

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยนั้น ก็พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่ามีรายงานการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจาก 778 ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 981 ต่อประชากรแสนคนในปี 2552 และมีรายงานอัตราการป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 15.6 ในปี พ.ศ. 2542 เป็น 24.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2552 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และในจังหวัดชลบุรี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยพบจากรายงานว่ามีผู้ป่วยจำนวน 189,998 ราย, 193,353 ราย และ 197,039 ราย ในปี พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 329 ราย เป็น 531 ราย ในปี พ.ศ. 2547 และ 2549 ตามลำดับ (กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2550) ในอำเภอบ้านบึงมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน โดยมีผู้ป่วย 4,074 ราย, 4,900 ราย ในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ตามลำดับ และเริ่มปีงบประมาณ 2554 ด้วยจำนวนผู้ป่วย 5,002 ราย (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2554)

โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศรองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตเฉลี่ย 20 ปี โดยมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกือบร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90 - 95) เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2551) ไม่สามารถบอกสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างชัดเจนและไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ และถ้าไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นระยะเวลาสั้น ๆ จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเป้าหมายที่สำคัญต่าง ๆ ในร่างกายได้ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Kaplan, 2002) อาจทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต ทูพพลภาพ และอาจมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ (Maxwell – Thompson & Reid, 2003) นอกจากนี้จะทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ส่งผลให้หน่วยไตถูกทำลาย ประสิทธิภาพการกรองของเสียของไตลดลง ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะไตวายตามมาได้ และยังส่งผลให้เกิดการคั่งของสารต่าง ๆ เช่น ยูเรีย ซึ่งเป็นสารพิษต่อร่างกาย (Kaplan, 2002) ประสาทตาเสื่อม สารเหลวในลูกตาเพิ่มขึ้นส่งผลให้เรตินาหลุดลอกและตาอาจบอดได้ (Black, Bakris, & Elliot,

2001; Bener et al., 2004; Sweileh, 2005)

การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงนี้ จะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานาน อาจเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ บางครั้งต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักจะคิดว่าตนเองเป็นรุนแรงกว่าผู้ป่วยคนอื่น (Sparacino, 1982 อ้างถึงใน ปรีศณี ศรีกัน, 2546) ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น เกิดความเสียใจ เศร้าซึม แยกตัวเอง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Ryan, 1999 อ้างถึงใน สุขุมล ด้อยแก้ว, 2540) บางรายอาจมีการทำร้ายตนเองได้ (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2553 ก) ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังนั้น จะส่งผลกระทบต่อบทบาทของตนเองและครอบครัว จากความสามารถในการทำงานประกอบอาชีพลดลง ส่งผลให้มีรายได้ลดลงและเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ (จารุวรรณ มานะสุกราร, 2544) ทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้สถานพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้น (จารุภา ลิขิตวัฒน์กุล, 2540; สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2542) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดมาจากโรคความดันโลหิตสูง และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้จะกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งระบบด้วย ทำให้ครอบครัวมีความเครียด รายได้ลดลง บางครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว อาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย บางครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทจากการเป็นมารดา มาเป็นทั้งมารดา บิดา และหัวหน้าครอบครัว ต้องเป็นผู้หารายได้เข้าครอบครัว บางครั้งมีการลดบทบาทในครอบครัวจากการที่มีรายได้ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากโอกาสเลือกในการประกอบอาชีพลดลง (Bolander, 2002) นอกจากนี้ บางครอบครัวยังต้องตัดขาดจากสังคมภายนอกเพราะต้องดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไปไหนได้

จากการประเมินขนาดปัญหาของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีเพียงร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดทั่วประเทศ ซึ่งในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น นอกจาก เรื่องพฤติกรรมการใช้ยาแล้วยังมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ความเครียด และการขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ จะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับความเชื่อความเจ็บป่วย เพราะเมื่อบุคคลเชื่ออย่างไร ก็มักจะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนเอง (Wright & Bell, 2009) และหากควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติไม่ได้ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย (Li et al., 2005) ในการควบคุมระดับความดันโลหิตปัจจุบันมี 2 วิธีด้วยกัน นั่นก็คือ การใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธักดิ์, 2542) โดยที่การไม่ใช้ยานั้น จะเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรคซึ่งจะมีความสำคัญ

มาก พบว่า ถ้ามีการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถลดการเกิด หลอดเลือดสมองแตกได้ ร้อยละ 35 - 40 ลดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ร้อยละ 20 - 25 และลดภาวะหัวใจวายได้มากกว่าร้อยละ 50 (Sica, 2005) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น จะเริ่มที่การปรับเปลี่ยนความเชื่อในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตซึ่งเป็นสิ่งที่มี ความสำคัญเป็นอย่างมาก ในการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การควบคุมน้ำหนักตัว รวมไปถึง การจำกัดการบริโภคเกลือ การควบคุมอาหาร การผ่อนคลายความเครียด และ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Maxwell - Thompson & Reid, 2003) ซึ่งพบว่าถ้ามีการ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2545; Joint National Committee 7 (JNC 7), 2003; Takata, Ohta, & Tanaka, 2003; โฉมขจี จันทรวาท, สุมาลี ชื่อธนาพรกุล, ภัทรวุธ อินทรกำแหง, และจันทา กมลศิลป์, 2547; จิตภรณ์ ฐรี, 2547) โดยเฉพาะหากมีการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันจะทำให้มีการเผาผลาญพลังงานวันละ 200 แคลอรี (จตุพร วงศ์สาธิตกุล, 2549) แต่ที่พบคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกาย (สรัญญา พิจารณ์, 2547; ศิราณี ปันคำ, สรัญญา มาลาโรจน์, สุวารณ์ จิตต์พลีชีพ และ ชัญญานุช น้อยก้อม, 2543) แต่อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถคุม ระดับความดันโลหิตสูงได้มากนัก ต้องมีการจัดการความเครียด เพราะความเครียดทำให้เกิด ความดันโลหิตสูงได้ (Kaplan, 2002) และต้องมีการควบคุมหรือกำกับการรับประทานอาหารที่มี โซเดียมสูงเป็นส่วนประกอบร่วมด้วย จึงจะทำให้ประสิทธิภาพในด้านการลดระดับความดันโลหิต ดีขึ้น (Sack et al., 2001; Lawrence, 2006) และยังรวมไปถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง อย่างสม่ำเสมอ แต่การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสมได้นั้น ทำได้ยากมาก อันเนื่องมาจากพฤติกรรมดังกล่าว นั้น เป็นพฤติกรรมที่ทำมานาน ผู้ป่วยและ ครอบครัวเองมักจะปฏิบัติและมีการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตามความเชื่อ (Wright, 2005) เช่น ถ้าหากว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการ รับประทานอาหารเค็ม ก็จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม แต่ถ้าเชื่อว่าเกิดจาก เวิร์มก็จะทำบุญเพื่อลดกรรม เป็นต้น

ปัจจุบันในประเทศไทยนั้น ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมากขึ้น โปรแกรมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้ข้อมูลและฝึกทักษะ (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ และคณะ, 2551) แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนเรานั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความ

เชื่อในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ จึงจะสามารถทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ (Bandura, 1997) เพราะความเชื่อเป็นสิ่งที่มียุทธผลต่อโครงสร้าง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่และพฤติกรรมของบุคคล (Wright & Bell, 2009) มีการประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ (กรกฎ ฤทธิ์ประสม, 2550) ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อินทรี ลิมเชย, 2550) ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน (วณีย์ ปรีชาอนันต์, 2550) แต่สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนั้น การศึกษาที่ผ่านมาจะเน้นที่การสอนแนะนำ ให้ความรู้กับผู้ป่วย แต่ไม่ได้มีการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยมากนัก หรือให้ความสำคัญกับความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือครอบครัวน้อย รวมไปถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย ทั้ง ๆ ที่ครอบครัวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากกับชีวิตผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งที่สำคัญในการดูแลส่งเสริม รักษาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) และหากการสนับสนุนจากครอบครัว รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวมีน้อย จะเป็นอุปสรรคอย่างมากที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Potter, 2003) ซึ่ง วรรณารัตตะไพบูลย์ (2549) ก็พบว่า การรับรู้ต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สรัญญา พิจารณ์ (2547) ที่พบว่า การดูแล การได้รับการเอาใจใส่ จากญาติและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ทำให้ไม่หลงลืมในการรับประทานยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์รูปแบบการพยาบาลในรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ เป็นการประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ที่มีการพัฒนาและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในหลาย ๆ กลุ่ม เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวของ พัชริน แน่นหนา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิเศษ (2551) ที่พบว่า หลังโปรแกรมผู้ป่วยและครอบครัวมีความทุกข์ทรมานลดลง และการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคมของ วณีย์ ปรีชาอนันต์ (2550) พบว่า การศึกษาดังกล่าวจะให้ความสำคัญกับความเชื่อที่เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพ

ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะถ้ามีความเชื่อในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรคที่ถูกต้องด้วย (ศศิธร อุตตมาณะ, 2549) นอกจากนี้พฤติกรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงได้ เพราะการยอมรับว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งดีจึงจะนำมายึดถือและปฏิบัติ (Kelman, 1998 อ้างถึงใน อรัญญา นามวงศ์, 2542) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้มีการดำเนินการจัดทำโปรแกรม การให้การปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตต่อพฤติกรรม สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพหนองเขิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรีขึ้น โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สนับสนุนช่วยเหลือในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงนั้น สามารถที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรค และสามารถรักษาพฤติกรรมนั้นไว้ได้ในระยะยาว ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อ ความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model: IBM) ของ Wright and Bell (2009) และแนวคิด การสนับสนุนของครอบครัว โดยมีการผสมผสานแนวคิดเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้การปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อระดับ ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีผลต่างเชิงลึยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีผลต่างเชิงลึยระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลัง (Two group pretest - posttest design with nonequivalent) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี โดยให้ครอบครัวเข้าร่วมในโปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเขิน อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ทั้งชายและหญิง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เกิน 5 ปี และมีภูมิลำเนาในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยา ประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความดันโลหิต หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่วัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทแบบตั้งโต๊ะ โดยประเมินจากค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

โปรแกรมการให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การจัดการกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) (Wright & Bell, 2009) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ซึ่งประกอบด้วย การสร้างบริบท การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิด 4) สรุปผลการสนทนาโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการใช้ยา โดยมีการนำสมาชิกในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับ

ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโปรแกรมด้วย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้กับนักศึกษา เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในด้านการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ
2. เป็นแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการส่งเสริม ปรับปรุงรูปแบบการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของผู้ป่วย โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รูปแบบในการควบคุมระดับความดันโลหิต

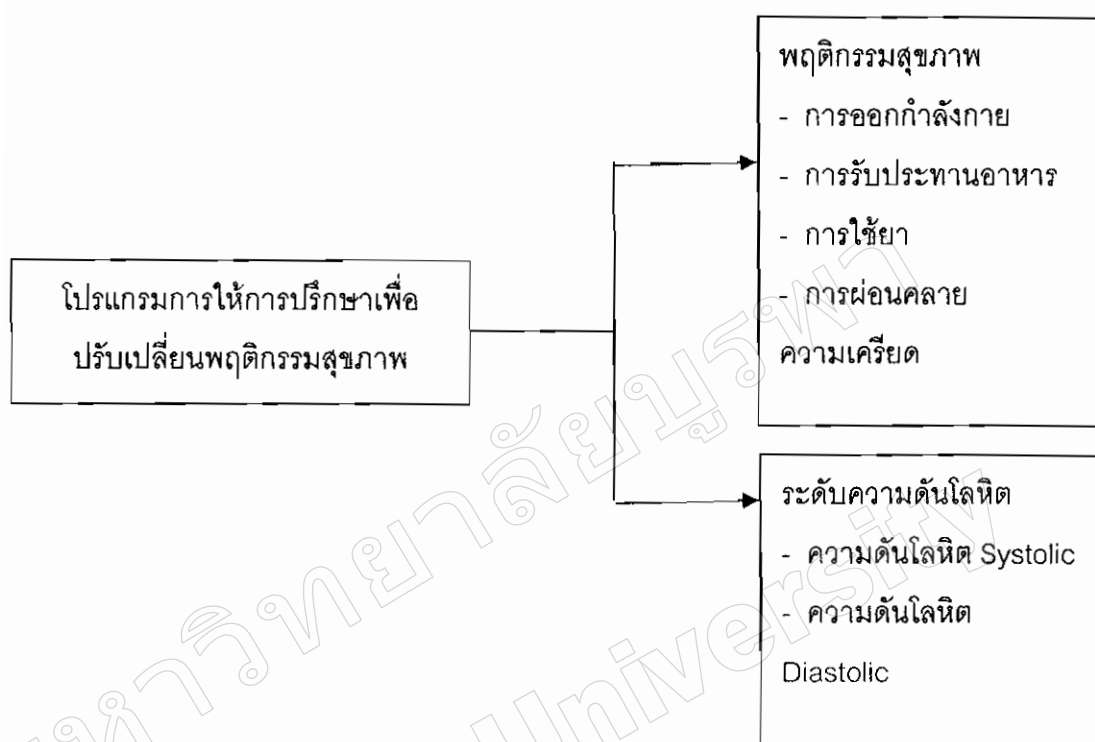
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Beliefs Model) Wright and Bell (2009) เนื่องจากความเชื่อ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทและประสบการณ์ชีวิตที่แต่ละคนประสบมา ซึ่งความเชื่อนี้ จะมีผลต่อการดูแลสุขภาพของคนด้วย ความเชื่อมีผลต่อการปฏิบัติหรือการแสดงพฤติกรรมตาม คนในสังคมเดียวกันจะมีความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ (Wright & Bell, 2009) ซึ่งรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวที่มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในบริบทของความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่มีความเชื่อที่แตกต่างกัน และมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลทางสุขภาพจะมีความเชื่อที่เชื่อมกัน (Intersection) หรือสอดคล้องกัน ซึ่งจะเป็นจุดที่พยาบาลเข้าใจความทุกข์ทรมานและศักยภาพในการดูแลตนเองของครอบครัว และผู้ป่วยมากที่สุด จนนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่เหมาะสม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ดังนั้นการพยาบาลที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจะเกิดขึ้นเมื่อการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสร้างขึ้นตามความเชื่อที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล (Wright & Leahey, 2009) เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้นั้น ไม่ได้มีเพียงปัจจัยด้านผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรด้านสาธารณสุข

เท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง นั่นคือ ความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะความเชื่อเป็นพื้นฐานที่สำคัญของบุคคลที่กำหนดโดยโครงสร้างทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคล ความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคล (Wright & Bell, 2009) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การที่จะมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ซึ่งการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ ต้องเกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ถ้าหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitative Beliefs) ก็จะมีการดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วย รวมถึงมีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดและถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและถูกต้อง จนทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Constraining Beliefs) ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแล้ว ก็จะทำให้เกิดข้อจำกัดหรือการหาทางออกของปัญหาที่เกิดขึ้นในทิศทางที่จำกัด (Wright & Bell, 2009) ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะไตวาย ตาบอด จะตามมาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการจัดกิจกรรมหรือการจัดโปรแกรมการให้การศึกษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยที่มีการประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อความเจ็บป่วยเข้ามาด้วยนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อที่ถูกต้องและส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตแล้ว จะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย และสามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

Burapha University