

## บทที่ 2

### วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง ผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. การดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.1 ประวัติของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.2 ความหมายและแนวคิดของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.3 วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.4 ประเภทและลักษณะของบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.5 การดำเนินงานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 1.6 บทบาทและคุณสมบัติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน
2. โรคความดันโลหิตสูง
  - 2.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.2 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.4 พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.5 อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
  - 2.6 อาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.7 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
  - 3.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 3.2 การประเมินคุณภาพชีวิต
  - 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. การสนับสนุนทางสังคม
  - 4.1 ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ประเภทการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.3 การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพ

- 5. การสอนสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
  - 5.1 แนวคิดการสอนผู้ป่วย
  - 5.2 การสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน
- 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ
  - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

## การดูแลสุขภาพที่บ้าน

### 1. ประวัติการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประวัติความเป็นมา เริ่มตั้งแต่สมัยที่มนุษย์ยังไม่มีความเจริญ เนื่องจากผู้หญิงมีหน้าที่คอยเตรียมอาหาร เลี้ยงดูลูก ดูแลคนเจ็บป่วยในบ้าน ประเทศกรีกก่อนศตวรรษที่ 400 การพยาบาลในบ้านปฏิบัติมาเป็นเวลาหลายร้อยปีโดยมารดา พี่เลี้ยง และคนใช้ ประเทศอังกฤษปี ค.ศ. 1101 และ ปี ค.ศ. 1148 บางโรงพยาบาล มีการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสุขภาพสตรีผู้สูงศักดิ์ที่ทำการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยการออกเยี่ยมผู้ป่วยตามหมู่บ้านคนจน (ผกา ศรชฎจันทร์, 2525. อ้างถึงใน พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539 :17)

Humphrey & Nuzzo ( 1996: 2) กล่าวถึงประวัติการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตามลำดับดังนี้ ในปี ค.ศ. 1859 เมืองลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ แนวคิดใหม่ของการพยาบาลดูแลสุขภาพที่บ้านเกิดขึ้นโดยวิลเลียม แรทโบน(William Rathbone) แรทโบนเป็นนักธุรกิจที่ร่ำรวยและใจบุญ ได้ริเริ่มกิจการระบบของการพยาบาลเยี่ยมบ้าน หลังจากมีประสบการณ์ส่วนตัวที่มีพยาบาลดูแลภรรยาที่ป่วยที่บ้านก่อนถึงแก่กรรม ในปี ค.ศ.1859 ด้วยการช่วยเหลือของมิสฟลอเรน ในดิงเกล แรทโบนได้เริ่มสร้าง โรงเรียนที่จะฝึกอบรมพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยมีจุดหมายที่จะให้ผู้สำเร็จการศึกษาปฏิบัติการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่ยากจนในบ้าน

ในปลายปี ค.ศ. 1800 เมืองต่าง ๆ ในอเมริกาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมีคลื่นของผู้คนอพยพมา ในอเมริกาเป็นปัจจัยเริ่มแรกของสาเหตุในการพัฒนาการของพยาบาลเยี่ยมบ้านในอเมริกา ซึ่งในขณะนั้นสภาวะการมีชีวิตที่มีความทุกข์จากการทำงาน ทำให้เพิ่มปัญหาทางสุขภาพต่อการเจ็บป่วย สมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านในอเมริกา (Visiting Nurse Association : VNAs) เริ่มมีการก่อตั้ง เหมือนในประเทศอังกฤษ โดยกลุ่มบุคคลผู้ที่ต้องการช่วยเหลือผู้ยากจนที่มีปัญหาทางด้าน การเจ็บป่วย

ปี ค.ศ. 1946 ที่โรงพยาบาลมอนตีฟิออร์ (Montefiore Hospital) ในเมืองนิวยอร์กได้มีการพัฒนาโครงการดูแลคนไข้ภาวะเฉียบพลันที่เริ่มฟื้นตัว จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อ

ปี ค.ศ. 1960 สมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านก็ได้พัฒนาขึ้นทั่วประเทศอเมริกา จนกระทั่งปี ค.ศ.1980 มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลก่อให้เกิดโครงการเมดิแคร์ (Medicare) และการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นที่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการใช้ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาตามการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มอาการ (Diagnosis related groups) เนื่องจากการลดจำนวนวันในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเพิ่มการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โครงการเมดิแคร์ก็ไม่สามารถครอบคลุมการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลในบางสภาวะ มีผู้รับบริการหลาย ๆ คนที่

ไม่นอนโรงพยาบาลและต้องการการดูแลที่บ้าน จากหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน โครงการเมดิแคร์เป็นโครงการประกันสุขภาพ โดยการสนับสนุนของรัฐบาลกลาง โครงการเมดิแคร์เป็นโครงการประกันสุขภาพที่จัดการโดยส่วนของรัฐต่าง ๆ, บริษัทประกันสุขภาพและผู้จ่ายเงินที่ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพที่บ้าน หน่วยงานทั้งหมดนี้ได้มีการเริ่มจำกัดค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นการเพิ่มความต้องการในการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น

เดือน มีนาคม ค.ศ. 1994 สมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้านแห่งชาติของอเมริกา ได้รายงานจำนวนของหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้านในสหรัฐอเมริกาที่มีจำนวนทั้งหมด ถึง 15,027 หน่วยงาน (Humphrey & Nuzzo, 1996 : 2 - 3)

สำหรับประเทศไทยการดูแลสุขภาพที่บ้าน แผน วรรณเมธี (2538 : 26-27) กล่าวว่า ในสมัยรัชกาลที่ 5 มีการเริ่มช่วยเหลือคนเจ็บไข้ที่มีการสู้รบสงครามกันของสภากาชาดไทย ต่อมาสภากาชาดไทยได้ดำเนินงานดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในยามสงบทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาลคือตามบ้านเรือนของประชาชนพร้อมกับการเตรียมพร้อมที่จะให้บริการแก่ประเทศชาติในยามเกิดศึกสงคราม หลังจากนั้นประเทศไทยก็ได้เริ่มจัดให้มีการบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่บ้าน และได้ดำเนินเรื่อยมาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ตามสภาพและความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

ในปี พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดการบริการเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้มีส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง มุ่งให้บุคคลและครอบครัวช่วยเหลือตนเอง โดยมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลให้การช่วยเหลือและสนับสนุน หลายหน่วยงานจึงมีโครงการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านขึ้น (วิลาวลัย เสนารัตน์และประยงค์ ลี้มตระกูล, 2538) จากนั้นได้มีการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางมากขึ้นตามลำดับจนถึงปัจจุบัน

## 2. ความหมายและแนวคิดของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านตรงกับคำศัพท์ในภาษาอังกฤษว่า “Home health care ตรงกับคำว่า “Home care” ที่นักการศึกษาต่างประเทศบางท่านใช้เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน (Humphrey & Nuzzo, 1996 : 4) สำหรับในประเทศไทยมีผู้เรียกแตกต่างกันคือ “การดูแลสุขภาพที่บ้าน” “การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” “การดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน” และ “สุขภาพดีเริ่มที่บ้าน” (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539 : 14) อย่างไรก็ตามการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ เน้นการรับบริการสุขภาพของบุคคลในที่พำนักอาศัยของตนเอง ด้วยการให้ระบบสนับสนุนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคงสุขภาพที่ดีและดำรงรักษาสุขภาพ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2538 : 69)

สมาคมการแพทย์อเมริกัน (American Medical Association, cited in Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 3) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ การให้การพยาบาล การสังคมนาเคราะห์ การบำบัดรักษาต่าง ๆ การบริการทางอาชีพและสังคม การบริการคนทำงานบ้าน และการบริการพนักงานผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพ การบริการเหล่านี้รวมเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเหล่านี้จัดตั้งขึ้นตามเหตุผลของการขยายความรับผิดชอบในการรักษาของแพทย์ ตามความต้องการและภายใต้การแนะนำของบุคลากรการแพทย์ซึ่งให้บริการทางสุขภาพดังกล่าว เพื่อปฏิบัติงานเป็นทีมในการประเมินและพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน

Moyer (รจนา ภูไพบูลย์, 2537 : 211) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการให้การดูแลสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จที่บ้านของผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังต่าง ๆ โดยอาจใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแล และบางรายอาจเป็นการดูแลตลอดชีวิต

Hankwitz (May, 1988 : 6) ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง องค์ประกอบของภาวะต่อเนื่องที่ครอบคลุมขอบเขตอันกว้างของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งให้บริการต่อบุคคลและครอบครัวที่บ้านพักอาศัย มีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ หรือการพึ่งตนเองของผู้ป่วยในระดับสูงสุดของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีความพิการและเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

สมาคมการดูแลสุขภาพที่บ้านแห่งชาติ (The National Association for Home Care, cited in Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996 : 3) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการที่ครอบคลุมถึงบุคคลที่พิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้การรักษาและ/ หรือเพื่อการฟื้นฟูสมรรถนะหน้าที่ของร่างกายให้มีประสิทธิภาพภายในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยจัดการบริการในผู้ใหญ่หรือเด็กที่ได้รับอันตรายจากการกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง โดยทั่วไปการดูแลสุขภาพที่บ้านจะให้บริการนั้นเมื่อบุคคลจำเป็นในการขอความช่วยเหลือ โดยที่สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเท่านั้นที่ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลได้โดยง่ายและอย่างมีประสิทธิภาพ ในขั้นต้นของการปฏิบัติการดูแลต่อไปในช่วงระยะเวลาสั้นหรือช่วงระยะยาว (Humphrey & Milone-Nuzzo, 1996: 3)

สำหรับในประเทศไทย ประพิน วัฒนกิจ (2536: 5) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน หมายถึง บริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการ

ดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือได้รับอันตราย ทั้งนี้ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2538 : 12) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการนำหลักการดูแลตนเอง (Self Health Model) ผสมผสานกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของบริการสาธารณสุขพื้นฐานให้บังเกิดผลดีต่อประชาชนในด้านการพึ่งพาตนเอง ในด้านสุขภาพอนามัย (Self-reliance) โดยทีมสุขภาพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ เกษัชกร และโภชนากร ฯลฯ จะร่วมกันดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อมุ่งการป้องกันโรค การส่งเสริม การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพภายใต้การดูแลช่วยเหลือของทีมสุขภาพ โดยการจัดระบบเครือข่ายของการที่ให้บริการที่เอื้ออำนวยต่อการส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีประสิทธิภาพ

วัชรีย์ ดุษฎีคำภีร์, วิจิตร ศรีสุพรรณและอุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2538: 65) ได้ให้ความหมายของการบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ณ ที่อยู่อาศัย โดยมุ่งเน้นในด้านการดูแลรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การฉีดยา การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะ การให้คำแนะนำและนิเทศเกี่ยวกับอาหาร การใส่ยา การดูแลสุขภาพจิตของบุคคล การออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การป้องกันอาการแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว

กุลฤดี จิตตยานันต์และวันดี วงศ์รัตนรักษ์ (2538: 20) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ตลอดถึงอาสาสมัครและประชาชนเพื่อทำบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพไปสู่ประชาชนที่บ้าน ตามความสามารถและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบอย่างถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องโดยเน้นให้ประชาชน มีการช่วยเหลือและดูแลตนเองมากที่สุด เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539: 16-17) ให้ความหมาย การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้บริการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างต่อเนื่อง ที่ให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยหรือพิการและครอบครัวที่บ้านหรือในสถานที่พักอาศัย โดยทีมสุขภาพที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการให้คงสภาวะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด และมีความพิการหรือเจ็บป่วยให้เหลือน้อยที่สุด ซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ผู้ให้บริการจะต้องวางแผนประสานงานและให้การดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกับความต้องการและความจำเป็น

ของผู้ป่วยแต่ละคนและครอบครัวของเขา ซึ่งบริการที่ให้เหล่านี้คือ การพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะ (Skilled Nursing Care) การสังคมนาฬิกา การรักษาพยาบาล การบำบัดต่าง ๆ (เช่น โภชนาบำบัด อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด จิตบำบัด และวชิบำบัด) การบริการทางสังคม (Social Services) ภายใต้การแนะนำทางการแพทย์ การบริการคนทำงานบ้าน และการบริการพนักงานผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน การบริการที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับแตกต่างกันตามความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละบุคคล โดยผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการบริการเพียงหนึ่งหรือสองรายการเท่านั้น แต่อาจมีผู้ป่วยบางคนที่ต้องการการบริการเกือบทั้งหมด ถ้าอยู่ในภาวะที่เจ็บป่วยมากหรือเจ็บป่วยเป็นเวลานาน

วิลาวลีย์ เสนารัตน์และประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538: 1) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักผ่อน หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากร และครอบครัวให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ จูฮาร์ตัน กมลศรีจักร (2540: 23) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ได้รับบริการสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นการบริการแบบเชิงรุกที่ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนประสานงาน ร่วมกับทีมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะพิการ ความเจ็บป่วย ช่วยฟื้นฟูสุขภาพ และรู้จักแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยพยาบาลจะเป็นผู้มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การที่ทีมสุขภาพอันประกอบด้วย พยาบาล แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักสังคมนาฬิกา นักโภชนาการ เกษัชกร และพนักงานผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้บริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ณ ที่บ้านพักและที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยและครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยคำนึงถึงสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองได้ ตามประเภทและบริการดูแลที่ให้แตกต่างกัน ตามความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ทีมสุขภาพจะต้องมีการประสานงาน พัฒนาและประเมินผลการทำงานในระหว่างทีมสุขภาพ และระหว่างผู้รับบริการด้วย

ในด้านแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ประพิน วัฒนกิจ (2536: 2) ได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยใช้หลักทฤษฎี ประกอบด้วย ทฤษฎีหรือหลักการดูแลตนเอง (Self-help Model) และทฤษฎีหรือหลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Model) การนำทฤษฎีและหลักการ 2 วิธีนี้มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุข และกล่าวว่าทฤษฎีทั้ง 2 นี้จะช่วยให้เกิดความเสมอภาค (Equity) ในสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับทั้งทางด้านปัญญาและการปฏิบัติตน (Empowerment)

ประนอม โอทกานนท์ (2536: 1) ให้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นบริการสุขภาพที่ให้บริการแก่บุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก ภายใต้วงวัลล้อมที่เป็นอยู่ของเขา เพื่อทุเลาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือให้ตายอย่างสงบ บริการสุขภาพที่ครอบคลุมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เขาสามารถช่วยตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข เน้นการร่วมมือกันของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

สุภาวดี ลิ้มปนาทร (2538 : 8) กล่าวถึง แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่จะนำไปใช้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายในการให้บริการ โดยอาจนำศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาเป็นโมทัศน์ในการบริการสุขภาพ เช่นทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ที่ปรับหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือทฤษฎีการพยาบาลของของโอเร็ม ที่ช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยมองว่าบุคคลเป็นเจ้าของตนเอง สามารถที่จะเรียนรู้และวางแผนในการดูแลตนเอง หรือแนวคิดในการผสมผสานบริการสาธารณสุขพื้นฐานกับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บริการที่บ้าน ครอบคลุมบริการพื้นฐาน 4 อย่างคือการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และโดยการใช้กรอบหรือรูปแบบแนวคิดทางระบาดวิทยา ประกอบกับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยถือว่า Host คือครอบครัว Environment คือบ้าน Agent คือ stressor ทาง physiological, phycological และ/หรือ Sociological nature

ได้มีการนำแนวคิดการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน แผนกป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลรามธิบดี (ชนิตา มณีวรรณ (2538 : 20-21) ดังนี้

1) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่องกันอย่างเป็นองค์รวมและครบวงจร

2) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถและศักยภาพในการดูแลตนเองได้ ถ้าได้รับความรู้ คำแนะนำและแก้ปัญหาถูกต้องเพียงพอ



- 3) ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานในการช่วยเหลือสมาชิกได้ดีที่สุด
- 4) สุขภาพอนามัยเริ่มที่บ้าน

### 3. วัตถุประสงค์และประโยชน์การดูแลสุขภาพที่บ้าน

วัตถุประสงค์การดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการทางสุขภาพที่บ้านของตนเอง ได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเอง ได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำในการเลือกปฏิบัติตนเมื่อเกิดโรคหรือป้องกันการเกิดโรค จากการช่วยเหลือดูแล จากทีมสุขภาพที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลด้วยการใช้ระบบสนับสนุน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคงสุขภาพที่ดีและการรักษาสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง พื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจผู้ป่วย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย ส่วนผลประโยชน์ที่ได้จากการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นผลประโยชน์ที่เกิดร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและสถานบริการ โดยลดปริมาณผู้รับบริการที่ไม่จำเป็นต้องได้รับบริการในสถานบริการลง ทำให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการกับผู้รับบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลในการจัดบริการ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาเบื้องต้น ทำให้สามารถนำค่าใช้จ่ายส่วนนั้นให้บริการกับผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรงและจำเป็นมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและประหยัดเวลาของผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถดูแลที่บ้านได้ ในการเดินทางและพักค้างทั้งของญาติและของตนเอง ลดจำนวนผู้ป่วยและลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชาชน ลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้รับบริการมีจิตใจดีขึ้นเนื่องจากได้ใกล้ชิดครอบครัว รู้สึกอบอุ่น เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการ ผู้ป่วย ญาติ ชุมชน ทำให้ภาพลักษณ์ของสถานบริการดีขึ้นเนื่องจากผู้ให้บริการดูแลถึงบ้านพักอาศัย และเป็นการสนับสนุนการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลสุขภาพตนเอง ประชาชนได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เขาควรได้รับ (ประพิณ วัฒนกิจ, 2536 : 5-6; แผน วรรณเมธี, 2538 : 31; จริยาวัตรคมพยัคฆ์, : 69; พรทิพย์ เกษุรานนท์, 2539 : 25)

### 4. ประเภทและลักษณะการบริการสุขภาพที่บ้าน

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538 : 5) กล่าวถึงการให้บริการสุขภาพที่บ้านแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

#### 4.1 การบริการด้านการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

1) ผู้ต้องการการดูแลระยะสั้น (Short-term client) เป็นผู้ที่ต้องการการดูแลต่ำกว่า 3 เดือน ได้แก่ผู้ป่วยที่ต้องให้ยา และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูระยะสภาพสั้น

2) ผู้ต้องการการดูแลระยะยาว (Long-term clients) เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ต้องการการดูแลมากกว่า 3 เดือน

3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative clients) เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องการบรรเทาอาการปวด โดยให้ยาตลอดเวลา เช่นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

#### 4.2 การบริการทางสังคมและบริการช่วยงานบ้าน ประกอบไปด้วย

1) บริการช่วยงานบ้านและธุรกิจส่วนตัว (House work, domestic care) เป็นบริการดูแลความสะอาดบ้าน และสิ่งแวดล้อม การปรุงอาหาร พาผู้รับบริการไปจับจ่ายซื้อของ หรือไปธุระนอกบ้าน

2) บริการซื้อของและบริการซักรีด (Shopping and laundry service)

3) บริการนั่งเฝ้าในเวลากลางคืน (Night attendant work) เป็นบริการให้ได้รับความปลอดภัย หรือช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในเวลากลางคืน

4) บริการจัดส่งอาหารให้ที่บ้าน (meal or wheel) เป็นบริการส่งอาหารให้แก่ผู้รับบริการที่บ้าน

5) บริการอาบน้ำ (Bathing service only) เป็นบริการเฉพาะอาบน้ำ ในต่างประเทศจะนิยมใช้บริการเนื่องจากผู้รับบริการตัวโตมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เต็มที่ จึงนิยมใช้บริการให้คนอาบน้ำให้ที่บ้าน หรือนำมาที่สำนักงานที่ให้บริการ ซึ่งจะมีอุปกรณ์ช่วยยกขึ้นลงในอ่างน้ำ

Friedman (May, 1993 : 6)) แบ่งระดับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้

1) ระดับผู้ป่วยหนัก เป็นระดับที่จำเป็นในการดูแล ในความหลากหลายของผู้ให้บริการต่าง ๆ และเครื่องมือในบ้าน ซึ่งเป็นอัตราที่สูงของการใช้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน คล้ายกับการดูแลที่ได้รับในโรงพยาบาล

2) ระดับที่อยู่ในระยะพักฟื้น ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือการบำบัดทางการฟื้นฟู และการบริการสนับสนุนทักษะที่สำคัญน้อยกว่า เช่น ผู้ทำงานบ้าน หรือ การขนส่ง

3) ระดับเล็กน้อย รวมการบริการที่ไม่ใช่ทักษะแต่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเพื่อการดำรงคงอยู่ที่บ้าน เช่น การคมนาคมขนส่ง การเฝ้าระวัง การค้นหาการทางสังคม การทำงานบ้าน ที่

อยู่อาศัย การดำเนินการด้านกฎหมาย การเตรียมอาหาร การไปซื้อของ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การนิเทศอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลดูแล เป็นต้น

จะเห็นว่าจากการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ผ่านมาของประเทศไทย ส่วนใหญ่จะให้บริการที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ ส่วนบริการทางสังคมและบริการช่วยงานบ้านยังไม่ค่อยมีการปฏิบัติมากนัก

ถ้ามองในแง่การแบ่งประเภทการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตามลักษณะการจัดการบริหารหน่วยงาน ในประเทศอเมริกาแบ่งออกได้ ดังนี้ (Humphry & Millone-Nuzzo, 1996 : 4-5)

1) หน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร (Non-profit agency) หน่วยงานเหล่านี้ได้รับยกเว้นในการเสียภาษี ผลประโยชน์หรือรายได้เป็นรายได้แห่งชาติของรัฐบาลจากภาษี รายได้ใด ๆ ที่มากเกินไป หน่วยงานจะได้รับในระยะท้ายของงบประมาณแผ่นดินของปีภายหลัง ไม่มีส่วนของกำไรสุทธิของรายได้ที่ใช้เพื่อผลประโยชน์ของหน่วยงาน คู่หุ้นส่วน หรือผู้ถือหุ้น

2) หน่วยงานที่จัดทำขึ้นเพื่อหวังผลกำไร (For-profit or Profit-making agency) เป็นหน่วยงานที่มุ่งในการเสียภาษีด้วย ไม่ได้รับการยกเว้นเสียภาษีและจ่ายเงินทั้งหมดและร่วมประสานเสียดำเนินการในธุรกิจใด ๆ ที่จ่ายไป

3) หน่วยงานอาสาสมัคร (Voluntary Agency) หน่วยงานเหล่านี้ จะเป็นหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่ไม่พึ่งพาจากรัฐและงบประมาณจากภาษีท้องถิ่น แต่ได้รับเงินช่วยเหลือในเริ่มแรกจากเงินทุนไม่เสียภาษี เช่น เป็นการกุศล การบริจาค และผู้จ่ายร่วมในบุคคลที่ 3 (Medicare, Medicaid, Private insurance) หน่วยงานอาสาสมัครนี้ปกติจะถูกควบคุมโดยผู้อำนวยความสะดวกกรรมการอาสาสมัครและถูกพิจารณา เพื่อเป็นพื้นฐานของชุมชน เพราะว่าหน่วยงานอาสาสมัครเหล่านี้ บริการภายในท้องถิ่นหรือชุมชนสำหรับประชากรที่สุขภาพดี

4) หน่วยงานที่เป็นของเอกชน (Proprietary Agency) หน่วยงานเหล่านี้ปฏิบัติงานอิสระสำหรับผลประโยชน์ของหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งจัดตั้งเป็นส่วนบุคคล เป็นกลุ่มหรือในรูปของบริษัท มีหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้านใหญ่ ๆ จำนวนมากที่เป็นส่วนหนึ่งของการผูกมัดกับระดับชาติที่ดำเนินการโดยผ่านการร่วมมือกับสำนักงานใหญ่ การวางแผนของหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านในการทำผลประโยชน์ของการจัดเตรียมให้บริการ สำหรับบุคคลที่เป็นส่วนตัวผู้ซึ่งเป็นเจ้าของหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือผู้ร่วมหุ้น หน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้านของเอกชนบางหน่วยงานมีส่วนร่วมในโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล บางหน่วยงานก็ไม่ได้เข้าร่วม แม้ว่าการเสียภาษีจะเกิดจากหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านเอกชนบางหน่วยงานผ่าน ผู้จ่ายร่วมในคู่ความที่ 3 เช่น เมดิแคร์ และการประกันสุขภาพส่วนบุคคล บุคคลอื่น ๆ ที่ไว้วางใจ การจ่ายที่เป็นอิสระ ผู้รับบริการผู้ซึ่งใช้เงินตนเองในการจ่าย สำหรับการบริการ

5) หน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ตั้งขึ้นโดยโรงพยาบาล (Hospital-Based Agency) หน่วยงานเหล่านี้ดำเนินงานในหน่วยงานหรือแผนกของโรงพยาบาล หน่วยงานการดูแลสุขภาพนี้ จัดเตรียมการดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลหรือบางทีก็ดำเนินงานด้วยตัวของตัวเอง แต่ปฏิบัติการ คล้ายกับการแยกออกเป็นส่วนตัว เป็นสิ่งที่ปกติเหมือนกันกับหน่วยงานอิสระ หลักใหญ่ การส่งต่อภายในของหน่วยงานจากสถาบันที่สนับสนุน เป็นการส่งต่อจากบุคคลใด ๆ ภายใน หน่วยงาน

6) หน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของรัฐ (Official, Public Agency) หน่วยงานเหล่านี้ เป็นหน่วยงานของรัฐดำเนินการโดยรัฐ, มณฑล, เมือง หรือหน่วยของรัฐบาลส่วนท้องถิ่น ที่รับผิดชอบหลักในการป้องกันโรค และบริการการสอนให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นการบริการของ พยาบาลสาธารณสุขดั้งเดิมให้บริการผ่านหน่วยงานการดูแลสุขภาพของรัฐ คือการค้นหาโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, และการบริการสิ่งแวดล้อมทางสุขภาพ เหมือนกันกับการ ดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว

7) หน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบผสมผสาน (Combination Agencies) จะเป็น หน่วยงานที่ร่วมกันกับหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานของเอกชน เป็นการบริการดูแลสุขภาพที่ บ้านมักให้บริการโดยพยาบาลส่วนบุคคลของแผนกสุขภาพส่วนท้องถิ่นและ อาจจะใช้หรือไม่ใช้ รวมกับการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กับพยาบาลสาธารณสุข

8) หน่วยงานผู้ช่วยเหลือดูแลทำงานบ้าน (Homemaker-Home Care Aide Agency) เป็น หน่วยงานที่จัดเตรียมให้บริการผู้ช่วยเหลือดูแลทำงานบ้านโดยเฉพาะ โดยปกติเป็นของเอกชนและ ได้มาจากการจ่ายค่าชดเชยจากผู้จ่ายโดยตรง ควบคุมดูแลโดยบุคคลที่เป็นเจ้าของหรือร่วมมือกับ สำนักงานใหญ่

9) หน่วยงานการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง (Hospice) การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังเป็น โครงการเฉพาะของการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและครอบครัวของเขา เป้าหมาย โดยตรงของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่หมดหวัง เพื่อบรรเทาอาการปวด และควบคุมอาการแสดง อื่น ๆ มากกว่าการดูแลรักษา

10) หน่วยงานการดูแลสุขภาพอื่น ๆ (Other Home Care Organizations) การบริการดู สุขภาพที่บ้านประเภทอื่น ๆ แตกต่างกันไปตามความต้องการ ซึ่งสามารถจัดเตรียมการให้บริการ โดยบริษัทที่ปฏิบัติงานทางด้านเทคนิค โดยโทรศัพท์เรียกตามหน้าที่ ตามปกติบริษัทเหล่านี้จัด เตรียมการบริการที่เป็นเทคโนโลยีระดับสูง (เช่น เครื่องช่วยหายใจ, การให้อาหารทางเส้นโลหิต) และการบริการอื่น ๆ ที่จะช่วยผู้รับบริการ และพยาบาลในการวางแผน จัดเตรียมเครื่องมือ

Ringsven and Jorenby ( พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539) ได้แบ่งประเภทของโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลักใหญ่ ๆ ในด้านของการจัดการบริหาร เช่นเดียวกับ Humphry & Millone-Nuzzo (1996 : 4-5) คือ การจัดขึ้นโดยหน่วยงานสาธารณสุข (Public Health Agency) ได้รับความสนับสนุนจากรัฐบาล การจัดโดยเอกชนซึ่งเป็นบริการที่จัดในเชิงธุรกิจ และการจัดโดยเน้นโรงพยาบาลเป็นฐาน ซึ่งจะมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นหลักในการดำเนินงาน

ในประเทศไทยการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นในลักษณะที่บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเน้นโรงพยาบาลเป็นฐานเป็นส่วนใหญ่ การดำเนินการในเชิงธุรกิจยังไม่ค่อยแพร่หลายมากนัก อาจเป็นช่วงที่ประเทศไทยกำลังแสวงหาความเหมาะสมของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งต้องการการศึกษาวิจัยอีกต่อไป

### 5. การดำเนินงานการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

พรทิพย์ เกตุรานนท์ (2539) ได้ศึกษาวิจัย รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในทศวรรษหน้า (2539-2549) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามเคลฟายจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย พบว่า

1. แนวคิดในการดำเนินงานใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมที่มองคนทั้งระบบ เน้นการสาธารณสุขมูลฐาน การให้บริการพื้นฐาน ใช้หลักการประสานงาน เน้นการสร้างทัศนคติที่ดีต่องาน ในรูปแบบ Family Relation Home Health Care ใช้แนวคิด การวินิจฉัยชุมชน การสร้างทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคด้วยตนเอง การยอมรับบุคคลเพื่อให้เกิดครอบครัวสัมพันธ์ โดยใช้แนวคิดจากการบริหารการบริการของโรงแรมที่เรียกว่า “อาคันตุกะสัมพันธ์” มาใช้ การจัดทำกิจกรรมในงานสาธารณสุขบางอย่างที่ไม่มีคนรับผิดชอบโดยตรง โดยการจรรณรงค์ในมวลชน (Mass campaign)

2. นโยบายของรัฐต้องนับผู้ป่วยที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นกึ่งผู้ป่วยใน จึงจะทำให้บุคลากรสนใจงานชุมชนมากขึ้น

3. การจัดองค์กร โครงสร้างองค์กรเป็นงานประจำที่เป็นงานรวมของโรงพยาบาล ผสมผสานรูปแบบของการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3 แบบ คือ Classical home health care ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา เป็นรูปแบบที่ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปในการให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง Family relation home health care เป็นรูปแบบระบบการพยาบาลครอบครัว และ Rural home health care เป็นรูปแบบขยายถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ทีมประกอบด้วย บุคลากรจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ควรมีหน่วยงานรองรับ ถ้าไม่มีหน่วยงานรองรับแต่ควรมีสถานที่ทำงาน มีคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

4. การบริหารบุคคล ในด้านแผนกำลังคนมีอัตราตำแหน่งเจ้าหน้าที่และมีกรอบอัตรากำลังที่ชัดเจน ขออัตราเสริมเมื่อจำเป็น การสรรหาและการคัดเลือกบุคลากรต้องมีประสิทธิภาพ

5. การอำนวยความสะดวก การสั่งการอยู่ในรูปการขอความช่วยเหลือ การจูงใจควรมีการยอมรับผลงาน และให้มีความก้าวหน้าในงานที่ทำ การติดต่อสื่อสารใช้เทคโนโลยีมาใช้มีระบบช่องทางด่วน

6. การประสานงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและกลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

7. การรายงาน นำคอมพิวเตอร์มาใช้จัดเก็บข้อมูล เพื่อประหยัดเวลา

8. การงบประมาณ จากเงินบำรุงโรงพยาบาล

9. สิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่ใช้ในการดำเนินการ ผู้อำนวยการต้องให้การสนับสนุนและควบคุมกำกับอย่างจริงจัง ควรมียานพาหนะเฉพาะในงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จะเห็นว่า การดำเนินการจัดการบริหารการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน ขึ้นอยู่กับปัจจัยเอื้ออำนวยหลายอย่างในการจัดการ ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือผู้บริหารในการสนับสนุนงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการร่วมมือร่วมใจกันในหลาย ๆ ฝ่ายของโรงพยาบาลที่สำคัญที่สุดคือผู้บริหารสูงสุดทางการพยาบาล ในการจัดระบบงานการดูแลสุขภาพที่บ้านให้สอดคล้องกับงานต่าง ๆ ที่มีอยู่

โดยทั่วไปการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งจะมีใบส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลส่งมาที่หน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่อาจให้บริการก่อนหรือหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หากผู้ป่วยไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาลก่อนมีการดูแลที่บ้านจะมีการส่งต่อจากหน่วยงานต่าง ๆ หรือการขอใช้บริการโดยผู้ป่วยหรือครอบครัว (สุภาวดี, 2358 : 8) กรณีที่ส่งต่อมาจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาลนั้น มีการดำเนินการดังนี้

1) พยาบาลในหอผู้ป่วยจะเป็นผู้เตรียมผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเตรียมญาติในการช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน

2) จากนั้นแพทย์จะเป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3) พยาบาลที่เป็นผู้ประสานงานการดูแลสุขภาพที่บ้านจะเป็นผู้ติดต่อหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลที่จะไปเยี่ยมบ้านนั้นจะติดต่อกับแพทย์เกี่ยวกับคำสั่งรักษาโดยเฉพาะ และจะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลหรือที่บ้านตามแต่สถานการณ์ทำการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกายเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ รวมทั้งสิ่งสนับสนุน

ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนจัดเตรียมบริการและกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและตามคำแนะนำของแพทย์ อาจมีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านกับผู้ป่วยและครอบครัว แล้วมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติ บางรายอาจมอบหมายให้ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ

4) สมาชิกทีมการดูแลสุขภาพที่ได้รับมอบหมายกรณีผู้ป่วยเพื่อดูแลสุขภาพที่บ้าน จะดำเนินการบริการสุขภาพตามแผนที่กำหนดไว้ ภายหลังจากให้บริการจะบันทึกการเยี่ยมให้เรียบร้อย และรายงานการเยี่ยมกับผู้ประสานกรณีผู้ป่วย

5) พยาบาลผู้ประสานงานกรณีผู้ป่วยจะทำการประชุมทีม ปรีกษาหรือเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ให้บริการทุกคนสัปดาห์ละครั้ง เพื่อความก้าวหน้าและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วย หรือติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

6) การบันทึกรายงานดูแลต้องละเอียด การเก็บรายงานจะรวมถึงการบันทึกของบุคลากรที่ให้การดูแลด้วย

7) การสิ้นสุดการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ และครอบครัวสามารถให้การช่วยเหลือต่อไปเองได้ (พรทิพย์ เกตุรานนท์, 2539 : 31-32 ; สุภาพร ไทยธานี, 2539 : 15-16)

ประพิน วัฒนกิจ (2536 : 8-9, 12-13) ได้กล่าวถึงวิธีการดำเนินงานดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้

- 1) จัดตั้งหน่วยงาน โดยมีสถานที่และผู้รับผิดชอบรับข่าวสารระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล
- 2) สำรวจข้อมูลของแต่ละครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลเลือกกลุ่มเป้าหมายในระยะแรก ในการตัดสินใจให้บริการสุขภาพ
- 3) ประชุมทีมทั้งก่อนและหลังการให้บริการ เพื่อการเสนอแนะปรับปรุง
- 4) สอนและฝึกหัดให้ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้
- 5) สนับสนุนติดตามการดำเนินงาน มีการติดต่อระหว่างหน่วยงานดูแลสุขภาพที่บ้านได้รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง ประชุมทีมดูแลสุขภาพที่บ้านเดือนละครั้งเพื่อแก้ไขปัญหาบันทึกและรวบรวมรายงานเก็บไว้เป็นหลักฐานในการดำเนินงานและประเมินผล

ในด้านทีมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นมาจากหน่วยงานที่ให้บริการโดยตรงหรือจากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้อาจจัดตั้งเป็นคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยฝ่ายการแพทย์ ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายเวชกรรมสังคม และกลุ่มงานบริการด้าน

ต่าง ๆ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน (วิลาวลัย เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล, 2538 : 5) ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการประสานงานระหว่างผู้รับบริการและแพทย์ ดูแลตามแนวการรักษาของแพทย์และตามสถานะสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันของผู้รับบริการ บทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องของพยาบาลคือการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและครอบครัว เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูสุขภาพเดิมหรือสนับสนุนการดำรงหน้าที่ของร่างกายให้ได้ระดับอันสูงสุด ส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการอื่น ๆ ตามเช่น อาชีวบำบัด กายภาพบำบัดหรือการบริการสังคม นิเทศบุคลากรระดับอื่น ๆ ของการพยาบาลอื่น ๆ (May, 1993 : 28) นอกจากนี้พยาบาลจะเป็นผู้วางแผนการออกบริการและประเมินความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2) แพทย์ เป็นผู้ที่ทำให้การรักษาผู้ป่วยตลอดการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน มีส่วนร่วมในการวางแผนในการให้การดูแลรักษา การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษ แนะนำผู้ป่วยให้เรียนรู้และช่วยเหลือตนเองเท่าที่ทำได้ มีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนในขณะที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตลอดจนให้ข้อมูลที่จำเป็นกับทีมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่จะไปให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน ถึงแม้จะไม่ได้เป็นบุคลากรในหน่วยงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3) นักสังคมสงเคราะห์ แต่เดิมนักสังคมสงเคราะห์จะช่วยผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำเป็นและทำการส่งต่อไปยังแหล่งทรัพยากรในชุมชน ภาระหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้น ช่วยจัดหาผู้สนับสนุนที่จะให้ความช่วยต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการต้องการในวิธีการถึงการบริการและเตรียมจัดหาข้อมูลทางการเงิน

4) นักอาชีวบำบัด เป็นผู้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือและสอนผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพมุ่งเน้นการช่วยเหลือตนเอง โดยการทดสอบกล้ามเนื้อและข้อต่าง ๆ และการใช้เครื่องมือช่วยเหลือเพื่อประหยัดพลังงานส่งเสริมความปลอดภัยเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้หรือสามารถประกอบอาชีพได้

5) นักกายภาพบำบัด เป็นผู้ประเมินระบบประสาทและกล้ามเนื้อของผู้ป่วย และความสามารถทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อช่วยปัญหาการเคลื่อนย้าย หรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อให้ผู้ป่วย แนะนำแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในการปฏิบัติตามโปรแกรมการออกกำลังกาย ตลอดจนการประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อความปลอดภัย



6) เกสซ์กร เป็นผู้ให้ข้อมูลทางด้านการใช้จ่ายแก่สมาชิกในทีมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยา วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังและข้อห้ามในการใช้ยา และอาการข้างเคียง ตลอดจนบันทึกคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วยลงในบันทึกของผู้ป่วย

7) นักโภชนาการ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารโดยตรงแก่ผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการเพื่อให้คำแนะนำ ด้านการจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยกับการบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน

8) นักพยาธิวิทยาด้านการพูด ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ด้านการพูด การกลืน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพูด การใช้ภาษาและการได้ยินให้สมบูรณ์ดังเดิมสามารถที่จะสื่อสารภาษา กับผู้อื่นได้และช่วยญาติ เข้าใจและเผชิญความพิการของผู้ป่วย

9) พนักงานผู้ช่วยการดูแลสุขภาพที่บ้าน ปฏิบัติการบริการโดยทั่วไป 3 อย่างคือ การดูแลส่วนบุคคล งานพื้นฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การวัดอาการสิ่งมีชีวิต แนะนำในการเลือกการรักษา การช่วยผู้ป่วยในการรับประทานยา และการทำงานบ้านที่ไม่ได้ตั้งใจ

10) คนทำงานบ้าน ส่วนใหญ่งานของคนทำงานบ้านให้บริการทำงานบ้านที่เบา ๆ เช่น การล้างจาน การซักกรีด การเตรียมอาหารเบา ๆ การช่วยซื้อของและช่วยติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ

## 6. บทบาทและคุณสมบัติพยาบาลวิชาชีพในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

บทบาทพยาบาลในการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นลักษณะเฉพาะและมีความหลากหลาย ซึ่งนักวิชาการได้กำหนดบทบาทในการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็น 2 บทบาทหลักด้วยกัน คือ

1) บทบาทการดูแลโดยตรง มุ่งตามความจำเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย เช่น การทำแผล การให้สารน้ำทางเส้นโลหิตดำ การสอนแนะนำผู้ป่วย และญาติในการดูแลตนเอง เป็นต้น

2) บทบาทการดูแลโดยอ้อม เป็นบทบาทที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย วางแผนระยะเวลาดูแลตามความจำเป็น เป็นผู้ประสานงานกับผู้ร่วมทีมต่าง ๆ ในการให้บริการและเป็นผู้จัดการกรณีผู้ป่วย ร่วมมือกับแพทย์ วางแผนระยะเวลาการดูแลตามความจำเป็น เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย รับผิดชอบต่อความจำเป็นในการดูแลและการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง นิเทศงานงานแก่ผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการให้การดูแลของสมาชิกทีมผู้ให้บริการในระดับต่างและมีบทบาทในการให้ความร่วมมือหรือทำวิจัย (Blue & Purath, 1989; De Meneses & Perry, 1993; Gabe & Gill-

Forney, 1993; Mc Corkle & Germino, 1984; Stanhope & Lancaster, 1984 อ้างถึงในสุภาพร ไทยธานี, 2539 : 37; Kontzamanis, 1997 อ้างถึงใน Zang & Bailey, 1997 : 166-167)

ในด้านคุณสมบัติของพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องปฏิบัติงานที่บ้านของผู้รับบริการ สถานที่และสิ่งแวดล้อมก็แตกต่างกันกับที่โรงพยาบาล ซึ่งมีสิ่งที่เอื้ออำนวยประโยชน์หลายอย่าง และนอกจากการให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้วจะต้องมีการประสานงานกับบุคลากรต่าง ๆ ในหลายสาขาวิชาชีพ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) ต้องมีทัศนคติที่ดี เพราะเป็นงานที่หนัก เหนื่อย ทั้งกายและใจ
- 2) มีความรู้และทักษะ ประสบการณ์การทำงานในชุมชน และในคลินิก
- 3) ความรู้และทักษะที่ทันสมัยในการบริหารจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ
- 4) มีความรู้พื้นฐานกว้างขวาง ก้าวหน้า ทันสมัย ความรู้ในเรื่องการสอน และทฤษฎีการเรียนรู้
- 5) มีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาตัดสินใจอย่างฉับพลัน
- 6) มีความรู้และทักษะ ในการประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือ และมีความสามารถในการวินิจฉัยปัญหาชุมชน
- 7) มีความสามารถและทักษะ การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการสร้างสัมพันธภาพ ประสานงาน
- 8) มีความรู้ความสามารถในการสนับสนุน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชน
- 9) ต้องการความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย ต้องมีทักษะการทำงานเป็นทีม
- 10) ต้องรู้จักระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ในสังคม
- 11) ต้องเขียนบันทึกรายงาน และมีการวิจัย
- 12) เป็นผู้ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (สุภาพร ไทยธานี, 2539 : 32; ศรีสุดา รัศมีพงศ์, 2537)

## 2. โรคความดันโลหิตสูง

### 2.1 ความหมายโรคความดันโลหิตสูง

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูงไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูงคือแรงดันในหลอดเลือดขณะหัวใจบีบตัว (Systolic pressure) ที่ค่าสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทและมีแรงดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic pressure) ที่ค่าสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตสูงกำลัง คือค่า ความดันซิสโตลิก 140-160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก 90-95 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันโลหิตปกติคือ ความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Woods & Kochar, 1985 : 1)

คณะกรรมการสืบค้น ประเมินผล และรักษาโรคความดันโลหิตสูงแห่งชาติ (Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High blood pressure (1984) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้คำจำกัดความของโรคความดันโลหิตสูงดังนี้ (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993 : 225)

ความดันโลหิตซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก(มิลลิเมตรปรอท)		
< 140	ถือว่าปกติ	< 85	ถือว่าปกติ
140-159	ถือว่าเป็นระยะสูงกำลัง	85-89	ถือว่าสูงกว่าปกติ (High normal)
≥160	ถือว่าสูง	90-104	ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงเล็กน้อย
		105-114	ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงปานกลาง
		≥115	ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงรุนแรง

ความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม เช่น อารมณ์โกรธ ความหนาวเย็น ความกลัว ความเจ็บปวด และการออกกำลังกาย ในแต่ละวันความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของกิจกรรมดังนี้ ความดันโลหิตจะมีค่าต่ำสุดเมื่อเวลา 03.00 น. จากนั้นความดันโลหิตจะเริ่มสูงขึ้นเมื่อถึงช่วงเวลา 10.00 น. และหลังจากนั้นก็เริ่มลดต่ำลงจนถึงต่ำสุดเวลา 03.00 น.(Woods and Kochar,1985:1)

ดังนั้นการวัดความดันโลหิตโดยปกติควรวัดเมื่อบุคคลนั้นได้พักทั้งร่างกาย และจิตใจ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ในท่านอน โดยให้ผู้ป่วยพัก 5 นาที และวัดทั้งแขนซ้ายและแขนขวาความแตกต่างของความดันโลหิตของทั้งสองแขนจะมีน้อยมาก และค่าความดันโลหิตในท่านั่งจะต่ำกว่าท่านอนเล็กน้อย (Grim, 1981: 351., เกษม วัฒนชัย, 2532., สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 129-130)

องค์การทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Medical Care Review Organization, U.S.A.,1971 อ้างถึงใน สุนันทา ภูเก็ลียะ, 2524: 16) กล่าวว่า ผู้ป่วยอายุ 15-45 ปีมีความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มม.ปรอท หรือผู้ป่วยอายุมากกว่า 55 ปีมีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 100 มม.ปรอท ถือว่าผิดปกติ โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ห่างกันไม่น้อยกว่า 1 สัปดาห์

## 2.2 อุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง

มีผู้รายงานไว้ในประเทศสหรัฐอเมริกาว่ามีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 3 ต่อปี โดยอุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (อายุ 20-30 ปี อุบัติการณ์ร้อยละ 1-2, อายุ 60-70 อุบัติการณ์ร้อยละ 4-8) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในช่วง 50 ปีแรกของชีวิต และกลับกันหลังจากนั้น สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยประชากรไทย พ.ศ. 2534 พบว่า ภาวะความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้นหรือน้ำหนักตัวมากขึ้น โดยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบอุบัติการณ์ร้อยละ 5.41 จากการคัดกรองเพียงครั้งเดียวและประชากรเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะพบในอายุ 40 ปีขึ้นไปและเสี่ยงสูงขึ้นถึงเกือบ 2 เท่า (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2539)

## 2.3 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุของโรคมี 2 ประเภทคือ (Kaplan, Sallis & Patterson,1993 : 227; Carol, 1989 : 61; พิทยา จูภาวิง, 2538 : 76)

1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential Primary หรือ Idiopathic hypertension) พบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 -95 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในขณะนี้ และต้องการการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค เนื่องจากไม่หายขาดต้องรักษาตลอดชีวิต (Woods & Kochar, 1993) และงานวิจัยนี้ก็จะกล่าวถึงเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเท่านั้น

2) ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ร้อยละ 5-10 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ความผิดปกติของไต (Kidney dysfunction), ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ, ภาวะตั้งครรภ์, การรับประทานยาคุมกำเนิด, ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Coarctation of aorta), สมองอักเสบ, ระบบประสาท, เนื้องอกของสมอง, โรคจิตวิปริต, การคั่งของน้ำในหลอดเลือดมาก, ภาวะไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น เมื่อทราบสาเหตุ และได้รับการรักษาที่ถูกต้องความดันโลหิตจะกลับเป็นปกติหรือหายขาดได้

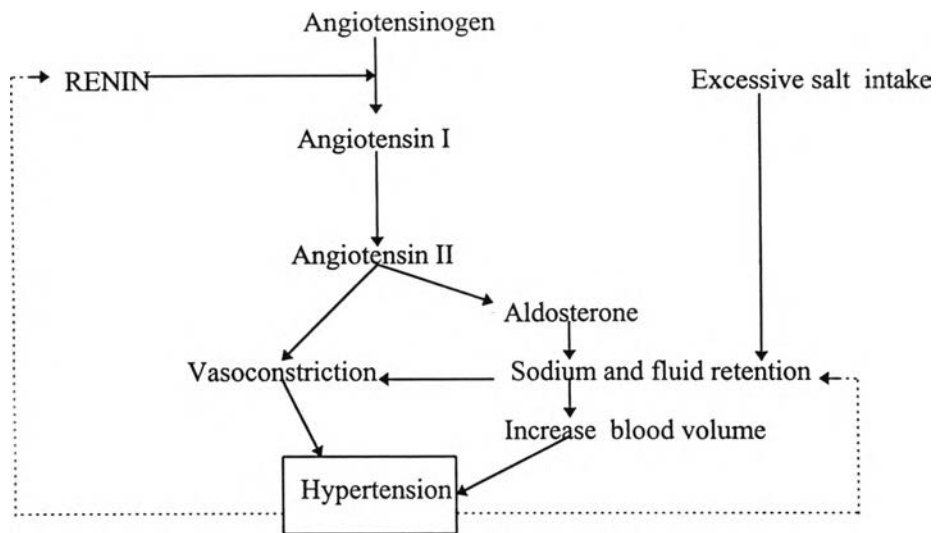
## 2.4 พยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงชนิดหาสาเหตุไม่ได้ (Pathophysiology of essential hypertension)

วูดส์และโคชาร์ (Woods & Kochar, 1985) ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงกลไกการควบคุมความดันโลหิตทางพยาธิวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ดังนี้

1) การเพิ่มของเลือดที่บีบออกจากหัวใจใน 1 นาที และแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย (Increased Cardiac Output and peripheral resistance)

2) การคั่งของน้ำและเกลือ (Retention of Salt and Water) ปริมาณของเกลือและของเหลวภายนอกเซลล์ที่เพิ่มขึ้น มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูงในคนโดยทางพันธุกรรม ในภาวะปกติเมื่อความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงเล็กสูงขึ้น การขับเกลือและน้ำทางปัสสาวะ จะเพิ่มขึ้น ทำให้ระดับของเหลวในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะลดลงสู่ระดับปกติ แต่ในกรณีที่เกิดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ การทำงานของไตจะไม่ปกติ ดังนั้นถ้าความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นร่างกายไม่สามารถขับเกลือและน้ำออกทางไตได้ตามปกติ ผลจากการปรับกลไกทางร่างกายจะมีขึ้นในสภาวะใหม่ทำให้ปริมาณของเหลวในร่างกาย และปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่ในหนึ่งนาทีเป็นปกติ อีกทั้งเพื่อให้ระดับการขับเกลือและน้ำออกจากร่างกายได้ในปริมาณเท่าเดิม จึงทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดง นอกจากนี้การบริโภคเกลือเป็นจำนวนมากจะมีผลต่อบุคคลที่มีความไวต่อเกลือจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้และลักษณะนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

3) ความไม่สมดุลของ เรนิน (Renin) แองจิโอเทนซิน (Angiotensin) แอลโดสเตอโรน (Aldosterone) โดยที่สารเคมีทั้งตัวนี้เป็นตัวควบคุมความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงเล็ก ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุมีระดับ เรนินสูงกว่าปกติ (Kochar and Daniels, 1978 : อ้างถึงใน เพ็ญศรี พงษ์พานิช, 2536 : 10)



แผนภูมิที่ 1 ระบบ เรนิน / แองจิโตนซิน/ แอลโดสเตอโรน ในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และผลย้อนกลับทางลบของความดันโลหิตสูงที่ปกติจากการคั่งของสารเรนินและเกลือโซเดียม อธิบายได้จากเส้นประในภาพ

ที่มา : Woods & Kochar, 1985

4) การได้รับสารคอร์ติคอยด์มากเกินไป ( Excessive Mineralocorticoids)

5) ความเครียดและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น (Stress and Increased Sympathetic Activity) พบ การเพิ่มของ สารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และ แคททีโคลามีน (Catecholamine) ที่ขับออกทางปัสสาวะพบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งโคชาและดานีลส์ (Kochar & Daniels, 1978 : 17-21 อ้างถึงใน เพ็ญศรีพงษ์พานิช, 2536 : 10) อธิบายว่า ปฏิกิริยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดเป็นการป้องกันและปรับตัวตามปกติ ในภาวะที่มีความเครียดระบบประสาทถูกกระตุ้น การทำงานของต่อมหมวกไตเพิ่มขึ้น ระบบประสาทจะปล่อยสารเคมีนอร์อิพิเนฟรินออกมาทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แต่หลังจากนั้นจะมีสารเคมีที่ระบบประสาท (Buffer nerve) ปล่อยออกมาทำให้ฤทธิ์ของนอร์อิพิเนฟรินหมดไป ความดันโลหิตจึงลดลง แต่กรณีที่มีการกระตุ้นระบบประสาทชนิดนั้นนาน ๆ และคงที่จะทำให้ร่างกายไม่สามารถต้านปฏิกิริยานี้จึงเกิดความดันโลหิตสูงตลอดเวลา พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ มีค่านอร์อิพิเนฟรินอยู่ระหว่างร้อยละ 24-75 (ค่าปกติร้อยละ 1-5) ยิ่งไปกว่านั้นสารเคมีตัวนี้ยังเป็นตัวกระตุ้นให้หลังเรนินและแองจิโตนซินทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว และเพิ่มความดันโลหิตได้อีกทางหนึ่ง

6) ข้อสมมุติฐานของการหดตัวของปริมาตรของเส้นเลือด (Volume Vasoconstriction Hypothesis)

7) การขาดสารเคมีที่ทำให้เส้นเลือดขยายตัว (Deficiency of Vasodilatation Substance) ได้แก่ สารโพสตาแกลนดินและคินิน

8) ความไม่สมดุลของ อะตอมที่มีประจุบวก ภายในเซลล์ (Intracellular Cation Imbalance)

9) การขับสารเคมีที่ทำให้เส้นเลือดหดตัวมากเกินไป (Vasopressin Excess)

10) ปัจจัยอื่น ได้แก่ เชื้อชาติผิวดำ นอกจากนั้นยังมีองค์ประกอบอื่นที่มีส่วนร่วมในโรคความดันโลหิตสูง คือ

ก. พันธุกรรม ถ้ามีประวัติบิดา มารดา เป็นทั้งสองคน โอกาสที่ลูกจะเป็นมีมากขึ้น ผู้ที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรมของภาวะความดันโลหิตสูงอาจไม่พบภาวะนี้เลยตลอดชีวิต หรืออาจมีโอกาสแสดงเมื่อมีอายุสูงวัยมาก ๆ เท่านั้น แต่ถ้าพบว่ามีประวัติทางพันธุกรรม และชีวิตยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ มาก พบว่าเมื่อพ้นอายุ 30 ปีจะเริ่มมีภาวะนำของการมีความดันโลหิตสูง (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2539 : 79)

ข. ความอ้วนและการรับประทานเกลือมาก มีผู้ทำการทดลองแล้วพบว่าถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ความดันโลหิตจะสูงขึ้น 3 มม.ปรอท ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก พบว่าคนอ้วนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสมดุลของโซเดียม (Sodium Balance) ด้วย เพราะเมื่อได้ลดอาหารเกลือความดันโลหิตไม่ลด แต่ถ้าลดความอ้วนและลดอาหารเกลือด้วย ความดันโลหิตจะลดลงได้

ค. ความดันโลหิตที่สูงขึ้นครั้งแรกในวัยเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ไม่มี

ง. การสูบบุหรี่ พบว่า ถ้าคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้วสูบบุหรี่ด้วย จะทำให้มีการเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และคนที่เคยมีความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งแรกและมีประวัติความดันโลหิตสูงในครอบครัว รวมทั้งการสูบบุหรี่ด้วยโอกาสที่จะมีความดันโลหิตสูงอย่างคงที่ก็จะง่ายขึ้น

จ. การที่มีโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผนังของหลอดเลือดแดงเสียไป

ฉ. ขนาดของครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีบุตรมากความดันโลหิตไม่ค่อยสูง ต่างจากครอบครัวที่มีบุตรน้อย

## 2.5 อาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

อาการและอาการแสดง ของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุระดับเล็กน้อย จนถึงปานกลางส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการอะไรชัดเจน (Bullock, 1992 : 528) แต่ถ้ามีอาการ อาการที่พบบ่อยคือ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มึนงง เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่เฉพาะสำหรับโรคความดันโลหิตสูง (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2539 : 79) อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น (กิตติพล พันธุ์เพ็ง, 2529 : 14) เนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่ เมื่อเป็นตอนแรกไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนออกให้เห็นดังกล่าว ดังนั้นกว่าจะรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้อาจจะมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นอันตรายและเป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างชัดเจน ( Bullock, 1992 : 258)

## 2.6 อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

อาการแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญมี (Taulli, 1998 : 449-450; Norton, 1995 : 629-630; Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995 : 929)

1) หัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ห้องหัวใจข้างล่างด้านซ้ายหนาขึ้น เนื่องจากต้องทำหน้าที่บีบเลือดจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนปลายของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ต้องสู้กับแรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นตลอดเวลา และเป็นเวลานาน ๆ ดังนั้นจึงหนาขึ้นและอาจหนาได้มาก ๆ จนถึงระยะหนึ่งซึ่งหัวใจทำการชดเชยไม่ไหวก็จะเกิดการขยายตัว และเกิดอาการของห้องหัวใจล่างด้านซ้ายวาย ส่วนเส้นเลือดที่เลี้ยงหัวใจมีการอุดตันเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ไปเลี้ยงหัวใจ

2) ไต พบว่าผนังของหลอดเลือดหนาขึ้น เกิดอาการไตแข็ง (nephrosclerosis) และหน่วยไตเล็ก ๆ เสียไป ถ้าเสียมาก ๆ เกิดอาการโลหิตเป็นพิษ เนื่องจากไนโตรเจนหรือยูเรียในเลือดมาก เนื่องจากประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียต่าง ๆ ออกจากร่างกายบกพร่อง ถ้ามีการคั่งของยูเรียมาก ๆ จะทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้

3) สมอ ง เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงสมอง ผลที่ตามมาคือ มีอาการเลือดและเกิดลิ่มในหลอดเลือด และมีการตายของเนื้อสมอง เกิดมีสวนโป่งพองในหลอดเลือด ถ้าเป็นเวลานาน ๆ และความดันโลหิตสูงมากก็จะแตกและมีอาการเลือดออกในสมอง ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้

4) ตา พบว่าเส้นเลือดที่มาเลี้ยงเรตินา (retina) แข็งตัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงตานี้ มีประโยชน์ในทางคลินิกในการที่จะบอกถึงการพยากรณ์โรคและแนะแนวทาง



ในการรักษาด้วย เมื่อตรวจด้วยเครื่องตรวจภายในลูกตาจะเห็นว่ามีารซึมของสารไปเกาะตามเนื้อเยื่อคล้ายปูย่นทั่วไปในเรตินา ถ้าเป็นมากจะเกิดลิมเลือดในเส้นเลือดที่มาเลี้ยงเรตินา หรือมีอาการเลือดออกทำให้สายตาเสียบางส่วนหรือบอดได้

5) หลอดเลือดใหญ่ จะมีการแข็งตัวของหลอดเลือดใหญ่ ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นซึ่งทำให้หลอดเลือดแตกได้ง่าย และจะทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

## 2.7 การรักษาโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

จุดมุ่งหมายร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การลดความดันโลหิตที่สูงขึ้น เพื่อป้องกันแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือด การรักษา มักใช้การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา (Pharmacologic therapies) และการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic therapies) (สมจิตร หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2541) มีดังต่อไปนี้

### การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา (Nonpharmacologic therapies)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการไม่ใช้ยา (Norton, cite in Linton, Matteson & Maebius, eds., 1995.,) ประกอบด้วย การลดน้ำหนัก, การจำกัดเกลือโซเดียม, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การเลิกสูบบุหรี่ และการลดการดื่มสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**การลดน้ำหนัก** การมีน้ำหนักมากเกินไปเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคความดันโลหิตสูง เพราะจะมีการสะสมของไขมันในร่างกาย จากการศึกษาในหลายการศึกษา พบว่า การลดน้ำหนักในทุก 1 กิโลกรัม จะมีค่าของความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง 1 มม.ปรอท (Havell, 1982 อ้างถึงใน Kaplan, Sallis, Patterson, 1993 : 236) การควบคุมและการลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์นั้น คำนวณจากค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) ซึ่งใช้สูตร

$$\text{ดัชนีความหนาของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักของร่างกายเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง}}$$

ดัชนีความหนาของคนปกติจะมีค่าระหว่าง 20-25 กิโลกรัม/ตารางเมตร (กก./ม<sup>2</sup>) ในเพศชาย และ 19-24 กิโลกรัม/เมตร ในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีร้อยละ 20 ถือว่าเป็นกลุ่ม

น้ำหนักที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติ (ศิริกานต์ เฟื่องพาศ, 2541 : 41) จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตและดัชนีความหนาของร่างกายของ ชนิดดา แบบอักษร, อรวรรณ แก้วบุญชู, สุณีย์ ละกำป็น และสมจิต ปทุมานนท์ (2541) พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ในคนอ้วนสูงกว่าคนที่มีความหนาของร่างกายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินได้มีการพิสูจน์แล้วว่า สามารถลดความดันโลหิตลงแน่นอน (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 118) ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วนจำเป็นต้องมีการลดน้ำหนักในอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อเป็นการลดความดันโลหิต สำหรับการลดน้ำหนัก ทำได้โดยจำกัดแคลอรีของอาหาร ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและกรดไขมันอิ่มตัว (สมจิตร์ หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2541) ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โดยทั่วไปเป็นไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว กะทิ รวมทั้งนม ครีม เนยแข็ง ไข่เนื้อวัว ซึ่งไขมันเหล่านี้จะไปเพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือดและเพิ่มไขมันในเลือด เป็นเหตุให้เส้นเลือดแดงแข็งตัว คราบไขมันที่จับเป็นกลุ่มเกาะติดที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดไม่เรียบและเล็กลง ซึ่งทำให้อาหาร เลือด ออกซิเจน ผ่านยากยิ่งขึ้นและไปเพิ่มความดันโลหิต (Woods & Kochar, 1985) ดังนั้นอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวควรหลีกเลี่ยง ระดับโคเลสเตอรอล ระดับ Low-density Cholesterol ที่สูงเป็นปัจจัยที่เสี่ยงมากกว่าของเส้นเลือดหัวใจโคโรนารี ประมาณ 1 ใน 4 ของเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 45-54 ปี มีการเพิ่มระดับโคเลสเตอรอล ถึง 200 mg. หรือสูงกว่า (ค่าปกติ 150-250 mg.)(Carol, 1989 : 595) ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทั้งนี้ร่างกายของมนุษย์จะผลิตโคเลสเตอรอลด้วยตัวเอง อาหารที่มีโคเลสเตอรอลมากจึงไม่จำเป็น ส่วนไขมันไม่อิ่มตัวจะได้จากพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมาก เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันงา น้ำมันรำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะไปลดระดับไขมันและโคเลสเตอรอลในหลอดเลือด ดังนั้นจึงควรได้รับประทานแทนไขมันอิ่มตัว เพราะร่างกายไม่สามารถผลิตไขมันไม่อิ่มตัวได้ สำหรับอาหารคาร์โบไฮเดรต ควรได้จากแป้ง ข้าว ผัก มากกว่าที่จะได้จากคาร์โบไฮเดรตจากน้ำตาล ซึ่งจะทำให้น้ำหนักเพิ่มและไขมันในเลือดสูง

**การจำกัดเกลือโซเดียม** เพราะการคั่งของเกลือโซเดียมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ปริมาตรของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก มีการสำรวจพบว่า ประชากรที่รับประทานเกลือโซเดียมน้อย เช่น คนชาววาโนมาโม และชินกู อินเดียนในประเทศบราซิล ไม่มีคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Carvalho, Baruzzi, et al., 1989 อ้างถึงใน Kaplan, Sallis & Patterson, 1933: 227) และสังคมที่มีการบริโภคเกลือสูงมีความโน้มเอียงที่มีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่นคนญี่ปุ่นรับประทานเกลือเป็นจำนวนมาก และเป็นประเทศหนึ่ง



เริ่มออกกำลังกาย (Somers & Sleight, 1987) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคตา โรคหัวใจ เหนื่อย หอบ เป็นต้น ควรได้รับการตรวจร่างกายและปรึกษาแพทย์ก่อน สำหรับวิธีที่ง่ายและประหยัดที่สุดในการออกกำลังกายคือ การเดิน ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรเริ่มต้นเดินช้า ๆ แบบชมวิวิทิวทัศน์ไปเรื่อย ๆ วันแรกใช้เวลา 10 นาที วันต่อ ๆ ไปเดิน 10 นาที เท่าเดิม จนอยู่ตัวคือเมื่อครบ 10 นาทีแล้วยังรู้สึกสบาย ๆ จึงค่อย ๆ เพิ่มครั้ง 2 นาทีจนได้ครบ 30 นาที ความเร็วช้าของการของการเพิ่มไม่กำหนดตายตัว แต่ละคนจะเพิ่มได้ไม่เท่ากันโดยอาศัยตัวเองเป็นผู้กำหนด สังเกตจากความรู้สึกถ้าร่างกายไม่ไหวก็อย่าเพิ่ม (กฤษฎา บานชื่น, 2527 : 20-21)

**การจัดการกับความเครียด** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักจะมีเครียดมากกว่าคนปกติ เนื่องจากรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงและยังต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนวิถีชีวิตอีกด้วย ความเครียดจะไปเพิ่มความดันโลหิตในผู้ป่วย โดยไปเพิ่มความต้านทานของเส้นเลือดส่วนปลาย และเพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (Polaski & Tatro, 1996., Taulli, 1998) ภาวะตกใจสุดขีดสามารถนำไปสู่การหลั่งของแอดรีนาลินที่มากเกินไป ซึ่งสามารถที่จะทำให้เส้นเลือดหัวใจหดตัวและการเต้นของหัวใจที่ผิดจังหวะอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหันของผู้ป่วยโรคเส้นเลือดหัวใจได้ (Kochar & Woods, 1985) ดังนั้นผู้ป่วยจึงควร ได้มีการพักผ่อนที่เพียงพอ การพักผ่อนหมายถึง การนอนหลับ การผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงจากภาวะเครียดต่าง ๆ สำหรับการผ่อนคลายนั้นจากการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993 : 234) เทคนิคการผ่อนคลายมีหลายวิธี มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่นการลดอัตราการหายใจ การเต้นของหัวใจ การลดความดันโลหิต การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบบำบัดร่างกายมีความเครียดลดลง สุขภาพทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น (เอี่ยมพร ทองกระจ่าง, 2526 : 132)

**การเลิกสูบบุหรี่** พบว่าเพศชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุ 45-54 ปี มีการเพิ่มของระดับโคเลสเตอรอลและสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวันอัตราการตายจากโรคเส้นเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มเป็น 3 เท่ากว่าปกติและอันตรายจากโรคเส้นเลือดในสมองเป็น 7 เท่ากว่าปกติ (Woods&Kochar, 1985 : 5) เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคติน ซึ่งจะทำให้เกิดการหลั่งสาร นอร์อิพิเนฟริน ซึ่งจะไปเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันซิสโตลิก และความดัน ไดแอสโตลิก สารนิโคตินจะไปส่งเสริมการรบกวนจังหวะการเต้นของหัวใจ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงของการเต้นของกล้ามเนื้อหัวใจ และสารนิโคตินเป็นสาเหตุการเพิ่มของครดไขมันอิสระในกระแสเลือด

ตลอดจนไปเพิ่มความเหนียวของเกร็ดเลือดซึ่งจะส่งเสริมการเกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (Aronow & Kaplan, 1983 cited in Kaplan, Sallis, Patterson, 1993 : 378) ดังนั้นการเลิกสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญ ทั้งนี้ต้องอาศัยกำลังใจอย่างมากในการเลิกสูบบุหรี่ เพราะการติดสารเสพติดในบุหรี่

**การลดการตีบแอลลอกอฮอล์** การตีบแอลลอกอฮอล์มากกว่า 1 ออนซ์/วันสามารถนำไปสู่การเพิ่มของความดันโลหิต เนื่องจากการตีบแอลลอกอฮอล์เข้าไปเป็นจำนวนมากสามารถทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (Cardio myopathy) และแอลลอกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะไขมันในกระแสเลือดสูงและกระตุ้นการเร่งของการเกิดเส้นโลหิตแข็งตัวได้ (Kochar & Woods, 1985) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำกัดการตีบแอลลอกอฮอล์ให้ได้ไม่เกิน 1 ออนซ์/ วันของเอทานอล นั่นคือตีบเบียร์ได้ 24 ออนซ์ ตีบไวน์ได้ 8 ออนซ์ หรือวิสกี้ได้ 2 ออนซ์ (Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995)

#### การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา (Pharmacologic therapies)

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นการรักษาตามอาการ และต้องรักษาตลอดชีวิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความดันโลหิต ให้ต่ำกว่าระดับที่จะเป็นอันตรายต่อหัวใจและหลอดเลือด ได้มีข้อมูลการศึกษาในต่างประเทศแน่นอนว่า การรักษาความดันโลหิตสูงด้วยการใช้ยาสามารถลดอัตราเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตยิ่งสูงมาก จะยังมีอันตรายมากขึ้นตามลำดับ และเป็นที่ยอมรับว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปานกลางและรุนแรงจำเป็นต้องรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการปฏิบัติตัวดังได้กล่าวมาข้างต้นก็จะต้องทำตลอดการรักษา (สุภชัย วัฒนอมทรัพย์, 2539) สำหรับขั้นตอนในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาโรคความดันโลหิต ( 2533) ของกระทรวงสาธารณสุข (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ให้คำแนะนำสรุปได้ดังนี้

1) ขั้นตอนในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในรายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนที่ 1 ให้ใช้ยาลดความดันโลหิตที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ ในกลุ่ม Thiazide เป็นยาชนิดแรกในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากราคาถูกและมีประสิทธิภาพดี เหมาะสมกับเศรษฐกิจของคนไทย ถ้าแพ้ยาหรือถ่ายปัสสาวะมาก ไม่สะดวกในการใช้ยา ให้ใช้ยา Reserpine หรือ Methyldopa หรือยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) แทน

ขั้นตอนที่ 2 ถ้ารับประทานยาอยู่คนเดียวในขั้นตอนที่ 1 แล้วยังคงความดันโลหิตได้ไม่ดีแพทย์อาจพิจารณาว่าตัวที่ 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะกลุ่ม Thiazides อาจพิจารณาให้เพิ่มยาชนิดที่ 2 คือยา Reserpine หรือ Methyldopa หรือยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) หรือ

Prazosin หรือ Hydralazine สำหรับผู้ป่วยที่แพ้ Thiazides อาจพิจารณาให้ยา Furosemide ร่วมกับยาอื่น ๆ ข้างต้น

ขั้นตอนที่ 3 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาขั้นตอนที่ 1 และที่ 2 แต่ยังคงความดันโลหิตได้ไม่ดีแพทย์มักจะให้เพิ่มยาในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งได้แก่ Guanethidine หรือยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) หรือยาที่ยับยั้งเอนไซม์ที่เปลี่ยน Angiotensin (angiotensin converting enzyme inhibitor = ACE-I หรือ Minoxidil เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 ในกรณีที่ไม่สามารถจะควบคุมความดันโลหิตได้ด้วยยาดังกล่าว แพทย์มักต้องส่งต่อเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่อไป

ยาลดความดันโลหิตที่แพทย์ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งได้ 5 กลุ่ม ดังนี้ (Hockenberry, 1991: 421-422)

1) ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) แพทย์จะใช้รักษาความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรกร่วมกับยาลดความดันโลหิตรวมกันจนกระทั่งควบคุมโลหิตได้ ซึ่งออกฤทธิ์โดยขับน้ำและโซเดียมออกทางไตลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตลดทั้งไดแอสโตลิกและซิสโตลิกประมาณ 5-10 มม.ปรอท มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ อาจทำให้ระดับโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำ ไชมัน กรดยูริก แคลเซียม และน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ เกิดอาการอ่อนแรง ขาเป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ยากลุ่มนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อย (เกษม วัฒนชัย, 2532) คือ

1.1) กลุ่ม Thiazides และยาอนุพันธ์ ได้แก่ Bendroflumethiazide, Chorothiazide, Hydrochorothiazide, Methyclothiazide, Chlorthalidone, Indapamide, Metolazone และ Quinethazone

1.2) Loop diuretics ได้แก่ Furosemide, Ethacrynic acid, และ Bumetanide

1.3) Potassium-sparing diuretics ได้แก่ Amiloride (Mildamor), Spironolactone (Aldactone), Triamterene (Dyrenium)

2) ยาปิดกั้นแอดรีเนอร์จิก (Adrenergic receptor blocking drugs) แบ่ง 5 กลุ่มย่อย (Hockenberry, 1991) ได้แก่

2.1) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งแอดรีเนอร์จิกที่ระบบประสาทส่วนกลาง (Central adrenergic inhibitors) ได้แก่ยา cionidine (Catapres), methyldopa (Aldomet) ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยการยับยั้งการกระตุ้นซิมพาเทติกส่วนปลายโดยศูนย์ vasomotor ของ brain stem ฤทธิ์ข้างเคียงทำให้หงวซึม ปากแห้ง ความดันโลหิตในท่าตรงต่ำ สมรรถภาพทางเพศลดลง ดังนั้นจึงไม่ควรรับประทานยาพร้อม ๆ กับการดื่มสุราหรือร่วมกับยาพวกราบิบูเรตหรือยากล่อมประสาท หรือรับ

ประทานในขณะที่ต้องทำงานกับเครื่องจักร หรือขับรถ ผู้ป่วยโรคตับเป็นข้อห้ามในการใช้ยา Methyl dopa

2.2) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งแอดรีเนอร์จิกที่ประสาทส่วนปลาย โดยปิดกั้น Preganglionic และ Postganglionic (Peripheral neuronal inhibitors) ได้แก่ ยา Guanethidine และ Reserpine ผลข้างเคียง เกิดความดันโลหิตต่ำลงมากในท่ายืน ชิมเส้ร่า ข้อควรระวัง ถ้าใช้ร่วมกับ Tricyclic antidepressant, L-dopa และ Antidepressant ที่ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยที่เป็นเป็นแผลในกระเพาะอาหารลำไส้ และมีภาวะซึมเส้ร่าห้ามใช้ยา Reserpine

2.3) ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นแอดรีเนอร์จิกแอลฟา (Alpha-adrenergic blockers) ได้แก่ ยา Prazosin, Phenoxybenzamine ผลข้างเคียงทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำในท่ายืน

2.4) ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นเบต้า (Beta adrenergic blockers) ได้แก่ยา Propranolol ปิดกั้น beta 1 และ beta 2 receptors ทำให้หัวใจเต้นช้าลง และเพิ่มแรงต้านทานของทางเดินหายใจ ผู้ป่วยหืดควรหลีกเลี่ยง ยา Metoprolol ปิดกั้น beta 1 เฉพาะที่หัวใจ ยา Nadolo และยา Atenolo ปิดกั้น beta 1 beta 2 ข้อระมัดระวัง ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย หัวใจเต้นช้า หรือมีโรคเกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจหรือโรคของหลอดเลือดปลาย ๆ

2.5) ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นแอลฟา และเบต้าแอดรีเนอร์จิก (Alpha and Beta adrenergic receptor blocker) ได้แก่ ยา Labetalol อาการข้างเคียง มีความดันโลหิตลดลงขณะเปลี่ยนท่า

3. ยาออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด (Vasodilators) อาจมีอาการข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ ปวดขยอกอก มีขนขึ้นที่หน้าและลำตัว น้ำตาลในเลือดสูง กล้ามเนื้อกระตุก บางรายอาจมีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ ยากลุ่มนี้ได้แก่ (Hockenberry, 1991 : 422) ไฮดรอลาซีน (Hydralazine) หรืออะเพรสโซลีน (Apresoline) และยา Minoxidil เป็นต้น

4. ยาด้านระบบ เรนินและแองจิโอเทนซิน (Renin/Angiotensin inhibitors) ผลข้างเคียงอาจทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เบื่ออาหาร ผื่นขึ้น มีไข้ ไตพิการ ไอ (Hockenberry, 1991: 425)

5. ยาด้านแคลเซียม (Calcium Entry Blockers) ผลข้างเคียง คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง เวียนศีรษะ ใจสั่น กระเพาะอาหารทำงานผิดปกติ ยากลุ่มนี้ได้แก่ ยา Nifedipine, Verapamil, และ Diltiazem

จะเห็นว่ายาต่าง ๆ ที่แพทย์พิจารณาใช้กับผู้ป่วยนั้นจะต้องให้มีความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย จากการที่แพทย์ตรวจพบและคำบอกเล่าอาการของผู้ป่วย ก็จะทำให้แพทย์ปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ และถ้ามีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ที่รักษา และนำยามาให้ดูพร้อมกับมาตามาที่แพทย์นัดส่ง

เสมอ เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาลดหรือเพิ่มยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ไม่ควรปรับการรับประทานยาเองเพราะอันตรายมาก

สำหรับการดูแลตนเองจากผลข้างเคียงของยา สรุปได้ดังนี้ (woods & kochar,1993 : 41)

1) อาการปากแห้งและปัสสาวะบ่อย เกิดจากผลข้างเคียงของยาขับปัสสาวะและจะหมดไปอย่างน้อย 4 ชั่วโมงหลังรับประทานยา ถ้าอาการยังมีอยู่ควรปรึกษาแพทย์

2) เป็นลม เชื่องซึม ง่วงเหงาหาวนอน เป็นอาการของความดันโลหิตต่ำ ซึ่งยาลดความดันโลหิตเกือบทั้งหมดเป็นสาเหตุของการเป็นลม เชื่องซึม และมีนงงได้ ควรปรึกษาแพทย์ และไม่ควรทำงานหรืออยู่ในที่อันตราย เช่น ขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล

3) อาการมึนงง และมองเห็นแสงไฟบนศีรษะ (Light headiness) เป็นอาการของความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า เป็นอาการปกติที่พบจากการรับประทานยา ขับยั้งประสาทซิมพาเทติกในครั้งแรก ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอากาศร้อน การดื่มสุรารภายใน 3 ชั่วโมงหลังรับประทานยา การออกกำลังกายที่หักโหม เพื่อการป้องกันอาการมึนงงและอาการเป็นลมจากการเปลี่ยนท่า ควรเคลื่อนไหวร่างกายลงช้า ๆ เช่นในตอนเช้าขณะตื่นนอน ตอนแรกให้ลุกนั่งก่อนสักครู่เมื่อรู้สึกสบายจึงเริ่มลุกขึ้นยืนช้า ๆ

### 3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

#### 3.1 ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้างสลับซับซ้อน มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคล ที่มีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมที่ต่างกันไป คุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไปตามทัศนคติของแต่ละบุคคล (เสาวรส ปริญญาจิตตะ, 2540) ดังนั้นจึงได้มีผู้อธิบายความหมาย ของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ซึ่งจะพบว่าส่วนใหญ่จะมีความหมายคล้ายคลึงกันหรือสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันในรายละเอียดและตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (Well-being) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ซาน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล



พจนานุกรมที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และพยาบาล โดย มิลเลอร์-กิน (Miller-Keane, 1997) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต ว่าเป็นระดับของความพึงพอใจของบุคคล เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เฉพาะเจาะจง

อับรามส์ (Abrams, 1973 cited in Farquhar, 1995) กล่าวว่า เป็นระดับของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ที่บุคคลรู้สึกร่วมกันกับด้านต่าง ๆ ของชีวิตบุคคล

เสาวรส ปริญญะจิตตะ (2540) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติสุข ความสุขในชีวิต การบรรลุถึงเป้าหมายของตนหรือสิ่งที่คาดหวังในชีวิต

ชัตติยา ชั้นประดับ (2539) ได้อธิบาย คุณภาพชีวิต ว่าเป็นการรับรู้ ความรู้สึก หรือความพึงพอใจของบุคคลต่อความผาสุกต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคล

จิราพร อภิชาติบุตร (2540) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความรู้สึกพอใจ และความสุขที่แต่ละบุคคลรับรู้ และตัดสินใจด้วยตนเอง ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2540) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

จากความหมายต่าง ๆ ของ คุณภาพชีวิต จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจ และความรู้สึกเป็นสุขในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยตนเองต่อสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความหมายแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา และผู้วิจัยมีความสนใจในแง่มุมที่แตกต่างกัน ดังนี้

ซาน (Zhan, 1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นระดับประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่น่าพึงพอใจมีการเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อน ตามภูมิหลัง สถานะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและอายุซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและคุณภาพของชีวิต และบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการหยั่งรู้และรับรู้ให้ความหมายของชีวิตของบุคคลเสียก่อน จึงจะเกิดคุณภาพชีวิตตามมามีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

- 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นการที่บุคคลกระทำให้เกิดความสำเร็จในสิ่งที่จำเป็น ตามความคาดหวัง ความปรารถนา และความต้องการของชีวิต
- 2) อัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่ประกอบขึ้น ที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตัวเองในช่วงระยะเวลานั้น ซึ่งประกอบไปด้วย ลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง
- 3) ด้านสุขภาพและหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถทางด้านร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเหมาะสมของ การศึกษา อาชีพและรายได้

ฟลานาแกน (flanagan, 1978 อ้างถึงใน ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2549) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

- 1) มีความสุขสบายทางด้านร่างกาย และวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่นมีบ้านที่อยู่อาศัย มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
- 2) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
- 3) มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
- 4) มีการพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเองมีงานที่ทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
- 5) มีสันถนาการ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2540: 14) กล่าวว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตมี 6 ด้านดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน เป็นต้น

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความ เป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ว่าจะไม่ ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าจะ ได้เป็นผู้ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ว่าจะตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงใน ชีวิต การรับรู้ว่าจะได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคม สะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/Personal beliefs) คือ รวมไปถึงการ รับรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิต วิญญาณ ศาสนา และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะ อุปสรรค เป็นต้น

สุทธิลักษณ์ สุนทรโรดม (2537) ได้อธิบาย ว่าคุณภาพของชีวิตเป็นเรื่องของการดำเนิน ชีวิตทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความรู้สึกทางจิตใจหรือด้านอื่น ๆ ได้อย่างมี ความสุข และต้องมียอดองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ คือ มี กินมีใช้ตามสมควรกับสภาพแห่งตน องค์ประกอบทางด้านสังคม คือ มีการศึกษา มีคุณธรรม มี ภาวะผู้นำและพฤติกรรมที่สมาชิกในสังคมปฏิบัติต่อกัน และองค์ประกอบสุดท้าย คือ องค์ ประกอบทางด้านการเมือง คือ มีโครงสร้างทางการเมืองที่มั่นคงและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามา มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ที่กล่าวมานั้น เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการหยั่งรู้และรับรู้ให้ความหมายของชีวิตของบุคคลเสียก่อน จึงจะเกิดคุณภาพชีวิตตามมา

จากนิยามและแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นว่า การที่บุคคลจะเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้นั้น เกิดจากการที่บุคคลได้รับการสนองตอบต่อสิ่งที่ร่างกายและจิตใจต้องการอย่างเพียงพอ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานที่เป็นสากลได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ ถูกพัฒนาขึ้นมาใช้ได้โดยไม่จำกัดวัฒนธรรม และสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดมาตรการอย่างใดอย่างหนึ่ง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2540) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ อาจได้รับผลกระทบจากการรักษาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด ที่พัฒนาขึ้นใน ปี ค.ศ. 1996 มาวัดผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### 3.2 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีผู้กล่าวไว้หลายแนวทาง ดังนี้

แฟรงค์-สตอร์มเบิร์ก (Frank-Stromberg, 1984 อ้างถึงใน เสาวรส ปริญญาจิตตะ, 2540: 28) กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 3 ลักษณะ คือ

1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ผู้รักษา บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยการประเมินออกมาเป็นคะแนนต่าง ๆ เช่นความสามารถด้านร่างกาย อาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นต้น

2) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือในประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความสุขที่ได้รับ โดยการประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึง ความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ โดยบรรยายออกมา

องค์การยูเนสโก และซาน (UNESCO, 1980 : 312 ; Zhan, 1992 : 776) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านคือ

1) ด้านวัตถุวิสัย (Objective ) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เป็นข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรม มองเห็นได้ วัดได้ นับได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะของแต่ละบุคคล เป็นต้น

2) ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามถึงความรู้สึกเจตคติต่อประสบการณ์แต่ละบุคคลที่เกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง เป็นต้น

สรุปได้ว่า ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป มุ่งเน้นในด้านความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นเดียวกัน แต่ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะต้องคำนึงถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจาก อาการและอาการแสดงของโรค จากภาวะแทรกซ้อนของโรค การปรับเปลี่ยนในวิถีชีวิต และผลข้างเคียงของการรักษาจากยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องปรับแบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับการรักษาเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และดำรงชีวิตให้มีความปกติสุข การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องประเมินในหลายมิติ เพราะคุณภาพชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งหนึ่งสิ่งใด แต่อยู่บนพื้นฐานของสิ่งต่าง ๆ มากมาย จะทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม และถูกต้องตามสภาพความเป็นจริง มากกว่าการประเมินในมิติเดียว

### 3.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1995 ที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้านคือ ด้านสุขภาพทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ดังมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านสุขภาพทางร่างกาย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอันหนึ่งของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเมินความรู้สึกของร่างกายที่ทำให้ไม่พอใจ ในด้านความเจ็บป่วยและความไม่สุขสบาย ด้านกำลังวังชาและความเหนื่อยล้า การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำงาน ที่เกิดจากการ

เปลี่ยนสภาพของร่างกายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะสิ่งเหล่านี้กระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ตาพร่า มึนงง เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ นอกจากนี้แล้ว การรับประทานยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ก็จะต้องรักษากันตลอดชีวิต (Bullock, 1992 : 528) และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตเหล่านี้ ยังทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังได้กล่าวมาแล้วในเรื่อง โรคความดันโลหิตสูง เช่น กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ ก็จะทำให้ โปตัสเซียมในเลือดต่ำ ไซมันในเลือดสูง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ประจำเดือนผิดปกติ เต้านมโตในเพศชาย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ทั้งสิ้น

2) ด้านจิตใจ เป็นการประเมินคุณภาพความรู้สึในด้านดีและด้านไม่ดี เช่น ผู้ป่วยมีความสุข มีความหวังจากการที่ปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง ในการดูแลตนเองเนื่องจากสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การคิดการเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ และความแจ่มใสในการคิด การนับถือตนเอง ภาพลักษณ์และรูปร่าง จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีเป็นผลกระทบจากการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ต้องมีการปฏิบัติดูแลตนเองที่ถูกต้อง

3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับมิตรภาพ ความรักและการช่วยเหลือที่ได้รับจากคนใกล้ชิดรวมถึงการเอาใจใส่ดูแล การให้กับบุคคลอื่น กิจกรรมทางเพศ ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม ยาต้าน Adrenergic agents นั้นในเพศชายอาจมีเต้านมโตขึ้นและเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (เพ็ญศิริ พงษ์พานิช, 2536:19) รวมถึงการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม จิรภา หงษ์ตระกูล (2533 : 164) ได้ศึกษาถึงตัวที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่ารายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการวิจัยครั้งผู้วิจัยใช้การสอนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม คือการให้สมาชิกในครอบครัวร่วมรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย ตลอดจนใช้การรวมกลุ่มของการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยเน้นในบ้านและชุมชน ซึ่งเป็นสถานที่คุ้นเคยของผู้ป่วย

5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสังเคราะห์ เป็นต้น

6) ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality Religion/Personal beliefs) เป็นการรับรู้ที่รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

#### 4. การสนับสนุนทางสังคม

##### 4.1 ความหมายและแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจมากในทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรม ประเด็นที่ได้รับความสนใจมากคือ การสนับสนุนทางสังคมต่อสภาวะสุขภาพของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความหลากหลาย แล้วแต่การให้คำนิยามของงานวิจัยนั้น (Hupcey, 1998) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ทอยส์ (Thoits, 1982) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว

โคเฮิน และ ซิมม์ (Cohen & Syme, 1985) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จัดเตรียมโดยบุคคลอื่น ๆ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของบุคคล ที่ได้รับการยอมรับ ความรัก ความยกย่องนับถือ และความต้องการ ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่บุคคลทำเพื่อบุคคลอื่น ๆ

คาแพลน และคณะ (Kaplan et al., 1993) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม เป็นความพึงพอใจร่วมกันกับการมีสัมพันธภาพทางสังคม

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคม ในด้าน ด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล

ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว

4.2 ประเภทการสนับสนุนทางสังคม เพนเดอร์ (1987) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม 5 ชนิด สรุปได้ดังนี้

1.) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ หมายถึง ครอบครัวจะเป็นกลุ่มสนับสนุนปฐมภูมิ ซึ่งจะทำให้การสนับสนุนที่เหมาะสม เป็นสิ่งไวต่อความรู้สึกต่อความต้องการของสมาชิกครอบครัว ก่อให้เกิด การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การยกย่องนับถือ ความคาดหวังในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.) ระบบสนับสนุนในกลุ่มเพื่อน ที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีหน้าที่ไม่เป็นทางการที่พบปะช่วยเหลือตามความจำเป็น

3.) ระบบสนับสนุนที่เกี่ยวกับศาสนา เป็นสถาบันที่บุคคลได้มาพบปะ พุดคุยแลกเปลี่ยนกัน

4.) การสนับสนุนจากองค์กรที่ดูแลทางสุขภาพ หรือการช่วยเหลือทางวิชาชีพ

5) การสนับสนุนจากกลุ่มขององค์กรที่ไม่ใช่องค์กรทางการแพทย์โดยตรง เช่นที่ให้บริการทางการแพทย์ และกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จะเห็นได้ว่าระบบสนับสนุนทั้งหมดนี้สามารถที่จะเป็นสิ่งที่ให้บุคคลหรือครอบครัวใช้ประโยชน์เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีคุณภาพชีวิตที่ได้ โดย เพนเดอร์ กล่าวต่ออีกว่ามันเป็นการสนับสนุนปกป้องสุขภาพเพื่อควมมีสุขภาพดี ตามแนวคิดนี้ กล่าวคือ จะช่วยสร้างและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนับถือตนเอง และความเป็นอยู่ ลดความเครียด ให้ผลสะท้อนกลับที่นำไปสู่ความคาดหมายที่น่าประทับใจของสังคม และเป็นกันชน (buffering) ของการเผชิญความเครียด

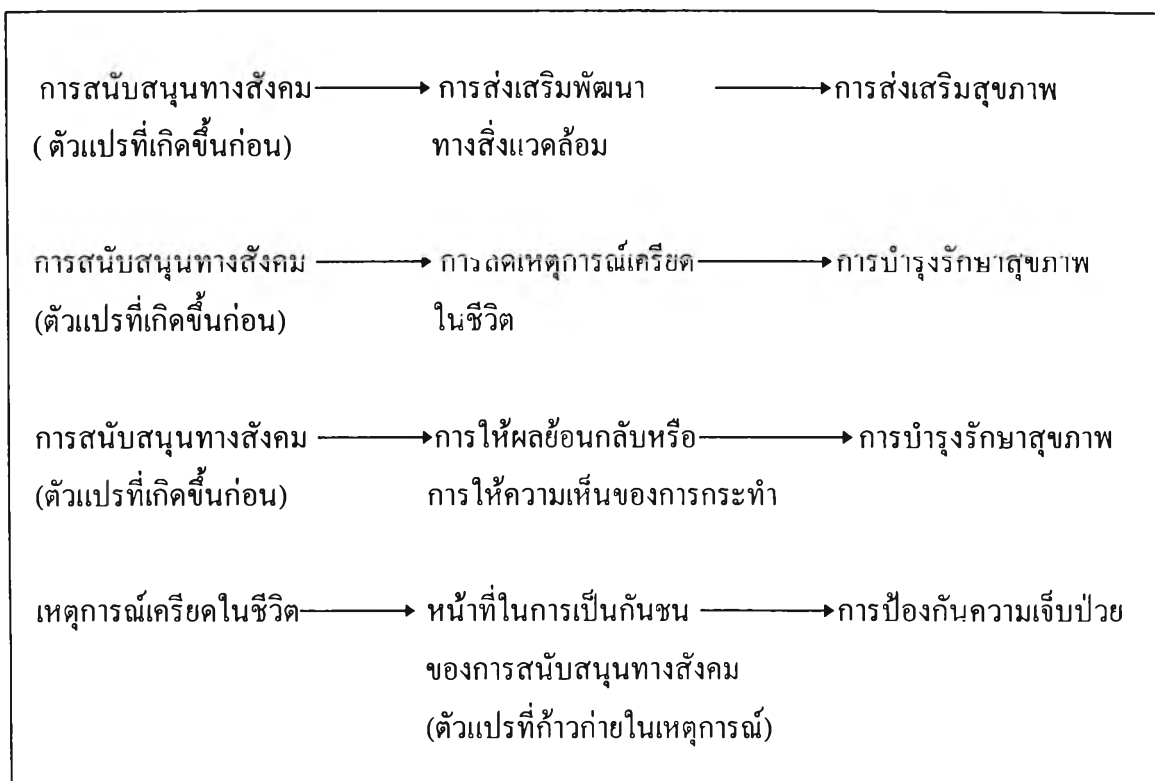
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก็มีความแตกต่างกันตามแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 หรือ 4 ระดับ ดังนี้

Schaefer et al. (1981 cite in Cohen & Syme, 1985) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคม 3 ชนิดตามการใช้ประโยชน์ คือ ด้านอารมณ์, ข้อมูลข่าวสาร, และสิ่งของ

Cohen & McKay (1984 cite in Cohen & Syme, 1985) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 4 ชนิด คือ ด้านสิ่งของ ด้านการประเมิน ด้านการนับถือตนเอง และด้านทรัพย์สิน



เพนเดอร์ (1987) กล่าวถึง การปฏิบัติหน้าที่ของกลุ่มสนับสนุนทางสังคม จะเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมของการส่งเสริมการพัฒนาการนับถือตนเอง และความเป็นอยู่ดี ลดความเครียด ในเหตุการณ์สำคัญของชีวิต ให้ผลย้อนกลับเป็นที่น่าปรารถนาของสังคม และเป็นกันชนต่อเหตุการณ์ที่ก่อความเครียดในชีวิต ตอบสนองทางอารมณ์ ดังนั้นจึงลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ความเป็นไปได้ในอิทธิพลการสนับสนุนทางสังคมต่อสถานะทางสุขภาพ  
ที่มา : Pender, 1987

#### 4.3 การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพ

การช่วยเหลือผู้ป่วย ในการฟื้นฟู บำรุงรักษา และส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องใช้เครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว กลุ่มสังคม องค์กรและชุมชน โดยอาจจะเป็นแรงเอื้ออำนวยในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของบุคคล (Pender, 1987) ดังนั้นบทบาทพยาบาลจึงต้องมีการประเมิน ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาระบบสนับสนุนครอบครัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการศึกษาวิจัยที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลที่ดีต่อสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพจิต

(2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เช่นเดียวกับกับ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีด้วย บุญทิศา โปธิเจริญ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกปรึกษาสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีผู้ป่วยโรคเอดส์ก็จะมีความหวังในชีวิตที่ดีด้วย ภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็จะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ดีด้วย จะเห็นว่าจากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามได้มีนักวิชาการต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยดังนี้ (Wartman, 1984., Lieberman., 1986. & Crawford, 1987. อ้างถึงใน ภัทรพงศ์ ประกอบผล, 2534) การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้นและทำให้ภาวะวิกฤตนั้นลดความรุนแรงลง สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้นจากการที่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดแบบใหม่ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน ให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถูกทำลายจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น

## 5. การสอนสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### 5.1 แนวคิดการสอนผู้ป่วย

คณะกรรมการดำเนินการวิชาว่าคำศัพท์ในการสอนสุขภาพศึกษา (The Joint Committee on Health Education Terminology) แห่งองค์การอนามัยโลก (Badura & Kickbusch, 1991) กล่าวถึงการสอนผู้ป่วย (Patient Education) ว่าเป็นการจัดประสบการณ์ทางสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้สำหรับบุคคลที่รับบริการทางสุขภาพในด้านการป้องกัน การวินิจฉัยโรค การรักษาและ/หรือการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดประสบการณ์เพิ่มขึ้นในการจัดการกับปัญหาความยากลำบากในอาการ

แสดงของโรค และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคและการดูแลร่วมกับ สถานบริการทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว และในผู้ป่วยอื่น ๆ จำเนียร ศิลปวานิช (2538) ได้กล่าวถึงการสอนว่า เป็นการจัดประสบการณ์ (Situation) สภาพการณ์หรือกิจกรรม (Activities) เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ (Experience) ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเรียนรู้ (Learning) ได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นการสอนยังส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความงอกงามในด้านกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้งความสามารถด้านอื่น ๆ ที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถดำรงชีพได้อย่างราบรื่นเป็นประโยชน์แก่สังคมและตนเอง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการสอนผู้ป่วยจึงเป็นกิจกรรมทางการแพทย์บางอย่างที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดประสบการณ์ ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายและเร็วขึ้นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของผู้ป่วยและครอบครัว ตามแผนที่ผู้สอนกำหนดไว้

การสอนผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนมีพัฒนาการที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง คนเราเกิดเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร นักจิตวิทยาได้พยายามนำแนวคิดทางทฤษฎีการเรียนรู้หรือทฤษฎี การเรียนรู้ที่น่าสนใจ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) คือ

1) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) ตามแนวคิดนี้ การเรียนรู้มี 2 ประเภท คือการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (classical conditioning learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาการของมนุษย์ด้านต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยที่บ่อยครั้งเราไม่ได้ตั้งข้อสังเกต และการเรียนรู้โดยการวางเงื่อนไขแบบลงมือกระทำ มีแนวคิดว่าคุณคนจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ เมื่อได้รับการเสริมแรง (reinforcement) ทั้งทางบวกและลบ

2) ทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่มีชื่อเสียง คือทฤษฎีทางการเรียนรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura) ซึ่งมีแนวคิดที่โดดเด่น 2 ประการคือ

2.1) การเรียนรู้จากการสังเกตเพื่อเลียนแบบ (observational learning for imitation) เป็นการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต หรือเลียนแบบบุคคลที่เป็นตัวแบบ อาจเป็นบุคคลในชีวิตจริงหรือบุคคลในวรรณกรรม รายการโทรทัศน์ เป็นต้น การเรียนรู้เป็นพฤติกรรมถาวรเป็นผลมาจากการเสริมแรง และเห็นได้ชัดเจนในการเรียนรู้แบบลงมือกระทำของกลุ่มพฤติกรรม

2.2) Self efficacy เป็นความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนที่จะประกอบกิจใด ๆ ได้เป็นผลสำเร็จ แม้ว่าการไปถึงเป้าหมายนี้อยู่ในสถานการณ์คลุมเครือ จัดการได้ยาก มีความเครียดสูง การเสริมสร้างสมรรถนะนี้ ต้องเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับเรื่องราวนั้นได้สำเร็จ เรียนรู้วิธีการประสบผลสำเร็จจากคนอื่น ชักจูงตนเองด้วยคำที่ให้กำลังใจ และมีสิ่งกระตุ้นพอเหมาะ

วัตถุประสงค์ในการสอนผู้ป่วย (Pender, 1987 : 193)

- 1) ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ความพิการและหนทางในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และแนวทางในการลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะ
- 3) ชูใจผู้ป่วยให้เกิดการปฏิบัติตนในทางที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น
- 4) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้เรียนรู้ทักษะจำเป็นในการบำรุงรักษาดูแลสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและวิถีการดำเนินชีวิต
- 5) ปกป้องพิทักษ์การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ให้เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อสภาวะและพฤติกรรมสุขภาพ

หลักในการสอนผู้ป่วย มีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

- 1) สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยพยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและนับถือพยาบาล จะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น
- 2) เนื้อหาที่สอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม พยาบาลจะต้องคำนึงถึงประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยในการวางแผนดำเนินการสอน เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้
- 4) การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ พยาบาลให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติและเรียนรู้จากความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุใด การลองผิดลองถูกในสิ่งที่ไม่เกิดอันตราย จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้ และจำได้แม่นยำมากขึ้น
- 5) การประเมินโดยการไต่ถามผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง
- 6) เนื้อหาและวิธีสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน
- 7) การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้
- 8) สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

9) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของเขาเอง มีการติดต่อวางแผน เป้าหมาย และเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

จะเห็นว่าหลักการสอนผู้ป่วยนั้น ญุณแจสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง เนื่องจากปัญหาสุขภาพเป็นของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้ตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ในที่สุด โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุน และประคับประคองสิ่งที่ถูกต้องให้

กระบวนการในการสอนผู้ป่วย เพนเคอร์ (1987) ได้กล่าวถึงกระบวนการในการสอนผู้ป่วยพอสรุปได้ดังนี้

- 1) ประเมินความสามารถในสมรรถนะผู้ป่วยในการดูแลตนเองจาก การทดสอบความรู้ การสังเกตพฤติกรรม และการร่วมอภิปรายของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) การจัดการสอนตามลำดับความสำคัญ เริ่มจากเนื้อหาที่สอดคล้องกับสำคัญของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเวลานั้น
- 3) ระบุรายละเอียดในวัตถุประสงค์ระยะสั้นและระยะยาว
- 4) ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามเพศ สถานะสุขภาพ และระดับการศึกษา
- 5) การใช้แรงเสริมทางบวก โดยการยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
- 6) การสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ เช่น ห้องที่สบาย ไม่เป็นทางการ เจียบ เป็นต้น
- 7) ประเมินความก้าวหน้าของสถานะสุขภาพ เช่น การตรวจสอบรายการ แบบประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย การสังเกตโดยตรง เป็นต้น

เยอร์แลชและอีลี (Gerlach & Ely, 1971. อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2532) กล่าวถึงองค์ประกอบของกระบวนการเรียนการสอน สรุปได้ว่า 1) ผู้ให้ความรู้ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในรูปของวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อที่จะสามารถวัดและประเมินผลได้ 2) การเลือกเนื้อหาต้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เหมาะกับคุณวุฒิวิวุฒิ คำนึงในด้านภาษาและความเข้าใจ 3) การประเมินความรู้ก่อนให้เนื้อหา จะเป็นแนวทางเลือกเนื้อหาให้มีความเหมาะสม 4) การดำเนินการให้ความรู้ ได้แก่ การเลือกวิธีการให้ความรู้ การจัดกลุ่ม เวลาในการสอน การจัด

ห้องเรียน การเลือกสื่อการสอน ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่สอน 5) การประเมินผลการเรียนรู้ เพื่อทราบว่าผู้รับความรู้ได้รับความรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้อย่างไร 6) การวิเคราะห์ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการพิจารณาผลที่ได้จากการประเมินผลกระบวนการให้ความรู้ว่าควรปรับปรุงแก้ไขอย่างไร

## 5.2 การสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยส่วนใหญ่มักจะไม่ค่อยปรากฏอาการให้เห็น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยละเลยในการดูแลตนเอง จนต่อเมื่อการดำเนินของโรคถึงภาวะการเสื่อมถอยจากการถูกทำลายของเส้นเลือด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายต่ออวัยวะที่สำคัญจนเป็นเหตุทำให้เสียชีวิตและความพิการทางร่างกายทันทีทันใดในที่สุด ที่สำคัญโรคนี้ยังไม่มียาที่รักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรักษาที่ต้องใช้ยา และการรักษาที่ไม่ใช้ยาร่วมกันไป การรักษาที่ใช้ยาเป็นเพียงการรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ อาจต้องมีการรับประทานยาทุกวันไปตลอดชีวิต ส่วนการรักษาด้วยการไม่ใช้ยาก็คือเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งช่วยลดความดันโลหิตมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาก อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงต่าง ๆ ของยารวมทั้งการที่ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ก็อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

การช่วยเหลือในด้านการสอนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นความท้าทายพยาบาลในการปฏิบัติการสอนที่จะให้ผู้ป่วยบรรลุถึงความเป็นสุขในชีวิตร่วมกับการเป็นโรคที่มีอยู่ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการสอนที่มีประสิทธิภาพมักจะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งการที่ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้วย ดังนั้นการสอนสุขภาพที่บ้านน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้บรรลุถึงความเป็นสุขในชีวิตร่วมกับการเป็นโรคที่มีอยู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากในการเรียนรู้กว่าที่โรงพยาบาล และถ้ามองในแง่ของการไปที่สอนบ้านผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่ายากกว่าให้ความหวังใจในสุขภาพของตนเอง นำไปสู่การมีส่วนร่วมที่ดี รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำคัญจากสมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิด ที่เป็นแรงจูงใจผู้ป่วยอย่างพร้อมมูล

จากการศึกษา ที่ผ่านมามีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2532) ศึกษาผลของการใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุข ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุข วิธีที่ 2 (การให้ความรู้เป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผนพร้อมกับสมาชิกครอบครัวที่บ้าน)

และการใช้วิธีทางการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 1 (การให้ความรู้เป็นรายบุคคลอย่างมีแบบแผนที่คลินิก) ผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคม ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยที่ได้รับวิธีทางการพยาบาลสาธารณสุข วิธีที่ 2 ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวิธีทางการพยาบาลสาธารณสุขวิธีที่ 1 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการวิจัย ผลการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากแหล่งครอบครัวผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยตามแนวคิดของเพนเดอร์ มาใช้ในการสอนผู้ป่วย โดยเน้นการสอนที่บ้านผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากมุ่งประเด็นสภาพแวดล้อมที่พร้อมสำหรับในการเรียนรู้ของผู้ป่วย การสอนในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยเข้าร่วมกับครอบครัวและกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยด้วยทุกครั้ง เนื่องจากกลุ่มนั้นได้มีการค้นพบว่า กลุ่มนั้นมีพลัง สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ โดย เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) (ทิสนา แจมมณีและคณะ, 2522) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ พลังกลุ่มขึ้น และหลักการเกี่ยวกับพลังกลุ่มได้นำไปใช้เป็นประโยชน์ ในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ 4 สาขาใหญ่ ๆ ด้วยกันคือ

- 1) การรวมกลุ่มในสังคม ช่วยในการเสริมสร้างพฤติกรรมของสมาชิกและเข้าใจกระบวนการทำงานของกลุ่ม
- 2) วงการแพทย์ ได้นำวิธีการจิตบำบัดหมู่ไปใช้ในการวิเคราะห์จิตใจให้แก่บุคคลปกติที่ไม่มีความผิดปกติทางจิต ในวงการต่าง ๆ
- 3) วงการบริหาร ช่วยในการทำความเข้าใจกับการวางแผนงาน การประสานงาน และมนุษยสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม สิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แรงจูงใจของสมาชิกในการทำงานร่วมกัน
- 4) วงการศึกษา เน้นการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ ช่วยให้ครูส่งเสริมผู้เรียนในการฝึกทักษะการทำงานร่วมกัน สำหรับการสอนผู้ป่วยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเป็นการนำเอาหลักการพลังกลุ่มมาใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งแบรดฟอร์ด (Bradford) (ทิสนา แจมมณีและคณะ, 2522) กล่าวถึงการนำเอาพลังกลุ่มมาใช้เป็นวิธีการสอนว่า เป็นการให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและพัฒนาพฤติกรรม ในแง่การลงมือปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหามากกว่าการสอนเนื้อหาวิชาเพียงอย่างเดียว และเป็นการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีอิสระในการแสดงความรู้สึกนึกคิดของตนให้กลุ่มได้รับรู้และเปิดเผยตนเองให้มากที่สุด ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนอย่างมาก

ดังนั้นกล่าวได้ว่า กลุ่มโดยมีผู้ป่วย ครอบครัวและเมื่อนำมา เมื่อนำมาสอนรวมกันแล้ว นอกจากจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวและเพื่อน ยังสามารถ

เกิดการเรียนรู้จากพลังของกลุ่ม ทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองร่วมกันของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

ฟอสเตอร์ และเคิสซ์ (Foster & Kousch, 1981) ได้อธิบายถึงการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีการตัดสินใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อดูแลตนเองและปรับปรุงวิถีชีวิตตนเองนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความต้องการที่จะกระทำตามคำแนะนำโดยมีปัจจัยเอื้อ คือสิ่งที่เตือนความจำ การสนับสนุนทางสังคม ลำดับความสำคัญในการรักษา และปัญหาทางการแพทย์อื่น ๆ ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความต้องการ โดยตรงได้แก่

1. ความคาดหวังในผลประโยชน์ของการรักษา ได้แก่ การรับรู้ความมีประสิทธิภาพของการรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย ประสบการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาของบุคคล/ครอบครัว ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความตั้งใจจริงในการแนะนำของผู้ให้บริการ นิยมทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ค่าใช้จ่ายสุทธิตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับรู้ที่ตามมาทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย ความซับซ้อนของการรักษา ผลของโรคความดันโลหิตสูงต่อวิถีชีวิต ทักษะติดต่อผู้ให้บริการและระบบสุขภาพ ผลข้างเคียงของยา ค่าใช้จ่ายของการปฏิบัติตามช่วงการรักษาและจำนวนเงินที่ต้องใช้

การสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย (Taulli, 1998 : 460)

1) ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ประกอบไปด้วย การสูบบุหรี่ ความอ้วน กินเค็ม อาหารที่มีโคเลสเตอรอล ความเครียด วิธีการดำเนินชีวิตที่นั่งทำงาน พันธุกรรม เป็นต้น

2) แนะนำการเปลี่ยนแปลงแบบแผนวิถีชีวิต การจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร การเฝ้าระวังควบคุม ความดันโลหิต และการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงในการมองเห็น

3) สอนการวัดความดันโลหิต

4) สอนการรับประทานยา

5) การออกกำลังกาย

6) แนะนำการลดน้ำหนัก

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะดูแลตนเองได้บรรลุถึงเป้าหมายคือ การมีภาวะสุขภาพที่สูงสุดของตนเองนั้นส่วนหนึ่งจะต้องมีการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ทางสุขภาพที่ถูกต้องโดยส่วน



หนึ่งนั้นเป็นบทบาทพยาบาลในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อผู้ป่วยจะได้นำความรู้ไปปฏิบัติดูแลตนเองพร้อมกับการใช้แหล่งประโยชน์อื่น ๆ ที่มีอยู่ ในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบผู้ใดเคยทำวิจัยถึงผลของการสอนสุขภาพที่บ้าน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ ความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพที่บ้าน และคุณภาพชีวิตไว้บ้าง ดังต่อไปนี้

### 6.1 งานวิจัยในประเทศ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ โรคความดันโลหิตสูง

สุนันทา ภูเกสิทธิ์ (2524) ศึกษาเรื่องความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 แห่ง ซึ่งตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับไว้ภายใน แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลทั้งสิ้น 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งพวกหรือชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และเศรษฐกิจที่สูงกว่าจะมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และเศรษฐกิจต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงสูงจะมีการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองสูงด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ยี่ชวน แซ่ตึก (2535) ศึกษา เรื่องการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตนระหว่างผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้กับผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 100 คน จากโรงพยาบาล 6 แห่ง คือโรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลนราธิวาส โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลเบตง โรงพยาบาลสุไหงโกลก โดยการสุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จับคู่โดยใช้ตัวแปร อายุ เพศ ศาสนา รายได้ จำนวนยาที่รับประทาน เครื่องมือเป็น

แบบตรวจสอบรายการจากรายงานประวัติผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ และกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหารรสจืดและการรักษาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ได้ดีกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรอนงค์ สัมพัญ (2539) ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลจากการวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ปริญญญา พรรณราย (2540) ศึกษา กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิงโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลจากการวิจัยพบว่า กระบวนการแสวงหาบริการทางสุขภาพ มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ ให้ความหมาย และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น มีการรับรู้อาการที่เกิดขึ้น 22 อาการ อาการที่พบบ่อย 3 อาการแรกคือ มีนศีรษะ (ร้อยละ 45.5) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 40.5) และหน้ามืดเป็นลม (ร้อยละ 27.5) โดยให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคลมหรือโรคคนแก่ (ร้อยละ 35.0) ปวดศีรษะธรรมดา (ร้อยละ 28.5) และเครียดหรือเป็นโรคประสาท (ร้อยละ 13.5) ร้อยละ 2.0 ที่สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ ใช้วิธีการรักษาตนเอง (ร้อยละ 83.5) มีระยะเวลารอสังเกตอาการและการรักษาตนเองอยู่ในช่วง 1-6 เดือน (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่มีการปรึกษากับสมาชิก

ในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนข้างบ้านที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขก่อน แล้วจึงไปแหล่งบริการสุขภาพหรือพบแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งและการเข้ารับบริการสุขภาพ มีเหตุผลสำคัญของการเลือกแหล่งบริการสุขภาพ คือใกล้ที่พัก เดินทางสะดวก

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล และการเปลี่ยนแหล่งรักษา ระบุว่าอาการหลังเข้ารับบริการดีขึ้นปานกลาง (ร้อยละ 46.4) เหตุผลการเปลี่ยนแหล่งรักษาคือราคาแพง/ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ (ร้อยละ 29.4) และรักษาไม่ได้ผลหรืออาการรุนแรงขึ้น (ร้อยละ 19.6)

สมสุข สิงห์บุญจันท์ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่ได้มาตรวจรักษาครั้งแรก จำนวน 120 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และแบบแผนการดำเนินชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , .05 , .01 , .05 และ .001 และแบบแผนการดำเนินชีวิต จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หทัยรัตน์ ธิติศักดิ์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้หญิง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร โดยการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลแบบง่าย เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของรัฐ (Perceived health status Rung Ladder scales) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่ประกอบอาชีพนอกบ้านมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี โดยมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวนบทบาทที่รับผิดชอบมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นฤมล ทองพัฒนากุล (2539) ศึกษาผลของ Microalbuminuria (microalbuminuria เป็นตัวบ่งชี้ว่าความดันโลหิตสูงนั้นเริ่มมีผลแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและไต) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุหลังใช้ยาลดความดัน ACE Inhibitor และยาต้านแคลเซียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ควบคุมความดันโลหิตปกติ 40 ราย กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยและปานกลางที่ใช้ยา ACEI 40 ราย และใช้ยา CaA 40 ราย ไม่แยกเพศ มีอายุต่าง ๆ กัน การให้ยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ACEI ใช้ enalapril 5-40 mg/วัน และกลุ่ม CaA ใช้ felodipine 5-20 mg/วัน ขนาดให้มากน้อยแล้วแต่การตอบสนองของผู้ป่วยโดยให้ยาตอนเช้าทุกราย นัดผู้ป่วยหลังให้ยาทุกเดือน ถ้ารายใดไม่ตอบสนองต่อยาเมื่อให้ขนาดมากแล้วหรือเกิดผลข้างเคียงที่ทนไม่ได้ ได้แก่ ไอ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ก็จะหยุดยาแยกผู้ป่วยรายนั้น ออกจากการศึกษา มีการตรวจปัสสาวะหา microalbuminuria ก่อนและหลังให้ยาทุก 3, 6, 9 เดือน รวมทั้งอัตราส่วน albumin : creatinine ผลจากการวิจัยพบว่า ค่าของ microalbuminuria ในปัสสาวะของผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการรักษาจะมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .0001 การให้ยาลดความดันโลหิต ACEI และ CaA ทั้งสองตัวทำให้ microalbuminuria ลดลงได้ แต่ ACEI จะลดลงมากกว่า CaA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

นฤมล ทองพัฒนากุล (2538) ศึกษา เปรียบเทียบผลของยาลดความดันโลหิต ACEI inhibitor และ Calcium Antagonist ต่อ Microalbuminuria ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 90 ราย จากโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มควบคุม ความดันโลหิตปกติ 30 ราย กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อยและปานกลางที่รับประทานยา ACEI 30 ราย และรับประทานยา CaA 30 ราย ไม่แยกเพศ มีอายุต่าง ๆ กัน ให้ยาความดันกลุ่ม ACEI โดยใช้ Enalapril 5-20 mg/วัน และกลุ่ม CaA ให้ Felodipine 5-10 mg/วัน ขนาดมากน้อยแล้วแต่การตอบสนองของผู้ป่วย โดยให้ยาตอนเช้าทุกราย นัดผู้ป่วยมาเมื่อหลังได้ยาพร้อมกับตรวจปัสสาวะหา Microalbuminuria ก่อนและหลังให้ยาความดันใน 4, 8 สัปดาห์ ผลจากการวิจัยพบว่า ความดันโลหิตสูงน้อยและปานกลางจะทำให้ Microalbuminuria ในปัสสาวะมากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ การให้ยาลดความดันโลหิต ACEI และ CaA ทั้งสองตัวทำให้ Microalbuminuria ลดลงได้ แต่ ACEI จะลดลงได้มากกว่า CaA และสามารถลดความดันโลหิตชนิดน้อยและปานกลาง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

อารีย์ เขียรประมุข (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองสร้างจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ผลจากการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กรรณิกา เรือนจันทร์ ( 2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่เลือกไว้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ สุภาพ ไบแก้วสร้างขึ้น และแบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ตัวที่ทำนายความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค ส่วนตัวทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยร่วม และระดับการศึกษา ตามลำดับ

อุไร เสรีประเสริฐ (2528) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหัวใจโคโรนารี กับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูง และผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูง และผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ 4 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร 180 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล และเครื่องมือทางการแพทย์ แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนมี 4 ด้าน คือ ด้านการตรวจสุขภาพ ด้านความเครียด ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการ

ออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติตนของกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในด้านความเครียด ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหัวใจโคโรนารีของทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ด้านการตรวจสุขภาพ และด้านความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี กลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุอายุ 51- 60 ปี มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีมากกว่ากลุ่มช่วงอายุ 40-50 ปีและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุขุมาล ด้อยแก้ว (2540) ศึกษาการประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการประเมินค่าทางปัญญาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง (ผู้วิจัยให้ความหมายของการประเมินค่าทางปัญญา คือ กระบวนการที่บุคคลใช้ปัญญาตีความการเจ็บป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร แบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ สูญเสีย/เป็นอันตราย ความทุกข์ ท้อแท้ และเกิดผลดีต่อตนเอง) และแบบวัดการเผชิญความเครียดซึ่งสร้างโดย จาโลวิก (1988) และหัทธรัตน์ จรัสสุไร (2538) ได้แปลและดัดแปลง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับข้อความให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประเมินค่าทางปัญญาต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะท้อแท้ ส่วนการเผชิญความเครียดผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับปัญหามากที่สุด

ธิดาทิพย์ ชัยศรี (2541) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ดากสินและศิริราช จำนวน 160 ราย เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและระยะเวลาที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนตรนภา ดิ่งหมาย (2541) ศึกษา การปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเพศชาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุเพศชาย อายุ 27-55 ปี เข้ารับการรักษาที่ตีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย ข้อมูลโดยทั่วไป ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง อายุ และระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรค มีอำนาจทำนายการปรับตัวด้านบทบาทสามีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อายุและระดับความดันโลหิตมีอำนาจทำนายการปรับตัวด้านบทบาทบิดาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคและระดับความดันโลหิต มีอำนาจทำนายการปรับตัวด้านบทบาทบุตรชายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุและระดับความดันโลหิต มีอำนาจทำนายการปรับตัวด้านบทบาทผู้พี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยได้เสนอแนะพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และตระหนักถึงปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคและระดับความดันโลหิตว่า เป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวโดยให้ภรรยา บุตร บิดาและมารดามีส่วนร่วมในการปรับตัวด้านบทบาทผู้พี่ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย

จริยวัตร คมพักษณ์ (2532) ศึกษาผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 241 คน โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แผนการสอน แผ่นพับ และภาพแสดงหัวใจและหลอดเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน เช่น ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การรับรู้ต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน รวมทั้งปัจจัยเอื้ออำนวยมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

จริยวัตร คมพักษณ์และศิระพร บุญมาศ (2538) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายหลังได้รับวิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขแล้ว 1 ปี : การศึกษาติดตามผล โดยติดตามความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายหลัง

การได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง 1 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 คน เลือกร้อยละเฉพาะเจาะจงจากคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ที่ทำนายความร่วมมือในการรักษาคือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่าย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้รับบริการ และแรงสนับสนุนทางสังคม

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 100 ราย เครื่องมือมีใช้เป็นแบบวัดการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสร้างโดยเอเวอร์และคณะ (1985) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สร้างโดยแบรนต์และไวเนอร์ท (1981) พบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญศิริ พงษ์พานิช (2536) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อายุ 40-60 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลราชวิถี เลือกร้อยละเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คนกลุ่มควบคุม 50 คน เครื่องมือที่ใช้ทดลอง เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ แบบกลุ่ม ๆ ละ 5-9 คน ครั้งละ 2 ชั่วโมง 3 ครั้งห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาทางสุขภาพแบบกลุ่ม โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยเหลือและวิเคราะห์แก้ปัญหาทันภายในกลุ่มนี้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อรุณศรี สุวัชรชัย (2541) ศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 28 ลาดหญ้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เลือกโดยเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบที่กำหนดไว้ในการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องยา เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ความเข้าใจในเรื่องยา เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับในหัวข้อต่าง ๆ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยสัมภาษณ์ขณะที่ผู้ป่วยกลับมาตรวจครั้งแรกหลังจากได้รับบริการให้คำปรึกษาแนะนำ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องยาและการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น



พันธ์ทิพย์ รามสูตรและคณะ (2536) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำสั่งแพทย์และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ (DBP < 90 mm.Hg) 101 คนและผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (DBP > 90 mm.Hg) 59 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม การศึกษาจากแบบบันทึกตรวจโรคของแพทย์ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ความรุนแรงของโรค และความไม่สบายใจ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนสุขภาพที่บ้าน

อรชร ณ ระนอง (2523) ศึกษาความสามารถของพยาบาลสาธารณสุขในการให้ความรู้เรื่องการอนามัยแม่ และเด็กแก่หญิงหลังคลอดในการเยี่ยมบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดบุตรเป็นครั้งแรก 200 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 100 คน กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่มีพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำที่บ้าน กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ไม่มีพยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้าน พบว่า มารดาที่พยาบาลสาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านมีความรู้เรื่องอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นมากกว่ามารดาที่ไม่มีพยาบาลสาธารณสุขเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิศา อินทร์พรหม (2540) ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจากคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 คนเลือกโดยเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นรายบุคคล ตามโปรแกรมทุก 2 สัปดาห์เป็นระยะเวลา 2 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

อัมพัน เขียวชาญ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพที่บ้าน แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื่อ โรงพยาบาลลำปาง ที่ได้รับการเตรียมการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 62 ราย เครื่องมือเป็นรูปแบบการให้บริการที่บ้านประกอบด้วย ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป, ประเมินสภาพ สุขภาพจิตของ

ผู้ป่วย, ให้ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง, ฝึกญาติและผู้ป่วยช่วยทำหัตถการ เพื่อการรักษาก่อน เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ, ป้อนอาหารทางสายยาง, ทำแผล ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยเอดส์ต่อการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวสูงขึ้นและมีความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นิภา วรธนะภูติและคณะ ( 2539) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพเริ่มที่บ้านของโรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมถึงญาติผู้ดูแล จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพเริ่มที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก

มนัสนิศย์ บุญยทรัพย์ (2538) ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่เข้าพักรักษา และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ที่รักษาโรคทั่วไปในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก อันดับแรกต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมให้อาการดีขึ้น รองลงมาคือ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่บ้าน การสอนและแนะนำเกี่ยวกับการประเมินอาการเบื้องต้นที่บ้าน บริการการรักษาที่จำเป็นต้องให้ต่อเนื่อง บังคับส่วนบุคคล เช่น อายุ การวินิจฉัยโรค จะมีอิทธิพลต่อความต้องการการบริการสุขภาพโดยเฉพาะ

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

นัยนา พิพัฒน์วณิชชา ( 2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งคัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์สและคณะ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของเคนทริล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ในเรื่องสภาพสมรสคู่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ชัตติยา ชั้นประดับ ( 2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คัดเลือกจากผู้รับการเปลี่ยนหัวใจที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย แนวทางในการสัมภาษณ์แบบลึก และแบบสอบถามปัญหาในการดำรงชีวิตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ และสถานภาพสมรสระดับการศึกษา การทำงาน รายได้ และภูมิฐานะ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จิระพร อภิชาติบุตร ( 2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และบริการสุขภาพในชุมชน กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนแออัด 10 เขต ของกรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว การบริการสุขภาพในชุมชน แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ สุขอนามัย กรรมสิทธิ์ที่อยู่อาศัย การมีส่วนร่วมในชุมชน การอุปถัมภ์จากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การอุปถัมภ์จากครอบครัวด้านสรีรวิทยา และสุขภาพอนามัย สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เสาวรส ปริญญาจิตตะ ( 2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตที่ปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ที่รับการรักษาที่คลินิกเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบ

สัมภพณ์ ประกอบไปด้วยแบบสัมภพณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภพณ์คุณภาพชีวิตคัดแปลงจากแบบสัมภพณ์คุณภาพชีวิตที่สร้างโดย สุรชาติย์ อุปลาบดี(2536) ตามแนวความคิดของ ชาน พบว่า ผู้ป่วยหญิงมีคุณภาพชีวิตโดยรวม สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ มัธยมศึกษา และประถมศึกษาตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือนมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า

ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตอำเภอแก่งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400 คน พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน คือเพศ และ สภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการนอนหลับกลางคืน อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Jachuck, Brierley & Jachuck (1982) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับความดันไดแอสโตลิก > 100 มม.ปรอท หลังจากที่ได้รับยาลดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 75 คน เพศหญิง 41 คน เพศชาย 34 คน อายุระหว่าง 30-65 ปี โดยที่ผู้ป่วย 36 รายได้รับยาลดความดันโลหิตกลุ่ม beta-blocking drugs ผู้ป่วย 18 รายได้รับยา metyldopa (13 รายที่ได้ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย) ผู้ป่วย 9 รายที่ได้รับยาขับปัสสาวะอย่างเดียว ส่วน 6 รายได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น ๆ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินอาการทั่วไปจากการรับรู้ของผู้ป่วย แพทย์ที่รักษา และสามีภรรยาหรือเพื่อนที่สนิทของผู้ป่วย และประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังจากการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ผลจากการศึกษาพบว่า การประเมินอาการทั่วไปของผู้ป่วย แพทย์ และสามีภรรยามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตตามการรายงานของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตขนาดเล็กน้อย 19 ราย (ร้อยละ 25) คุณภาพชีวิตขนาดปานกลาง 33 ราย (ร้อยละ 45) และคุณภาพชีวิตขนาดรุนแรง 22 ราย (ร้อยละ 30)

เพนเดอร์ (Pender, 1984) ได้ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 22 คน โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ควบคุมการปฏิบัติรายบุคคลเป็นช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ครูและคณะ (Croog, et al, 1986) ได้ศึกษาผลของยาลดความดันโลหิตสูง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลาง ผู้ชาย จำนวน 626 คน อายุระหว่าง 21-65 ปี วัดคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ 5 ชุด คือ 1) ความรู้สึกผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต (Sense of well-being and satisfaction with life ) 2) ภาวะทางร่างกาย (Physical state) 3) ภาวะทางด้านอารมณ์ (Emotional state) 4) หน้าที่ความสามารถในการใช้สติปัญญา (Intellectual functioning) และ 5) ความสามารถในการทำหน้าที่บทบาทในสังคมกับความพึงพอใจในการทำหน้าที่นั้น โดยที่ยาลดความดันโลหิตสูง ได้แก่ ยา captopril (ยาในกลุ่ม ACE inhibitor) ยา methyldopa และยา propranolol (ยาในกลุ่ม Beta blocker) ถ้าความดันโลหิตควบคุมไม่ได้จะเพิ่มยาขับปัสสาวะ การวัดประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินผลกระทบบของยา ต่อคุณภาพชีวิต ในระยะเวลา 24 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา captopril ทั้งที่ร่วมกับยาขับปัสสาวะและไม่ร่วมกับยาขับปัสสาวะ เลิกการรักษาเพราะทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา methyldopa อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ยา propranolol เลิกการรักษา น้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้ยา methyldopa อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .038$ ) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา captopril และ ยา propranolol เลิกการรักษาไม่ต่างกัน อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เลิกการรักษา มากน้อยตามลำดับ คือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความผิดปกติทางเพศ ปวดศีรษะ การนอนไม่หลับ และฝันร้าย ส่วนผลของยาลดความดันโลหิตต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ยามีผลต่อการนอนที่ผิดปกติ และการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ไม่ต่างกันทั้ง 3 กลุ่มเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้ยา

พาวเวอร์สและจาโลวีก (Powers & Jalowiec, 1987) ศึกษาตัวทำนายในการควบคุมความดันโลหิตสูงและการร่วมมือในการรักษาต่อการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 450 คน การควบคุมความดันโลหิตสูงกำหนดโดยแพทย์ผู้รักษา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เครื่องมือที่เป็นรูปแบบและการตรวจสอบจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตที่ดีมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาดีกว่า และความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับปัญหา

เรื่องงาน และความเจ็บป่วยที่เล็กน้อยสัมพันธ์กับปัญหาทางเพศ การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่จะเพิ่มความพึงพอใจ ซึ่งผู้ป่วยได้ทราบเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาต่อการรักษาระยะยาว และความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษามีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย สัมพันธ์กับปัญหา ได้รับการประเมินความเครียดในระดับต่ำและมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า

Amir, Bar-on & Cristal (1994) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับอ่อน เพศชาย อายุ 40-65 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต และยาปลอม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติดีกว่าในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ไม่ว่าด้านชีวิตทางเพศ ความรู้สึกทางการมีสุขภาพดี ความรู้สึกถึงความแข็งแรง การมีความกดดันในที่ทำงานน้อย ภาวะความซึมเศร้าที่น้อย

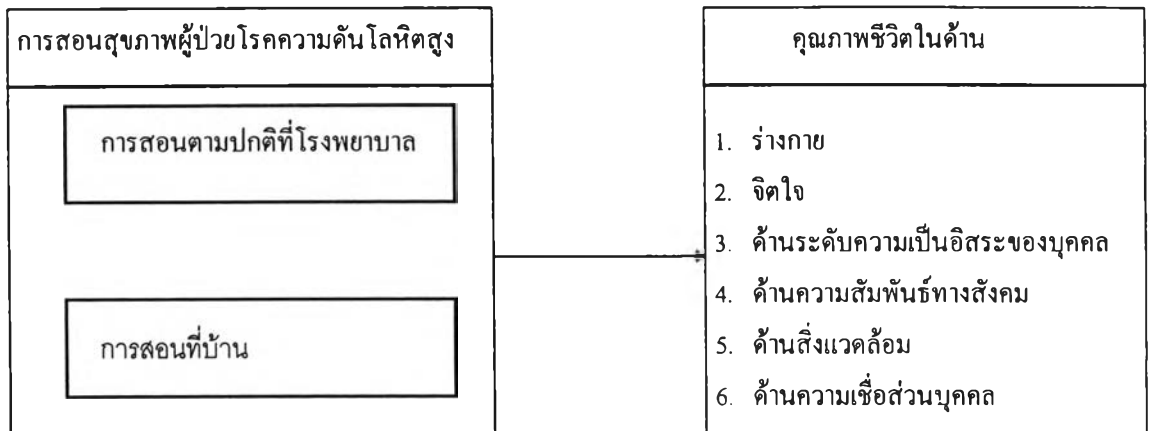
Freeman-McGuire (1997) ศึกษา การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นฐานชุมชน ของผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน อเมริกัน : ศึกษาการสะท้อนกลับ เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและดำเนินการเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของการเพิ่มความดันโลหิตสูง การลดความดันโลหิต และการลดการรับประทานเกลือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุชาวแอฟริกัน อเมริกัน จำนวน 26 ราย โดยใช้โปรแกรมดูแลในพื้นฐานชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้สอนและรวบรวมข้อมูล ทดสอบก่อนและหลังการดำเนินการ ผลจากการวิจัยพบว่า มีการเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 มีการลดความดันไดแอสโตลิก จาก 152.8 mm Hg เป็น 135.7 mm Hg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีการรับประทานเกลือลดลงจากรายงานเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Smith , Meritt และ Patel (1997) ศึกษาการให้ความรู้ในพื้นฐานที่วัด : โปรแกรมการขยายออกไปสู่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชาวแอฟริกัน อเมริกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 97 ราย โดยดำเนินการศึกษา 2 ระยะ ในระยะแรกฝึกอบรมพยาบาลเพื่อไปให้ความรู้ผู้ป่วยที่วัด ระยะที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการสอน 8 บทเรียน ๆ ละ 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้, แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และความดันโลหิต โดยประเมินก่อน-หลังการดำเนินการ ห่างกัน 3 เดือน ผลจากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .0001 ความดัน Systolic BP และค่า mean arterial pressure ลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสัมพันธ์กันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความดัน Diastolic BP

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ นั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ค่อยจะแสดงอาการ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่ทำการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ และการรักษาด้วยยานั้นมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ประกอบกับการรักษาต้องรักษาไปตลอดชีวิต รวมทั้งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนวิถีชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม ความเป็นอิสระของบุคคล สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองร่วมกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกครอบครัว ผู้ป่วย บุคลากรทางวิชาชีพ เพื่อการจูงใจให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง สามารถเผชิญต่อความเครียดได้ เพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี บราวน์และอัลไบร์ (Brown & Albright, 1988 อ้างถึงใน จิรภา หงษ์ตระกูล, 2533 : 166) กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นั้น ประกอบไปด้วย 1) การควบคุมอาหารรสเค็ม 2) การควบคุมน้ำหนักตัวโดยจำกัดอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง 3) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและงดเว้นการออกกำลังกายที่เพิ่มความดัน เช่น ลาก ดึง ดัน หรือยกของหนัก 4) รับประทานยาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ 5) หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ และ 6) เผชิญกับความเครียดต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการทางสุขภาพ จึงจะเกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ดีทางสุขภาพ สำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นเป็นการที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสุขภาพ มีพยาบาลเป็นหลักในการประสานงานกับสมาชิกในทีม การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้านเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ได้ดี เนื่องจากอยู่ที่บ้านได้รับความอบอุ่นจากครอบครัวที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการรวมกลุ่มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก็เป็นแหล่งสนับสนุน ทางสังคมทางหนึ่งที่พยาบาลสามารถจัดให้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการสอนสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งยังไม่มีใครศึกษามาก่อน โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด

## กรอบแนวคิดในการวิจัย





**ต้นฉบับ หน้าขาดหาย**