรม การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ น้อยกว่าเพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรมและสังสรรค์กับเพื่อนฝูงและสังคม มากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการนอนหลับกลางคืน การศึกษาของ ไนมี และคณะ

(Neimi et al., 1988 อ้างถึงใน ธิติมาส หอมเทศ และนางนุช เพ็ชรร่วง, 2544) พบเช่นกันว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

เพศมีผลต่อสติปัญญา โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่า ผู้หญิงเพศยังมีผลต่อสติปัญญา โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าผู้หญิง (สินีนานู อนุสกุล, 2544)

เพศมีผลต่อความดันโลหิตสูง โดยพบว่าเพศชายจะมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูง มากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่าเพศหญิงจนกระทั่งอายุ 60 ปีขึ้นไป (Beare & Myers, 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

อายุ อายุมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลโดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1985 อ้างถึงใน นันทพร พิษะยะ, 2546) อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (รังสรรค์ วรวงศ์ และคณะ, 2542) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ช่วงอายุที่แตกต่างกันจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 40-60 ปีซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ในวัยนี้ยังรับผิดชอบหน้าที่การงาน ยังสามารถดำรง

กิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมอยู่ สามารถที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้และในวัยนี้ยังคงมีความสนใจและต้องการเรียนรู้อยู่ ส่วนผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี โดยทั่วไปยังเป็นคนที่แข็งแรงยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัวได้ สามารถเรียนรู้การดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Hoffman et al., 1988 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538)

อายุมีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนการสอน บุคคลที่มีวัยต่างกันจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน เมื่ออายุมากขึ้นความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้ยิ่งอายุมากขึ้นทำให้มีข้อจำกัดในการเรียนรู้เช่น ความเสื่อมของสายตา ทำให้ความสามารถในการอ่านเอกสารการสอนลดลง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) นอกจากนี้ผู้ที่อายุมากขึ้นมักจะจำข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันไม่ค่อยได้ (Hogstel, 1981 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ส่วนในวัยผู้ใหญ่เน้นพบว่าการสอนในวัยผู้ใหญ่ทุกระดับอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้เท่าเทียมกัน (Nelson, 1979 อ้างถึงใน ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด, 2540)

อายุมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต ในผู้สูงอายุมีการแข็งตัวของหลอดเลือดจากกระบวนการเสื่อม หรือมีความดันโลหิตสูงจากการเจ็บป่วย (Beare & Myers, 1990 อ้างถึงใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2541)

ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะทัศนคติต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (ธิดิมาศ หอมเทศ และนงนุช เพ็ชรร่วง, 2544) ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ การเรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และยังพบว่าระดับการศึกษาสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (จิราภา หงษ์ตระกูล, 2532)

รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวถือเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และเป็นปัจจัยสำคัญในความสามารถดูแลตนเอง (ธิดิมาศ หอมเทศ และนงนุช เพ็ชรร่วง, 2544) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง (ธิดิมาศ หอมเทศ และนงนุช เพ็ชรร่วง, 2544) และจากการศึกษาของ สุนันทา ภูเกื้อยะ (2524) พบว่า ผู้ป่วยที่เศรษฐกิจสูงจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีระดับต่ำ และพบว่าผู้ที่มีปัญหาทางการเงินจะขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง (ยุคลธร จิรพงศ์พิทักษ์, 2542) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองเพราะ โดยธรรมชาติของมนุษย์ต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ผู้ที่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลานานผู้ป่วยจะเกิดการปรับตัวกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้การดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีลดลง หรือในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระยะแรก อาจไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีดังนั้นผู้ป่วยก็จะไม่แสวงหาหรือไม่มีการดูแลตนเองเพื่อให้การควบคุมโรคดีขึ้น และพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยพบว่าผู้ที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปีจะรายงานการปฏิบัติกิจกรรมได้ดีกว่าผู้ที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี (Glasgow et al., 1987 อ้างถึงใน น้อมจิตร สกฤษณ์, 2535) จากการศึกษาของ วิลโลธน์ อันนิม (2545) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

ยาที่ได้รับ สาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากขนาดยาไม่พอ ยาที่ให้ร่วมกันไม่เหมาะสม ได้รับยาอื่นที่ต้านฤทธิ์ยาลดความดัน (จารุภา เลหาพจนารอด, 2544)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่เพศ มีทั้งความสัมพันธ์และ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเอง อายุมีทั้งความสัมพันธ์และ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเอง และอายุมีผลต่อความรู้ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อความรู้และการดูแลตนเอง แต่ในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการความรู้และการดูแลตนเอง ระยะเวลาในการเป็นโรคมียังสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเอา เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการเจ็บป่วย มาเป็นตัวแปรควบคุมเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันให้อยู่ในระดับที่ปกติ ควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถเผชิญชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตได้ มีแนวทางการดูแลตนเองดังต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร อาหารมีความสำคัญอย่างมากในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ควบคุมประกอบด้วย

1.1 อาหารโซเดียมมาก การจำกัดปริมาณโซเดียมมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วย การกำหนดปริมาณโซเดียมที่รับประทาน ให้น้อยกว่า 2.4 กรัมต่อวัน หรือเกลือแกง 6 กรัมต่อวัน (JNC VII, 2003; WHO-ISH, 1999 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2542) อาหารที่รับประทานประจำวันโดยทั่วไปมีปริมาณเกลือ 10-20 กรัม (เกลือ 1 กรัม มีโซเดียม 17.1 mEq. และเกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 MEq.) และพบว่าสองในสามเป็นเกลือ ในอาหารตามธรรมชาติ ส่วนหนึ่งในสามเป็นเกลือที่เพิ่มขึ้นจากการปรุงอาหาร (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2542)

1.1.1 อาหารที่มีปริมาณโซเดียมมากได้แก่

1.1.1.1 อาหารที่ใช้เกลือเป็นเครื่องปรุงรส เช่น ซอสชนิดต่าง ๆ ทั้งที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา น้ำซีอิ๊ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยว หรือซอสที่มีหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ซอสจิ้มอาหารทอด น้ำบ๊วย น้ำบูดู น้ำพริก ขนมหอมเคี้ยวที่มีรสเค็ม ขนมน้ำกะทิใส่เกลือ อาหารประเภทยำต่างๆ

1.1.1.2 อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหารได้แก่

- 1) อาหารตากแห้ง เช่น กุ้งแห้ง ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หมูหวาน หมูแผ่น หมูหยอง กุนเชียง เนื้อ หรือหมูสวรรค์ ข้าวเกรียบ เป็นต้น
- 2) อาหารหมักดอง เช่น แหนม ส้มผัก กะปิ เต้าหู้ยี้ หน่อกล้วย ปลา ร้า ไส้ปลา หัวไชโป๊ หน่อไม้ดอง ผักกาดดอง ไข่เค็ม ไข่เยี่ยวม้า
- 3) อาหารปรุงรสต่าง ๆ เช่น ไส้กรอก หมูยอ
- 4) ผลไม้แช่อิ่มต่าง ๆ เช่น มะขาม มะดัน มะม่วง เป็นต้น ซึ่งจะต้องแช่เกลือก่อนแช่น้ำตาล
- 5) ผลไม้ดองต่าง ๆ เช่น มะยม ฝรั่ง เป็นต้น
- 6) อาหารสำเร็จรูปที่ทำเป็นผง เช่น โจ๊ก ข้าวต้มบรรจุซอง ชุบก้อน เครื่องแกงสำเร็จ บะหมี่สำเร็จรูป
- 7) อาหารบรรจุขวดหรือกระป๋อง

1.1.2 สารเคมีในการปรุงรส สำหรับอาหารที่มีองค์ประกอบของโซเดียม นั้น มีโซเดียมเฉพาะเกลือแกงที่เห็นได้ชัดเจน แต่ยังมีในอาหารอื่น ๆ ได้แก่ ผงชูรส ผงฟูเล็กหรือดุกกี้ สารใส่ไอศกรีมให้เหนียว ผงกันบูด ผงฟูเล็กหรือดุกกี้ ซึ่งใส่เนยแข็ง อาหารกระป๋อง น้ำอัดลม ผลไม้แห้ง สารกันเชื้อราในขนมปัง และสารใส่ผลไม้กระป๋องให้มีสีเป็นธรรมชาติ เป็นต้น

1.1.3 อาหารที่มีโซเดียมมากโดยธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นำนม น้ามะเขือเทศ อาหารทะเล ปลาและผักบางชนิด เช่น คื่นช่าย ผักโขม คื่นห่าน หัวผักกาดขาว

1.2 อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก อาหารที่มีน้ำตาล และไขมันมากเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูงนี้ เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้หลอดเลือดขรุขระและตีบได้ง่าย เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติควรควบคุมอาหารต่อไปนี้

1.2.1 เนื้อสัตว์ติดมันหรือติดหนัง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น เป็ดหรือห่านพะโล้ เป็ดย่าง หนังหมู หนังไก่ทอด และอาหารทอด หรือผัดที่มีน้ำมันมาก เช่น ปาท่องโก๋ ทอดมัน ไข่เจียว ข้าวเกรียบ เป็นต้น

1.2.2 อาหารที่มีโคเรสเตอรอลมาก เช่น ไข่เจียว โดยเฉพาะไข่แดง เนย หอยนางรม เครื่องในสัตว์ (ตับ สมอ) กุ้ง ปลาซาติน เนื้อวัว เนื้อหมู ออกไก่ น้ำมันหมู เป็นต้น

1.2.3 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ ไวน์

1.2.4 อาหารที่ทำจากมะพร้าวหรือกะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมใส่กะทิ ขนมกวน น้ำมันปาล์ม เป็นต้น

สรุป ในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบซึ่งได้แก่อาหารที่มีเกลือในการปรุงรส ใช้เกลือในการดองอาหาร หรืออาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ อาหารที่มีกะทิหรือมะพร้าวเป็นส่วนประกอบ หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด หรือผัด ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหารมากขึ้น

2. มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ การปั่นจักรยาน รำมวยจีน การบริหาร เป็นต้น ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งนานพอสมควร 20-30 นาที และควรทำให้ได้ 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (เรืองศักดิ์ สิริผล, 2542) การออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานภายในหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง และควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้านวัตถุ จะมีผลให้มีแรงต้านในหลอดเลือดสูงขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แต่ถ้ามีอาการเหล่านี้ เช่น ไข้ หรือฟืนไข้ในระยะแรก ๆ มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการปวดหรืออักเสบของร่างกาย ปวดแน่นหรือเจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือหัวใจเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยเล็กน้อยขณะพัก ปวดศีรษะ หรือมีมึนงง ความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ควรงดออกกำลังกาย (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2542) ส่วนการออกกำลังกายที่ควรหลีกเลี่ยงคือการออกกำลังกายที่ไม่ใช่แบบแอโรบิก (Anaerobic Exercise) หรือแบบ Isometric เช่น การยกน้ำหนักไม่แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีนี้เพราะทำให้เพิ่มความดันโลหิต (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

3. การควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะต้องมีการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และควบคุมปริมาณแคลอรีในอาหารที่รับประทานให้เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน โดยผู้ป่วยจะต้องไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ ลดอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบอย่างมาก เช่น ผลไม้ที่หวานมาก ไอศกรีม ขนมหวาน ลดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูงเช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด เป็นต้น ควรรับประทานอาหารเช้าๆ กล้วยให้ละเอียด จะช่วยให้รับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องทราบถึงน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อนำมาหาค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

$$\text{ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ความสูง (เมตร)}^2}$$

ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ เมตร² คือน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ (Underweight)
ดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กิโลกรัม/ เมตร² คือน้ำหนักตัวปกติ (Ideal Range) และดัชนีมวลกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/ เมตร² คือน้ำหนักมากกว่าปกติ (Overweight) (คณะกรรมการจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย, 2541)

4. มีการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การนอนหลับ ควรมีการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และถ้านอนไม่หลับในช่วงเวลากลางคืนควรมีการนอนในช่วงเวลากลางวัน นอกจากนี้ควรได้มีกิจกรรมอื่นเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินด้วย เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

5. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความดันโลหิตสูง ได้แก่ การดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ การสูบบุหรี่ หรือการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่สูบบุหรี่ ตลอดจนการลดและ/ หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

6. การรับประทานยา การรับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ลืมหรือละเลยการรับประทานยา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง รวมทั้งไม่หยุดรับประทานยาเองเมื่อเกิดความรู้สึกสบายจากผลข้างเคียงของยาหรือไม่มีอาการผิดปกติ หรือระดับความดันโลหิตอยู่ในภาวะปกติ หากมีอาการผิดปกติอันเนื่องมาจากการใช้ยา ควรมีการปรึกษาแพทย์เพื่อจะได้การปรับปรุงแก้ไขต่อไป สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาอื่น นอกเหนือจากยาควบคุมความดันโลหิต ควรปรึกษาแพทย์เพื่อป้องกันการมีปฏิกิริยาต่อกันของยา โดยยาอาจจะเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กันได้

7. ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของโรค และประเมินผลการรักษาอันจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป หรือการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดหรือเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว แขนขาอ่อนแรง ใจสั่น เป็นต้น ก่อนถึงวันนัด ควรมารับการตรวจรักษาทันที

8. สังเกตอาการผิดปกติของโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีอาการที่บ่งบอกถึงภาวะความดันโลหิตที่สูงขึ้น แต่อาการที่พบในโรคนี้ ได้แก่ อาการมึนหรือเวียนศีรษะ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะในช่วงหลังตื่นนอน อ่อนเพลีย เลือดกำเดาไหล เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2542) นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนของโรคด้วย เช่น มีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชีพ สับสน ชัก แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น เป็นอาการที่พบได้ในโรคหลอดเลือดสมองที่อาจเป็นหลอดเลือดเลี้ยงสมองแตกหรืออุดตัน อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย บวมบริเวณส่วนปลาย เป็นต้น เป็นอาการที่พบได้จากการมีพยาธิสภาพที่หัวใจ (ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคหัวใจวาย) อาการปัสสาวะออกน้อย บวมทั่วร่างกาย ชีพ หายใจหอบลึก เป็นต้น เป็นอาการที่พบได้จากการมีพยาธิสภาพที่ไตหรือไตวาย และอาจพบอาการตาพร่ามัวมากกว่าปกติอันเนื่องมาจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาของ โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จะต้องมีการรับรู้และสนใจความไม่สุขสบาย อันเกิดจากโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวจะต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาและคำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารและเครื่องดื่มถูกต้องร้อยละ 56.1 (อาภาพร เค้าวัฒนา, 2537) และพบว่าผู้ป่วยใช้น้ำมันพืชและน้ำมันหมูในการปรุงอาหาร รับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ และผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าทุกวันและดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำปลาในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ (วารัตน์ เหล่านภากุล, 2546) ผู้ป่วยมีการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร ร้อยละ 87.5 (ไพรวลัย นรสิงห์, 2546) ส่วนในด้านการออกกำลังกายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม (วารัตน์ เหล่านภากุล, 2546; อาภาพร เค้าวัฒนา, 2537; ไพรวลัย นรสิงห์, 2546) ซึ่งสาเหตุของการไม่ออกกำลังกายเนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว นอกจากนี้ถ้าจะออกกำลังกายก็มีเงื่อนไขที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ การประเมินว่าตนเองไม่มีเวลาสำหรับออกกำลังกาย ไม่มีสถานที่ ไม่มีเพื่อน หลังการออกกำลังกายเสร็จแล้วจะอ่อนเพลียและง่วงนอนมีผลกระทบต่อการทำงาน (อรสา พันธภักดี, 2542) ในด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลาย

ความเครียดพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้องร้อยละ 21.7 (อาภาพร เหม่วพัฒนา, 2537) และจากการศึกษาของ วรารัตน์ เหล่านภากุล (2546) พบว่าเมื่อผู้ป่วยรู้สึกโกรธ หงุดหงิดผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอยู่เฉยๆ ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด ในด้านการรับประทานยาพบว่าการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง (Weststone & Reid, 1991 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบจำนวน รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยาและเมื่อลืมรับประทานยาจะปฏิบัติโดยข้ามยามื้อนั้นไป (วรารัตน์ เหล่านภากุล, 2546; อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา (ศุภศิลป์ วิสุทธิ, 2539; Gallup & Cotugno, 1986 อ้างถึงใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) และเมื่อผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดใหม่ ผู้ป่วยจะไม่กล้าถามถึงการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา (จิตติมาศ หอมเทศ และนางนุช เพ็ชรรวง, 2544) ในด้านการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ พบว่าผู้ป่วยมีการดื่มสุราเป็นบางครั้งคราว ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์มากกว่าครึ่งแก้วต่อครั้ง การสูบบุหรี่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชายยังมีการสูบบุหรี่หรือยาเส้นอยู่ (วรารัตน์ เหล่านภากุล, 2546)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดและยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้แก่ โรคอัมพาต โรคไตวาย ตาบอด โรคหัวใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้ แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลภายใต้บริบท วิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การดูแลสุขภาพที่บ้านจะเกิดคุณภาพที่ดีต้องอาศัยการดูแลที่ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยที่พยาบาลเป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการประสานการดูแล ร่วมกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ในกรณีที่พบปัญหาที่เกินขอบเขตของพยาบาล แต่ไม่มีการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เป็นการติดตามเยี่ยมร่วมกันของทีมสุขภาพหลัก ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล และ อสม. และทีมสุขภาพรองซึ่งประกอบด้วยแพทย์ และเภสัชกร ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพหลักที่ประกอบด้วย พยาบาล และ อสม. และทีมสุขภาพรองซึ่งประกอบด้วยแพทย์ และเภสัชกร โดยในการดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งนี้ นอกจากใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้วยังใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น