

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานในการวิจัย โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดโรคความดันโลหิตสูง
2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้แนวทางของ JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและนำมาสรุปเพื่อทำเป็นแนวทาง ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ใช้คำจำกัดความและแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของ (JNC 7, 2003) ดังนี้

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และการวินิจฉัยให้แน่นอนจำเป็นต้องมาตรวจให้ชัดเจน 2 ช่วงห่างกันช่วงละ 4 สัปดาห์ ในแต่ละช่วงต้องทำการวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที

โดยการศึกษาครั้งนี้ จะใช้ค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และวัด 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที เป็นเกณฑ์บ่งชี้ถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์จำแนกระยะ ของโรคความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ของ JNC 7 แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (JNC 7, 2003)

Staging 1 คือ ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท

Staging 2 คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท

ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีภาวะ Atherosclerosis โดยพบในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 55 ปี และผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ที่มีโรคอ้วน ผู้ที่มี Microalbuminuria และผู้ป่วยที่เป็นโรค Chronic Kidney Disease

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

อาการของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ ต่อเมื่อไม่ได้รับการรักษา จะปรากฏอาการ ซึ่งมีอาการดังนี้ มีอาการปวดศีรษะท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน มักเป็นอาการเมื่อตื่นนอนช่วงเช้า และอาการทูเล่ไปช่วงสาย มีอาการปวดศีรษะตื้อๆ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัว หรือมีเลือดกำเดาไหล เมื่ออาการของโรคมีระยะเวลานานขึ้นและไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาอัมพาต (สุรเกียรติ์ อารามภาพ, 2543)

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จำเป็นที่ต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิต หากรักษาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจะทำให้อาการของโรครุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้อวัยวะสำคัญต่างๆ ถูกทำลาย เช่น เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง หลอดเลือดตีบตัน หรือแตก เกิดความผิดปกติของระบบประสาท การรับรู้ความทรงจำลดลง และอาจรุนแรงเสียชีวิตได้ การทำงานของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตได้ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตมีผนังภายในที่หนา แข็ง รูหลอดเลือดตีบ ทำให้อัตราการกรองของเสียของไตลดลง แล้วไตเสื่อมสภาพ ทำให้ไตวายได้ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาตีบลง ทำให้มีการบวมของจอภาพนัยน์ตา ทำให้การมองเห็นลดลง และมีโอกาสตาบอดได้ หลอดเลือดในร่างกายแรงด้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาตัวหลอดเลือดแดงแข็งตัว (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; Hickey, 2003)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (JNC 7, 2003)

JNC 7 แนะนำให้ใช้ยาลดความดันโลหิตตามข้อบ่งชี้ หากมีลักษณะทางคลินิก ดังนี้ หัวใจวาย ภาวะหัวใจขาดเลือด กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และกลุ่มที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคเส้นเลือดในสมองแตก โดยการใช้ยาลดความดันโลหิตแบ่งตามระดับความดันโลหิต ดังนี้

ความดันโลหิตสูงระดับ 1 คือ ระดับความดันโลหิตระหว่าง 140-159 หรือ 90-99 มม.ปรอท ให้เลือกใช้ยากกลุ่ม Thiazide เป็นส่วนใหญ่

ความดันโลหิตสูงระดับ 2 คือ ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 หรือ 100 มม.ปรอท ให้ใช้ยาร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม Thiazide Base

หลักปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และการรักษาด้วยยา (JNC 7, 2003) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติเริ่มจากแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Life Style Modifications) ได้แก่ การลดน้ำหนัก การวางแผนรับประทานอาหาร การลดปริมาณเกลือโซเดียม การออกกำลังกาย และการลดปริมาณแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (สรัญญา พิจารณ์, 2547) และเน้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ไต หลอดเลือด และตา โดยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตมีเป้าหมายการรักษา คือ ควบคุมให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยทั่วไปต้องน้อยกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยต้องน้อยกว่า 130/ 80 มิลลิเมตรปรอท หากผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ตรงกับเป้าหมายการรักษาได้ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ต่อไป ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย แบ่งเป็น

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 คือ ความดันโลหิตตัวบน เท่ากับ 140-159 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง เท่ากับ 90-99 มม.ปรอท ให้การรักษาด้วยยากกลุ่ม Thiazide, Diuretic หรือยากกลุ่มอื่น
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 คือ ความดันโลหิตตัวบน เท่ากับหรือมากกว่า 160 มม.ปรอท และความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่าเท่ากับ 100 มม.ปรอท ให้การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่า 2 กลุ่มร่วมกัน โดยใช้ยาในกลุ่ม Thiazide Base

ตารางที่ 1 แนวทางการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย

ลักษณะทางคลินิก	กลุ่มยาที่เหมาะสม					
	Diuretic	Beta Blocker	ACEI	ARB	CCB	Aldosterone Antagonist
1. หัวใจวาย (HF)	+	++	+	+		+
2. ภาวะหัวใจขาดเลือด (Post MI)		+	+			+
3. กลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ (High Risk for CAD)	+	+	+		+	
4. โรคเบาหวาน (DM)	+	+	+	+	+	
5. โรคไตวายเรื้อรัง (CKD)			+	+		
6. กลุ่มที่ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคเส้นเลือดในสมองแตก (Recurrent Stroke Prevention)	+		+			

ซึ่งยาที่ใช้ลดความดันโลหิต เป็นยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบต้า ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของระบบแองจิโอเทนซิน ยาต้านแคลเซียม ยาต้านแอลฟา ยาที่ออกฤทธิ์จับกับแองจิโอเทนซินรีเซพเตอร์ และยายายหลอดเลือด หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย ให้พิจารณาว่าเกิดจากสาเหตุใด และหากต้องใช้ยามากกว่า 3 ตัวในการควบคุมความดันโลหิต ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของตนให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกายได้ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ เช่น เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (สมชาติ โสจายะ และอรรณ สุวจิตตานนท์, 2536) ผลกระทบด้าน ส่วนผลกระทบทางสังคม เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ทำให้จิตใจ พบว่าจากการเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (จตุพร ร่างใหญ่, 2551) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวและรู้สึกตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว การเข้าสังคมและกระทบต่อการทำงานตามมา (อรพิน ภายโรจน์, 2542) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานและเข้าสังคมได้ตามปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรม ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำเมื่อมาติดตามการรักษา และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น (ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2540)

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายมากมาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Harris and Guten (1979 อ้างถึงใน สุนันทา พานทอง, 2547) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ส่งเสริมหรือคงไว้ภาวะสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันมี 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือ ขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรค
2. การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นตอนที่เริ่มมีอาการของโรค ในระยะนี้ทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวลง
3. การป้องกันระดับสาม (Tertiary Prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้อาการการทำงานที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้

Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ปฏิบัติแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ โดยพฤติกรรมส่งเสริมจะช่วยให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และพฤติกรรมป้องกันโรคช่วยลดการเกิดโรค

Pender (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อความผาสุกของชีวิตและคงไว้ หรือยกระดับ ภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งความมีคุณค่าในตนเองด้วย

Rimer and Lewis (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นภายนอก และภายในได้ สามารถบอกและวัดได้ เป็นคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ คุณค่า เอกลักษณะประจำตัว รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เพื่อสุขภาพดี

สุชาติ โสมประยูร (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเป็นประจำและสม่ำเสมอในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การป้องกัน ภาวะเสี่ยงต่อโรค การป้องกันไม่ให้อาการเลวลง และฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดภาวะแทรกซ้อน

ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้ โดยมียุทธศาสตร์มาจากสังคม
สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล

พฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม
กับโรคร่วมกันไป ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคเป็นวิธีที่นิยมกัน
มากที่สุดในปัจจุบัน เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยเสริมให้การรักษาดูแลเป็นไป
อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุม
ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้
มี 5 ด้านดังนี้ (JNC 7, 2003)

1. การควบคุมและลดน้ำหนักตัว (Weight Reduction) น้ำหนักตัวที่ลดลงจะมีผลต่อ
ความดันโลหิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน โดยควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ซึ่งจะทำให้
ความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท ดอนน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม
2. การวางแผนรับประทานอาหาร (DASH Eating Plan) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ควรวางแผนรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ ควบคุมอาหารประเภท
ไขมัน ลดอาหารประเภทเกลือ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท
3. การควบคุมหรือลดอาหารรสเค็ม (Sodium Reduction) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ควรควบคุมอาหารรสเค็มเพราะอาหารรสเค็มจะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งในคนปกติและ
ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยลดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน ซึ่งจะทำให้
ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท
4. การออกกำลังกาย (Physical Activity) เช่น การเดินแอโรบิก การเดินเร็วประมาณ
30 นาที มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง
4-9 มิลลิเมตรปรอท
5. การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณแอลกอฮอล์ (Moderate Alcohol
Consumption) แอลกอฮอล์จะให้พลังงานแก่ร่างกาย จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และมีให้ผู้ป่วย
ไม่ตอบสนองต่อยารักษาความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพื่อ
ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต โดยปริมาณแอลกอฮอล์ที่รับประทานได้ คือ เบียร์ 820 มิลลิลิตร
ไวน์ 300 มิลลิลิตร และวิสกี้ 90 มิลลิลิตร ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท
รวมถึงการไม่สูบบุหรี่ พยายามทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เข้าใจสภาพแวดล้อมและทำจิตใจให้สงบ
เช่น นั่งสมาธิ เป็นต้น แต่ไม่จำเป็นต้องจำกัดน้ำกวนกรณีที่มีหัวใจวายร่วมด้วย

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ด้าน (JNC 7, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรม คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนี้

1. การรับประทานยา ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรมีพฤติกรรมในการรับประทานยา โดยรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาในปริมาณและเวลาที่เหมาะสม ไม่ควรหยุดยา เพิ่มยา ลดยา หรือลืมรับประทานยา หากมีอาการผิดปกติควรปรึกษาแพทย์หรือผู้รักษา ไม่หยุดยาหรือซื้อยารับประทานเอง เมื่อจำเป็นต้องรักษาโรคอื่น ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับการได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันการได้รับยาที่เสริมฤทธิ์ยาลดความดันโลหิตได้ ควรเคลื่อนไหวช้า ๆ และหลีกเลี่ยงการยืนนาน ๆ โดยเฉพาะ 1-2 ชั่วโมง หลังรับประทานยาระมัดระวังอุบัติเหตุหลังรับประทานยา เพราะอาจมีอาการง่วงซึมได้ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ขณะรับประทานยาลดความดันโลหิต อาจเกิดปฏิกิริยาต่อยาได้ และเมื่อเจ็บป่วยไม่ควรซื้อยา รับประทานเอง เพราะอาจได้รับยาที่มีผลต่อยาลดความดันโลหิตได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

2. การควบคุมอาหาร มีหลักการควบคุมอาหารตามแนวทางของ (JNC 7, 2003) ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีผลต่อการลดความดันโลหิต ประกอบด้วยอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ ในปริมาณมากขึ้น ลดปริมาณเนื้อสัตว์ ลดอาหารเค็ม จำกัดปริมาณเกลือแร่ในอาหาร และหากลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารลงน้อยกว่า 6 กรัมต่อวัน จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท ปัจจุบันมีการศึกษานับสนับสนุนชัดเจนว่าการลดปริมาณเกลือโซเดียมในอาหารที่รับประทาน จะสามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรปฏิบัติ ดังนี้ จำกัดปริมาณเกลือในอาหารให้ไม่เกิน 1 ช้อนชาของเกลือแกงต่อวัน ไม่เค็ม น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือเกลือแกงลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือในการถนอมอาหาร หรืออาหารที่มีเกลืออยู่ในธรรมชาติ เช่น ไข่ นม อาหารทะเลต่าง ๆ หรืออาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและปรุงด้วยน้ำมัน ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรือมีแป้งและน้ำตาลมาก และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ และผลไม้ เนื่องจากอาหารที่มีผักผลไม้ที่มีกากใยและอาหารไขมันต่ำ สามารถลดระดับความดันโลหิตได้

3. การตรวจตามนัด ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรตรวจตามนัด และให้ความร่วมมือในการรักษา จึงจะทำให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา โดยผู้ป่วยควรตรวจตามนัดทุกครั้ง

และหากมีอาการผิดปกติควรมาพบแพทย์ก่อนนัด (สรัญญา พิจารณ์, 2547)

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความหนักเบาในระดับต่ำถึงปานกลาง และควรใช้ระยะเวลาออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (World Health Organization-International Society of Hypertension, 1999) ได้แก่ การเดินแอโรบิก การเดินเร็วประมาณ 30 นาที มีผลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC 7, 2003) และควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงเกร็งหรือต้าน เช่น การยก แบก ลาก หรือ ดึงของหนัก เพราะจะทำให้หลอดเลือดหดตัวและหัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

5. การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการป้องกันความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด (รัตนธนา อินฏ, 2545) เช่น การทำจิตใจให้สงบ ควบคุมอารมณ์ ระวังความโกรธ การนั่งสมาธิ สวดมนต์ และการฝึกหายใจ โดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควรปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสถานะที่เหมาะสม สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ มี 5 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

แนวคิดสำคัญของระบบครอบครัวประกอบด้วย ความเป็นองค์รวม มีผลกระทบซึ่งกันและกัน มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย มีชั้นของระบบ เป็นทั้งระบบเปิด ระบบปิด มีขอบเขตครอบครัว มีการปรับตัวของครอบครัว มีระบบย่อยครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบัน พื้นฐานทางสังคมที่เล็กที่สุดและเป็นบริบทและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ความผาสุก การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคล เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวได้และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และระบบครอบครัวยังสามารถ

ส่งผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยเช่นกัน (Wright & Leahey, 2009) การดูแลสุขภาพตนเอง มีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วน ของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่ง สามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเพิ่มขึ้น ครอบครัวอาจเป็นระบบเปิด และระบบปิด หรือระบบอิสระ ขึ้นกับความเชื่อของแต่ละครอบครัว ในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว ครอบครัวควรมีลักษณะ ดังนี้ มีระบบเปิดทางสังคมและ วัฒนธรรม มีความเป็นพลวัตร มีขอบเขต มีการสื่อสาร มีการจัดระบบภายใน มีข้อตกลงร่วมกันหรือ ข้อปฏิบัติ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545; Friedman, Bowden, & Jones, 2003) โครงสร้างครอบครัว ประกอบด้วยโครงสร้างบทบาท หน้าที่ การสื่อสาร อำนาจ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม และ จิตวิญญาณ โดยบทบาทเป็นชุดของพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกตามสถานภาพหรือตำแหน่ง ในสังคม โดยที่พฤติกรรมนั้น ๆ ถูกกำหนดตามประเพณี วัฒนธรรม บรรทัดฐาน และความคาดหวัง ของสังคม บทบาทครอบครัวเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกครอบครัวแสดงออกตามสถานภาพ ของแต่ละคนในครอบครัวและประพฤติดูแลปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันได้ อย่างสมดุล (Friedman et al., 2003)

เนื่องจากระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในครอบครัวเอง และจากสิ่งแวดล้อม ภายนอก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว จึงสามารถส่ง ผลกระทบต่อระบบครอบครัวของผู้ป่วยได้เช่นกัน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยเป็นเวลานานร่วมกับผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยล้วนส่งผลกระทบต่อ ครอบครัวของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญปัญหา และการปรับเปลี่ยนบทบาท ในการดูแลผู้ป่วย (ชวลีกร ทาทอง, 2550) ในทำนองเดียวกันการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ภายในครอบครัว ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้เช่นกัน ดังเช่น สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วย (วรรณ รัชตะ ไพบูลย์, 2549) และครอบครัวยังมีอิทธิพลและบทบาทที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (พรทิพย์ เข้มเงิน, 2546)

ครอบครัวและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิก ในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ สามารถผลกระทบต่อกัน และครอบครัวยังเป็นแหล่งประโยชน์ หลักของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจ การร่วมมือในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ตั้งแต่ภาวะที่ผู้ป่วยมีสุขภาพดี (การส่งเสริมและการป้องกัน) การวินิจฉัยโรค การรักษา จนถึง การฟื้นฟูสุขภาพ บทบาทของครอบครัวเหล่านี้เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะและ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและความร่วมมือเอาใจใส่ของครอบครัว โดยระยะต่อเนื่องของ

การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ/ การเจ็บป่วยและครอบครัวไว้ 6 ระยะดังนี้ (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2547; Friedman et al., 2003)

1. ระยะการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นและมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการป้องกันหรือความเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเรียนรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

2. ระยะประเมินอาการของการเจ็บป่วย ระยะนี้เริ่มเมื่อสมาชิกครอบครัวรู้ถึงการเจ็บป่วย สาเหตุและความรุนแรงของการเจ็บป่วยทั้งของตนเองและของคนอื่นในครอบครัว ถ้าครอบครัวสามารถประเมินความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วย จะสามารถดูแลรักษาได้ทัน ปัญหาการเจ็บป่วยก็จะลดลงได้เร็ว ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่ละเลยไม่ประเมินการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยอาจทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นได้

3. ระยะแสวงหาวิธีการดูแลรักษา ระยะนี้เริ่มเมื่อครอบครัวลงความเห็นว่าสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ โดยครอบครัวจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ

4. ระยะส่งสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาสถานบริการสุขภาพ ระยะนี้เริ่มเมื่อครอบครัวไม่สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านได้ จึงส่งไปให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ดูแลหลัก และครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย

5. ระยะตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยผู้ป่วยและครอบครัว ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วย และครอบครัวยอมรับความเชี่ยวชาญและความสามารถในการดูแลรักษาของบุคลากรทางสุขภาพครอบครัวแสดงบทบาทของการเป็นผู้ป่วย โดยให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ กำหนดบทบาทและพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการดูแลรักษา และคาดหวังการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาที่จะนำไปสู่การปรับสมดุลของครอบครัว ในระยะนี้ครอบครัวจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว การวินิจฉัย และการรักษา ระยะนี้อาจเกิดภาวะเครียดและวิกฤตในครอบครัวได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตของสมาชิกครอบครัว

6. ระยะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและพักฟื้น เป็นกระบวนการที่ครอบครัวพยายามเผชิญปัญหา จัดการดูแล และปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวที่มีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ ซึ่งครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย บางครอบครัวอาจใช้เวลานานในการปรับให้เข้าสู่ภาวะปกติอีกครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของครอบครัวและระบบการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมภายนอก

การทำหน้าที่ครอบครัว เป็นการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว ที่มีภาระหน้าที่ที่สมาชิกจะต้องปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพัฒนกิจ หรือหน้าที่ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของพัฒนาการครอบครัว ซึ่งองค์ประกอบของการทำหน้าที่ครอบครัวมีดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

1. การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัว ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะแก้ปัญหอย่างรวดเร็และเป็นระบบ แต่ถ้าครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพมักแก้ปัญหอย่างไม่เป็นระบบ และกลายเป็นปัญหาเรื้อรังในที่สุด
2. การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ระหว่างกัน และกัน ซึ่งการสื่อสารมี 2 แบบ คือ การสื่อสารโดยใช้ภาษาพูด และภาษากาย ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ไม่มีความคลุมเครือ
3. บทบาท หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ได้แก่ บทบาทพื้นฐานที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การจัดหาปัจจัยสี่ให้แก่สมาชิก การเลี้ยงดูและประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น
4. การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ของกันและกัน และมีการแสดงออกอย่างเหมาะสม ครอบครัวที่ทำหน้าที่ปกติจะแสดงอารมณ์ได้หลายแบบที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ และแสดงออกมาในปริมาณที่เหมาะสม
5. ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ห่วงใย รวมทั้งการแสดงความรัก และเห็นคุณค่าของกันและกัน ที่สมาชิกในครอบครัวมีให้กัน
6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

โดยสรุปแล้ว การแก้ปัญหาหรือการปรับสมดุลใหม่ของครอบครัวจะต้องปรับทั้งระบบครอบครัว ไม่ใช่ปรับเฉพาะส่วนที่มีปัญหา หรือปรับเฉพาะระบบย่อยในครอบครัวเท่านั้น แม้ว่าการปรับแก้ไขในบางครั้งอาจมีผลต่อการปรับส่วนอื่น ๆ ก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในครอบครัว และภายนอกครอบครัว เช่น เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษาหากครอบครัวไม่สามารถปรับสมดุลได้ จะทำให้เกิดผลกระทบต่อ

ผู้ป่วย เกิดความเครียด และก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวในด้านต่าง ๆ ตามมา ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จากผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และ ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีการสะท้อนตนเอง และเสาะหาเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของตนบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้นี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของตนที่เจ็บป่วยดีขึ้นนั่นเอง โดยอาศัยการสื่อสารทั้งที่เป็นวัจนภาษาและอวัจนภาษา เช่น มีการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ มีการให้ความรัก ความผูกพัน ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือด้านสิ่งของต่าง ๆ มีการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแนะนำ มีการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการควบคุมพฤติกรรมของกันและกัน เป็นต้น เพื่อเป็นการแสดงให้สมาชิกได้เรียนรู้เป้าหมายของครอบครัว จึงจะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยได้หลากหลาย และยังสามารถส่งผลกระทบการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยเช่นกัน การดูแลสุขภาพตนเองมีพื้นฐานเริ่มจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในส่วนตัวผู้ป่วยเอง และในส่วนของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งสามารถส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเพิ่มขึ้น (Wright & Leabey, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ความเครียดของผู้ป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย น้ำหนักตัวของผู้ป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 ความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งความเครียดเป็นปัจจัยทางระบบประสาทที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมาได้ และความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลต่อความดันโลหิตสูงโดยมีผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกัน

ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาเทติกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด เพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ มีการกระตุ้นและตอบสนองการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) การผ่อนคลายความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการหรือผ่อนคลายความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เนื่องจากความเครียดจะทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการเต้นของหัวใจและทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เมื่อความเครียดหายไปอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลง หลอดเลือดจะคลายตัวจึงส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงได้ (จตุพร รุ่งใหญ่, 2551) การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการป้องกันความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด (รัตร์นตนา อ้นภู, 2545) เช่น การทำจิตใจให้สงบ ควบคุมอารมณ์ ระวังความโกรธ การนั่งสมาธิ สวดมนต์ และการฝึกหายใจ โดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

1.2 ระยะเวลาเจ็บป่วย โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน ต้องใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องและอาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นในการรักษา และสามารถปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคของตนได้ และพบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคสั้น (อรอนงค์ สัมพันธุ์, 2539) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ สินีนาฏ อนุสกุล (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแม่วัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต่างกันมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง 4-10 ปี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 3 ปี และเจ็บป่วยนานกว่า 11 ปีขึ้นไป (อุบลรัตน์ จินดาวณิช, 2544)

1.3 น้ำหนักตัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยทางสรีรวิทยา โดยพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่า ของคนผอม และผู้ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะมีความดันโลหิตสูงขึ้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2543) และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 จะทำให้ความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม และจากการศึกษาน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (วงเดือน ปันดี, 2539) น้ำหนักตัวที่เกินเกณฑ์มาตรฐานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานหรืออ้วนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีเกลือมากกว่าคนผอม จึงมีการคั่งของโซเดียมในร่างกายเพิ่มขึ้นและเกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (เกษม วัฒนชัย, 2532) และน้ำหนักที่เกินเกณฑ์มาตรฐานยังมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตโดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มการคั่งกลับของโซเดียม และมีโซเดียมคั่งในร่างกายมาก จึงมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต (วงเดือน ปันดี, 2539) ในทางตรงกันข้ามเมื่อน้ำหนักตัวลดลงจะส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงเนื่องจากเมื่อน้ำหนักตัวลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็จะน้อยลงด้วยเช่นกัน (อรวิทย์ ไทรกิจ, 2537) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของตนเองได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรวางแผนรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ ควบคุมอาหารประเภทไขมัน ลดอาหารประเภทเกลือ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 8-14 มิลลิเมตรปรอท และควรควบคุมน้ำหนักตัวควบคู่กับการรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งน้ำหนักตัวที่ลดลงจะมีผลต่อความดันโลหิตที่ลดลงด้วยเช่นกัน โดยควบคุมค่า BMI ให้อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอท ต่อน้ำหนักตัวที่ลดลง 10 กิโลกรัม (JNC 7, 2003) การควบคุมน้ำหนักช่วยให้ความดันโลหิตดีขึ้นโดยรับประทานอาหารให้พอดี ไม่รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น กุนเชียง ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ และอาหารรสหวานจัด ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ รับประทานผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด ร่วมกับการออกกำลังกาย (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542)

1.4 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อมีส่วนทำให้นักคนมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา โดยความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญมี 4 ด้าน (Becker, 1974) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นการรับรู้ถึงการเกิดโรคของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของทัศนคติ ความรู้สึกลึกซึ้งที่มี

ต่อการวินิจฉัยโรค รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การรับรู้ด้านนี้มีความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนนั้นได้ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นความรู้ลึกที่ผู้ป่วยประเมินว่าความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อร่างกายนั้น สามารถก่อให้เกิดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากผลกระทบที่มีต่อตนเองและครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเป็นความรู้ลึกของบุคคลต่อประโยชน์ที่จะได้รับในการปฏิบัติ นั้น ๆ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ การที่ผู้ป่วยจะยอมรับหรือปฏิบัติสิ่งใด ผู้ป่วยจะต้องมีความเชื่อว่าวิธีนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดี เหมาะสมและเป็นสิ่งดีมีประโยชน์แก่ตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค เป็นความรู้ลึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค โดยความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่จะปฏิบัติตนและมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีต้องมีความพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้น ต้องมีการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น และต้องมีสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จึงจะเกิดการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง (Becker, 1974)

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ศศิธร อุดตะมะ, 2547) และจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรค ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคน้อยมาก โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (อารักขา ใจธรรม, 2545) นอกจากนี้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่โรคที่ตนเป็น โดยการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสมาชิกในครอบครัว จะให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและไม่เกิดโรค เช่น เลือกรับประทานผักผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารประเภทไขมัน เป็นต้น (รัตนา เรือนอินทร์, 2550;

Tobiasz-Adamczyk, 1997)

2. ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วยดังนี้

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว เป็นความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อมีส่วนทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ และความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของตนบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้นี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของคนที่เจ็บป่วยดีขึ้นนั่นเอง โดยอาศัยการสื่อสารทั้งที่เป็นวัจนะภาษาและอวัจนะภาษา เช่น มีการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ มีการให้ความรัก ความผูกพัน ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือด้านสิ่งของต่าง ๆ มีการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแนะนำ มีการแก้ปัญหาร่วมกัน มีการควบคุมพฤติกรรมของกันและกัน เป็นต้น เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นสมาชิกได้เรียนรู้เป้าหมายของครอบครัวร่วมกัน (อุมพร ตั้งคสมบัติ, 2545) จึงจะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้ และความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา โดยความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่จะปฏิบัติตนและมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีต้องมีความพร้อมที่จะกระทำต่อสิ่งนั้น ต้องมีการประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น และต้องมีสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จึงจะเกิดการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง (Becker, 1974) และจากการศึกษาของ วิณานานาสิลปี (2538) พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ประสิทธิภาพเดิมที่มีต่อโรคนั้น ๆ คำแนะนำที่ได้รับจากครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อ เป็นต้น ซึ่งทำให้แต่ละบุคคลมีความเชื่อในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันออกไป และจากการศึกษาของ อรุณีย์ ศรีนวล (2548) พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น และความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวมีส่วนช่วยในการปรับและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และครอบครัวได้ (นารี คงกระจำ, 2551)

2.2 การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นในด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ และการสนับสนุนของครอบครัวทำให้บุคคลเชื่อว่า ตนเองมีคนรักและสนใจ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเอง

เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Caplan, 1976; Cobb, 1976) ซึ่งหากครอบครัวมีการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ มีการให้ความรัก ความผูกพัน ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือด้านสิ่งของต่าง ๆ มีการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแนะนำ มีการแก้ปัญหาาร่วมกัน มีการควบคุมพฤติกรรมของกันและกัน เป็นต้น จะทำให้ครอบครัวคงความสมดุลไว้ได้ และทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (อุมาพร ตังคสมบัติ, 2545) จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถช่วยแก้ไขปัญห ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต้องการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) โดยการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อสุขภาพโดยการให้ความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือด้านสิ่งของต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการติดตามการรักษา มีการรับประทานยาสม่ำเสมอ และพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2540; วาสนา กรุงเมือง, 2547) และจากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) และมีการเผชิญกับปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหา มากกว่า ด้านจัดการกับอารมณ์ และลดผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ (อนุชา นิลอยู่, 2542; Leung et al., 2007)

2.3 การทำหน้าที่ครอบครัว ครอบครัวมีลักษณะเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ สมาชิกแต่ละคน ระบบคู่สมรส ระบบพี่น้อง ซึ่งการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบย่อย ๆ แต่ละคู่ และการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ภายนอก เช่น ระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน เป็นต้น ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยแบ่งการทำหน้าที่ครอบครัวออกมาเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีการร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพัน ห่วงใย เอาใจใส่ต่อกัน รวมทั้งมีการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อโรคที่ตนเองเป็นและปรับตัวเข้ากับครอบครัวได้ดีขึ้น (กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) และการทำหน้าที่ครอบครัวในเรื่องการสนับสนุนต่าง ๆ ของครอบครัว ยังทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Siu & Phillips, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การทำหน้าที่ครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์และป้องกัน ไม่ให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังได้ (Leung et al., 2007)

2.4 พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพของสมาชิก ในครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัวยังมีบทบาทในการควบคุม พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัว ที่มีความเจ็บป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลง ในครอบครัวไม่ว่าในส่วนใดจะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่น ๆ ของ ครอบครัวด้วย แม้ในบางครั้งการปรับแก้ไขระบบครอบครัวอาจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสมดุลใน ครอบครัวส่วนอื่น ๆ ก็ตามก็มีความจำเป็นที่ต้องเกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อคงไว้ซึ่งสมดุลในครอบครัว (Wright & Leahey, 2009) และหากครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก็จะทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย พบว่า ครอบครัวที่มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และมีเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม (วิริยะ สัมปทานกุล, 2542) และจากการศึกษา พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วย มีการรับรู้ว่าคุณภาพที่ดี จะให้การดูแลสมาชิก ที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Tang & Chen, 2002) นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และค่านิยมของสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนช่วยในการสนับสนุนผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพของผู้ป่วย (Denham et al., 2007)

โดยสรุปแล้วปัจจัยจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียดของผู้ป่วย ระยะเวลาเจ็บป่วย และน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเชื่อ ด้านสุขภาพของครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว และพฤติกรรม สุขภาพของครอบครัว จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง