

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารต่าง ๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูง
2. ทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ
5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะความดันโลหิตสูง

1.1 ความหมาย

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันของเลือดต่อผนังของเส้นเลือดแดงเกิดขึ้นจากการที่หัวใจสูบฉีดให้เลือดไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ความดันซิสโตลิก (ความดันค่าบน) หมายถึง ค่าความดันของเลือดสูงสุดในขณะที่หัวใจบีบตัวเต็มที่ และความดันไดแอสโตลิก (ความดันค่าล่าง) หมายถึง ค่าความดันของเลือดต่ำสุดในขณะที่หัวใจคลายตัวเต็มที่ ความดันโลหิตจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียน ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดง แรงต้านส่วนปลาย ความเหนียวหนืดของเลือด (Lankford อ้างถึงในไชแสง ชงศิริ, 2521) นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงตามองค์ประกอบภายนอกอื่น ๆ ที่ไม่เกิดจากระบบไหลเวียนของโลหิตคือ อายุ การออกกำลังกาย น้ำหนักของร่างกาย สภาพอารมณ์ กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งอาหาร ยา อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจ (ปราโมทย์ ธีระพงษ์, 2531 อ้างถึงใน ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, 2538)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่สูงจนไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความเจ็บป่วยต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มประชากรนั้น ๆ (ฉาชศรีสุพรศิริปัทม์, 2539)

ความดันโลหิตสูง ตามการแบ่งระดับของระดับความดันไดแอสตอลิก (DBP) ของ The Third Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of Hypertension (JNC III) เมื่อปี 1984 (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 27) ได้นิยามว่า จะต้องมียุทธค่า DBP ตั้งแต่ 90 มม.ปรอทขึ้นไป และถือว่าถ้ามากกว่า 115 มม.ปรอทมีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง

องค์การอนามัยโลกถือว่าความดันโลหิตที่เกิน 140/90 มม.ปรอทเป็นความดันโลหิตสูง (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 28)

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ได้ประเมินภาวะความดันโลหิตของประชากรไทยดังนี้ ความดันโลหิตที่อยู่ระหว่าง 130/80 มม.ปรอท - 139/89 มม.ปรอท ถือว่าเป็นระดับความดันโลหิตปกติค่อนข้างสูง ส่วนความดันโลหิต 140/90 - 159/99 ให้ถือว่ามีความดันสูงเล็กน้อย ส่วนความดันโลหิตสูงที่มากกว่า 160/100 มม.ปรอท ให้ถือว่ามีความดันโลหิตสูงปานกลาง นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับช่วงอายุอีก เช่น ในคนอายุระหว่าง 15-20 ปี ความดันโลหิตจะประมาณ 90/50 มม.ปรอท เมื่ออายุ 30-40ปี ความดันโลหิตจะประมาณ 120/80 มม.ปรอท และในวัย 50-60ปี จะสูงได้ไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท เป็นต้น การตรวจวัดความดันโลหิตคนกรุงเทพฯ 3791 คนโดยให้นิยามความดันโลหิตสูงที่ 140/90 มม.ปรอท พบว่า ผู้ใหญ่ความดันโลหิตสูง 8.86% โดยชายมีความดันโลหิตสูง 10.42% และหญิง 7.55% (Leelarasamee. et all, 1978 อ้างถึงใน เกษม วัฒนชัย, 2532 : 29)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดเกณฑ์ค่าความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ความดันโลหิตค่าล่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท

1.2 สาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง

การแบ่งชนิดของภาวะความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 ชนิดตามสาเหตุดังนี้ (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 30)

ชนิดที่ 1 ความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension หรือ Primary hypertension) พบประมาณร้อยละ 90 (Beare and Myers, 1990 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 134) ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ แต่มักเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การรับประทานเกลือโซเดียมในกลุ่มประชากรสูงอายุ ความดันโลหิตสูงขึ้นตามปริมาณเกลือโซเดียมที่ได้รับ การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงหนาขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กลไกการเกิดเกี่ยวข้องกับที่ระบบประสาทซิมพาเทติกมีการทำงานมากขึ้น ทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณเลือดและเพิ่มแรงดันของหลอดเลือด และทำให้ความดันโลหิตสูง

ชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) มักมีสาเหตุมาจากโรคต่างๆ เช่น โรคไต โรคเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาคุมกำเนิด เมื่อได้รับการรักษาจะกลับคืนสู่ปกติได้

1.3 การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง

การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง จะประเมินจากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย และระดับของความดันโลหิต ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีปัญหาความดันโลหิตสูงขึ้นจากเดิม มีความผิดปกติของเส้นเลือดและมีโรคอื่นร่วมด้วย อาการที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยในช่วงตื่นนอนตอนเช้า และหายไปได้เอง อาจมีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่นอ่อนเพลีย เลือดกำเดาออก ปัสสาวะเป็นเลือด ตามัว มองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวทำให้มีมึนงง อ่อนเพลีย เจ็บหน้าอกจนถึงหัวใจวาย หรืออาจพบอาการ ปัสสาวะมาก กระหายน้ำบ่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ในความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

การตรวจร่างกาย มักจะวัดความดันโลหิตหลังจากให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างน้อย 5 นาที ควรวัดแขนทั้ง 2 ข้าง ทั้งทำนั่งและนอน และต้องวัดมากกว่า 3 ครั้งในวันและเวลาต่าง ๆ กัน สังเกตลักษณะใบหน้าผิดปกติ เช่น หน้าแดง กระสับกระส่าย ตรวจดูการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงในจอตา ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ฟังอัตราการเต้นของหัวใจดูขนาดของหัวใจ เพื่อดูภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตรวจระบบประสาทเพื่อดูอาการแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดในสมอง เช่น หลอดเลือดอุดตัน หรือแตก โดยการตรวจดู Babinski หรือ Hoffman reflex ตรวจหน้าท้องเพื่อคลำหาค้อนเนื้องอกของไต นอกจากนั้นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือดทางเคมี การถ่ายภาพรังสีดูไต ตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เป็นต้น ถ้าไม่พบความผิดปกติให้วินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ

การวัดความดันโลหิต ขึ้นอยู่กับท่าที่วัด วัดในท่าใดก็ได้แต่ให้ผู้ปวยนั่งอย่างสงบอย่างน้อย 5 นาที และวางแขนไว้ที่ระดับหัวใจ ให้ผู้ปวยงดดื่มชา กาแฟ 1 ชั่วโมง และหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 15 นาที ก่อนวัด อยู่ในห้องที่เงียบสงบ เครื่องวัดได้มาตรฐาน และการพันถุงลมของพอดี ควรวัดอย่างน้อย 2 ครั้งในเวลาห่างกันพอประมาณ ถ้าค่าความดันของแขนทั้งสองข้างเท่ากันให้ถือข้างที่ความดันสูงกว่า ในการวินิจฉัยควรวัด 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งเว้นช่วงประมาณ 1 สัปดาห์

1.4 การรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

การดูแลรักษาผู้ปวยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ มิให้เสียหาย บทบาทของแพทย์และพยาบาลคือ ช่วยเหลือและแนะนำเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ปวยและประชาชนให้รู้จักดูแลตนเองมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการรักษาและการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต การรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุมีทั้งรักษาโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยาส่วนการรักษาผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงโดยทราบสาเหตุต้องรักษาโรคที่เป็นสาเหตุนั้นๆ แนวทางในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ยึดหลักดังนี้คือ (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 101)

กลุ่ม 1 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตค่าล่าง 105-114 มม.ปรอท และ มากกว่า 115 มม.ปรอท ให้การรักษาโดยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

กลุ่ม 2 กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตค่าล่างสูงเกิน 95 มม.ปรอท วัดซ้ำเป็นเวลา 3-6 เดือน ค่าความดันโลหิตค่าล่างพบว่าสูงเกิน 95 มม.ปรอทให้การรักษาด้วยยา

กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีความดันโลหิตค่าล่างอยู่ระหว่าง 90-94 มม.ปรอท และมีความเสี่ยงน้อยต่อการเป็นความดันโลหิตสูง ให้การรักษาโดยไม่ใช้ยาและแนะนำการปฏิบัติตัวเหมือนผู้ปวยความดันโลหิตสูง

สำหรับการรักษาในผู้สูงอายุ ควรเริ่มรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยาก่อน เมื่อตรวจวัดครั้งต่อไปพบว่า SBP สูงเกิน 160 มม.ปรอท อย่างสม่ำเสมอจึงควรเริ่มให้ยารักษา

นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการรักษาโดยไม่ใช้ยาและใช้ยาดังต่อไปนี้

วิธีที่ 1 การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา

การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา เป็นการควบคุมความดันโลหิตโดยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอง โดยการละทิ้งพฤติกรรมเก่าและรับพฤติกรรมใหม่ให้สอดคล้องกับการรักษา ดังนี้

1) การควบคุมอาหาร

การรับประทานเกลือโซเดียมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิต มีค่าเพิ่มมากขึ้น การจำกัดเกลือในอาหารจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความดันโลหิตได้ ดังนั้นการควบคุมอาหารจึงต้องปฏิบัติดังนี้

ลดอาหารเค็มโดยจำกัดเกลือแกงในอาหารไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน (ประมาณ 1 ช้อนชา) และจำกัดอาหารต่อไปนี้คือ อาหารประเภททำเค็มหรือดอง เช่น ซอสปรุงรสต่าง ๆ กะปิ ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ผักดองเค็มต่าง ๆ อาหารสำเร็จรูปที่ปรุงโดยเติมเกลือเป็นส่วนประกอบเช่น ขนมปัง อาหารสำเร็จรูปแบบต่าง ๆ อาหารที่มีโซเดียมมากโดยธรรมชาติ เช่น เนื้อสัตว์ นํ้านม อาหารทะเล นอกจากนั้นยังมีเกลือโซเดียมในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ผงชูรส ผงกันบูดในอาหารสำเร็จรูป ผงฟูในการทำขนมเค้ก Sodium sulfite ใช้ใส่ในผลไม้กระป๋อง เพื่อรักษาสีของผลไม้ Sodium propionate ใช้กันเชื้อรา มักจะใส่ในขนมปัง (ยี่ซ่วน แซ่ตัก, 2535 : 22)

หลีกเลี่ยงยาบางชนิดที่มีส่วนผสมของโซเดียมอยู่ด้วย เช่น ยาลดกรด

รับประทานอาหารที่มีเกลือแคลเซียมและโปแตสเซียมสูงแทน เช่น นมวัวประเภทไขมันต่ำและโยเกิร์ต อย่างน้อย 1,000 มก. ต่อวัน เพื่อป้องกันเส้นเลือดถูกทำลาย

ส่วนประกอบของอาหารไม่ได้แตกต่างจากคนทั่วไป อาหารที่รับประทานประกอบด้วยข้าวหรืออาหารจากแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผัก ผลไม้ แต่ให้ระมัดระวังในการใช้เกลือหรืออาหารที่มีส่วนผสมของเกลือแกงในการปรุงและเป็นส่วนประกอบของอาหาร

2) การควบคุมน้ำหนัก

นอกจากเกลือจะเป็นอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตแล้ว ความอ้วนก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง วิธีหาน้ำหนักที่ค่อนข้างจะแน่นอนคือการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายของร่างกาย ที่เรียกว่า BMI (Body mass index) โดยใช้สูตร ดังนี้

น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

$$\text{ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

ผู้หญิงควรมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายไม่เกิน 24 และผู้ชายไม่ควรเกิน 27 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการลดน้ำหนักคือการลดพลังงานในอาหารโดยรักษาคุณภาพของอาหารที่ได้รับให้เหมือนเดิม

ปริมาณแคลอรี การลดพลังงานในอาหารวันละ 500 แคลอรีจะทำให้น้ำหนักลดได้ $\frac{1}{2}$ กิโลกรัมต่อสัปดาห์ อาหารที่ใช้ลดน้ำหนักไม่ควรให้พลังงานต่ำกว่า 1000 แคลอรี เพราะจะมีสารอาหารไม่เพียงพอ การลดน้ำหนักไม่ควรเกินสัปดาห์ละ $\frac{1}{2}$ - 1 กิโลกรัม

ปริมาณโปรตีน ควรได้รับโปรตีนวันละ 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพราะมีความจำเป็นต่อการซ่อมแซมเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย

ปริมาณคาร์โบไฮเดรต ควรได้ประมาณร้อยละ 45-55 ของพลังงานอาหารที่ได้รับ ควรรับประทานผักทุกมื้อปรุงโดยที่ไม่ใส่กะทิ เลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน

ไขมัน หลีกเลี่ยงน้ำมันมะพร้าว เพราะจะทำให้วิตามินถูกดูดซึมได้ไม่ดี หรือหลีกเลี่ยงจากอาหารที่ทำจากกะทิ ประกอบอาหารด้วยการนึ่ง ต้ม ย่าง แทนการผัดหรือทอด ควรเลือกใช้ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพดแทนน้ำมันมะพร้าว

วิตามินและเกลือแร่ จำเป็นต้องได้รับให้เพียงพอ

3) การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยให้ร่างกายใช้พลังงานซึ่งมีผลต่อการลดน้ำหนักและมีผลต่อการลดระดับความดันโลหิต การออกกำลังกายมี 2 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 การออกกำลังกายที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อแต่ความตึงตัวคงที่เรียกว่า ชนิดไอโซโทนิก (Isotonic exercise) ได้แก่การเดินเร็ว ๆ การวิ่งเหยาะ ๆ การว่ายน้ำ การตีกอล์ฟ เป็นต้น จะส่งผลให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดลง

ชนิดที่ 2 การออกกำลังกายที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่แต่ความตึงตัวเพิ่มขึ้นเรียกว่า ไอโซเมตริก (Isometric exercise) เช่น การยกน้ำหนัก การแบกหาม เป็นต้น การออกกำลังกายประเภทนี้จะทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัวและเพิ่มการทำงานของหัวใจ มีผลทำให้เพิ่มความดันโลหิต

ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรเลือกการออกกำลังกายแบบไฮโซโทนิกอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก ในระยะแรกควรเดินวันละ 10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มจนได้วันละ 30 นาที ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรง ควรงดออกกำลังกายทุกชนิดจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ก่อน

4) การลดความตึงเครียด

นอกจากความอ้วน และเกลือแกงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเพิ่มความดันโลหิตแล้ว ความเครียดก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การฝึกฝนทักษะ การควบคุมตนเอง เพื่อทำให้เกิดความผ่อนคลายจะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต วิธีการฝึกการผ่อนคลายซึ่งเหมาะสมกับผู้ที่มีความเครียดทางจิตใจร่วมด้วย ได้แก่

การฝึกหายใจ โดยการฝึกหายใจให้ลึก ช้า และสม่ำเสมอ โดยใช้ผนังหน้าท้องและกระบังลม เวลาหายใจเข้าให้กระบังลมดันท้องให้พองออกและยุบลงเวลาหายใจออก

การฝึกสมาธิ ฝึกให้มีความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การกำหนดรู้ตามอิริยาบถของร่างกาย

การปรับชีวภาพโดยอาศัยข้อมูลสะท้อนกลับ โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ESR (Electrical skin resistance) เป็นเครื่องบอกความต้านทานของผิวหนังต่อกระแสไฟฟ้า โดยวางแผ่นอิเล็กโทรดบริเวณใจกลางฝ่ามือ ข้อมูลจะผ่านเข้าเครื่องโดยผ่านแผ่นอิเล็กโทรด แสดงออกมาให้ทราบในรูปของเสียง ถ้าเสียงดังแสดงค่า ESR ต่ำ หมายความว่ามีความกังวลและความเครียดอยู่ แต่ถ้าค่า ESR สูงเสียงจะค่อยๆ หมายถึงมีความสงบและผ่อนคลาย เป็นการเรียนรู้เพื่อหาวิธีลดความดังของเสียง โดยการใช้อัดลดเสียงเครื่อง วิธีที่จะให้เกิดผลดีคือใช้วิธีนี้ควบคู่กับการฝึกหายใจและการทำสมาธิ

การฝึกคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย มีอยู่ 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ฝึกโดยการเกร็งให้เต็มที่แล้วคลายออก โดยเริ่มที่เท้าทั้ง 2 ข้างก่อน แล้วเลื่อนขึ้นมาตามส่วนของร่างกายทีละส่วน

ประเภทที่ 2 ฝึกโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยไม่ต้องเกร็งก่อน โดยใช้ความคิด ความรู้สึก หรือจิตสัมผัสที่แต่ละส่วนของร่างกายโดยการพิจารณาว่ากล้ามเนื้อที่จุดนั้นมี การผ่อนคลายหรือยัง โดยเริ่มจากอวัยวะบริเวณใบหน้าก่อน จนถึงทุกส่วนของร่างกาย

5) การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เขย่งให้สอดคล้องกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อลดอันตรายจากการกำเริบของความดันโลหิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

การเลิกสูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ความวิตกกังวล ความโมโหฉุนเฉียว คิดมาก หันมาฝึกสวดมนต์ ฝึกโยคะ เพื่อคลายความตึงเครียด ควรนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ปัสสาวะก่อนเข้านอน หลีกเลี่ยงจากการท้องผูก การเปลี่ยนท่า ควรทำช้า ๆ ก่อนจะลุกนั่งหรือยืนจากการนอน ควรยกแขนขาแล้วค่อย ๆ ลุกนั่งสักครู่ จึงห้อยเท้า ถ้าไม่มีอาการวิงเวียน ควรลุกขึ้นข้างเตียงก่อน 10 วินาที จึงเคลื่อนไหว หลังการออกกำลังกายไม่ควรอาบน้ำร้อนหรืออนอนเฉย ๆ เพราะจะทำให้เส้นเลือดขยายตัวมากเกินไป อาจทำให้หน้ามืดได้ ถ้ามีอาการหน้ามืด จะต้องนอนยกขาให้สูงกว่าศีรษะ งอกล้ามเนื้อขาและงอขี้ก้ามเนื้อเท้า จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ดื่มน้ำให้เพียงพอ โดยเฉลี่ยดื่มตลอดทั้งวัน จำกัดกาแฟ เพราะคาเฟอีนจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ รับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ ทราบชื่อ ชนิดของยา และปฏิกิริยาของยาที่มีต่อร่างกาย เมื่อผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบ มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบการรับประทานยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับยาชนิดอื่น ๆ เรียนรู้ที่จะทราบภาวะความดันโลหิตของตนเอง โดยการหมั่นเช็กความดันโลหิตสม่ำเสมอ รวมทั้งการฝึกหัดวัดด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงขั้นรุนแรงและการเกิดภาวะแทรกซ้อน

วิธีที่ 2 การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ยาขับปัสสาวะ ซึ่งจะให้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขึ้นกว่าปกติ และยังคงควบคุมความดันโลหิตได้ไม่มาก ผู้ป่วยที่มีอาการบวม หรือหอบเหนื่อย

กลุ่มที่ 2 ยาด้านระบบอะดรีเนอจิก ให้ในกรณีความดันโลหิตสูงมากและมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย

กลุ่มที่ 3 ยาขยายหลอดเลือด ให้เช่นเดียวกับยาด้านระบบอะดรีเนอจิก โดยจ่ายยาตามสภาพอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

ในรายที่เริ่มมีความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจมีสาเหตุจากความวิตกกังวล ความเครียด ค่าความดันโลหิตค่าล่างสูงกว่า 90 มม.ปรอทเล็กน้อย แพทย์มักให้ยาคลายเครียดรับประทานเช้า-เย็น หรือก่อนนอน

การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของอาการ ระดับความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่าอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการตายของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย (กองสถิติสาธารณสุข, 2534) และพบว่าอัตราการตายของโรคหลอดเลือดในสมอง สูงเป็นอันดับที่ 7 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2536 และสาเหตุของอัมพาตส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูง

ดังนั้นการได้รับการรักษาต่อเนื่องและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกัน และควบคุมการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรคและให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุด้วย

2. ทฤษฎีและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการสูงอายุ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุ

ได้มีผู้เชี่ยวชาญและนักทฤษฎีพิจารณาความสูงอายุได้จากหลายองค์ประกอบ ได้แก่ อายุ และพิจารณาประกอบกันทั้งทางด้านชีวภาพ จิต และสังคม

ประสพ รัตนากร (2522 : 1 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536 : 3) ให้ความหมายว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งคนออกเป็นช่วง ๆ โดยกำหนดวัยสูงอายุตอนต้น คือ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย คือ 75 ปีขึ้นไป (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ, 2523 อ้างถึงใน จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2536 : 2)

ในสังคมไทย เมื่อข้าราชการอายุ 60 ปีถือเป็นวัยเกษียณอายุ แต่ในแถบยุโรป และอเมริกาถือเอาอายุ 65 ปี เป็นวัยเกษียณ

มติสมัชชาโลกผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่ามีอายุ

ระหว่าง 60-74 ปี (Elderly), คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี, และคนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2533 : 3)

นอกจากนั้นยังมีการพิจารณาโดยอาศัยเกณฑ์ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ได้แก่ มีสายตายาวขึ้น ผมหงอก หูตึง เป็นต้น

2) พิจารณาในแง่ของสังคม เน้นที่การทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ถ้ายังทำหน้าที่ได้ดีและปรับตัวได้ดีถือว่ายังไม่ถึงวัยชรา

3) พิจารณาจากทางด้านจิต เช่น การรับรู้ การจดจำ อารมณ์ แรงจูงใจ โดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่อายุเท่า ๆ กัน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2.2 ทฤษฎีสูงอายุ

กระบวนการสูงอายุเป็นที่สนใจแก่นักทฤษฎีในศาสตร์ด้านต่าง ๆ เป็นจำนวนมากว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในปัจจุบันได้สนใจสาเหตุที่ทำให้เกิดกระบวนการแก่ 2 ประการ คือ พันธุกรรม (Genetic Etiology) และสิ่งแวดล้อม (Environment Etiology) (ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537 : 9) และเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกันทั้งแนวตั้งและแนวนอน แนวตั้งพิจารณาว่าร่างกายของบุคคลประกอบด้วยหลายระดับ ตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ อวัยวะ บุคคล กลุ่มคน และสังคม แนวนอนพิจารณาบุคคลที่ 3 ลักษณะ คือ เป็นอยู่ (Being) พฤติกรรม (Behaving) และการกลายมาเป็น (Becoming) ซึ่งอธิบายได้จากศาสตร์ทางด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ได้ดังนี้

ก. ศาสตร์ทางชีวภาพ (Biological View) แบ่งเป็น

1) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยีน ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ ทฤษฎีการกลายพันธุ์ ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย เสนอว่า ความแก่เป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตถูกกำหนดไว้แล้วโดยมีรหัสอยู่ในยีน กำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายหรือระบบบางระบบแก่ลงเมื่อถึงกาลเวลา หรือเกิดอาการสะสมของเซลล์ ทำให้การสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติจนกระทั่งมีผลลดการทำงานของเซลล์และประสิทธิภาพของอวัยวะ หรือเกิดจากการสะสมความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องในระดับโมเลกุลของเซลล์ในร่างกาย

2) ทฤษฎีเกี่ยวกับอวัยวะ มีแนวคิดที่ว่า โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังจากการใช้งาน ยิ่งใช้งานมากยิ่งมีผลให้แก่เร็วขึ้น หรือความแก่เป็นผลมาจากการทำงานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อหรือเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทฤษฎีเหล่านี้ ได้แก่ ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน

3) ทฤษฎีเกี่ยวกับด้านสรีรวิทยา เสนอว่า ความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์และทำให้เซลล์ตายได้ การเผชิญกับภาวะเครียดบ่อย ๆ กันมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นส่วนประกอบคอลลาเจน มีการจับตัวกันมากขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อมีความยืดหยุ่นลดลงหรือเกิดจากการคั่งค้างสะสมของเสียในเซลล์เป็นเวลานาน ทำให้ความสามารถของเซลล์ลดลงหรือทำให้เซลล์ตายหรือเกิดจากความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมี ทำให้ยื่นผิดปกติและเซลล์ของเนื้อเยื่อถูกทำลาย ทฤษฎีเหล่านี้ ได้แก่ ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว ทฤษฎีการเชื่อมโยงของคอลลาเจน ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ

ข. ศาสตร์ด้านจิตวิทยา

โดยอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกัน ในแต่ละวัย ซึ่งสัมพันธ์กับสังคมและการเปลี่ยนแปลงในระดับต่าง ๆ ของร่างกาย

ค. ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา

เป็นการอธิบายร่วมกันกับศาสตร์ด้านจิตวิทยา รวมเรียกว่า Psycho social theory ประกอบด้วย ทฤษฎีการถอยห่าง เพื่อรักษาความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ โดยการลดบทบาทและปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทฤษฎีกิจกรรมอธิบายว่า การมีกิจกรรมทางสังคมที่พอเหมาะกับวัยจะทำให้มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ ทฤษฎีการต่อเนื่องอธิบายว่าผู้สูงอายุยังต้องแสดงบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และมีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในนั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุตามที่กล่าวมาแล้ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การเกิดปัญหาในผู้สูงอายุทั้งสิ้น แบ่งออกได้เป็น 3 ด้านคือ

ก. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง และทำให้เกิดปัญหา สรุปได้ดังนี้ (วรมนต์ ตรีพรหม, 2534)

- 1) ทำให้เกิดความบกพร่องในการติดต่อ สื่อสาร จากหูตึง ตามัว ความจำเสื่อม
- 2) มีความจำกัดในกิจกรรม เนื่องจาก ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้หมดแรงและเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อในการควบคุม การเคลื่อนไหวลดลง ข้อต่อเสื่อม
- 3) ความสามารถในการปรับตัวกับภาวะเครียดลดลง เนื่องจากการทำงานของสมองและการหลั่งฮอร์โมนลดลง
- 4) การพักผ่อนไม่เพียงพอ จากการเปลี่ยนแปลงแผนการนอนหลับ
- 5) เกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการรับรสและการค้มกลืนลดลง ทำให้เมื่ออาหาร การเคี้ยวอาหารลำบาก การย่อย และการดูดซึมสารอาหารลดลง ภาวะเมตาบอลิซึมลดลง กระหายน้ำน้อยลง
- 6) เกิดภาวะเสียสมดุลแร่ธาตุได้ง่าย
- 7) ความสามารถในการเรียนรู้ช้า เนื่องจาสมองขาดความเฉียบแหลมทางความคิด
- 8) ความผิดปกติในการขับถ่ายอุจจาระ ท้องผูกจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง กลั้นอุจจาระไม่ได้ จากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของทวารหนักลดลง
- 9) เกิดบาดแผลได้ง่ายและหายช้า
- 10) กระดูกหักได้ง่ายและติดช้า
- 11) เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย จากภูมิคุ้มกันลดลง
- 12) เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น เนื้องอก เบาหวาน ต้อกระจก ปอดบวม ไขข้อ โลหิตจาง สมองเสื่อม โรคหัวใจและความดันโลหิตสูง เนื่องจากหลอดเลือดแข็งทำให้ความต้านทานภายในหลอดเลือดส่วนปลายสูงขึ้น
- 13) การตอบสนองต่อยาผิดไป และมีโอกาสเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่าย
- 14) เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ข. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

โดยปกติร่างกายและจิตใจของคนเรามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมองเห็นได้และได้รับการแก้ไขตามปัญหาที่มองเห็น แต่ทางด้านจิตใจกลับไม่ได้ความสนใจเท่าที่ควร ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความสนใจ และความเอาใจใส่ จากบุคคลใกล้ชิด เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ย่อมมี

ผลกระทบต่อจิตใจ เพราะเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ

ค. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ สภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง การเกษียณจากการปฏิบัติงาน ทำให้ลดบทบาทของตนเองลงในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม การสูญเสียคู่สมรส การแยกครอบครัวของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลง มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย

การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ตามวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าคนหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยต่างกัน ในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการปฏิบัติดูแลตนเอง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

3. ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การที่จะเข้าใจถึงการดูแลตนเองและประเมินการดูแลตนเองของบุคคลได้นั้น จำเป็นต้องทราบแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งผู้รู้ได้แสดงไว้ดังนี้

3.1 การดูแลตนเอง (Self-Care)

การดูแลตนเอง หมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง อย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน อย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 1985, สมจิต หนูเจริญกุล, 2533, รุจา ภูไพบูลย์ 2537)

การดูแลตนเองตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การดำเนินกิจการทางสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536 : 16) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไทยได้ตีความว่า เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองในทางบวก เพื่อให้มีสุขภาพดี

เพนเดอร์ (Pender, 1987:185) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเอง ในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของเขา

เลวิน (Levin, 1980 : 131 อ้างถึงใน กรรณิกา เรือนจันทร์, 2535 : 23) กล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันการเกิดโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

แนวคิดของฮิลและสมิธ (Hill and Smith, 1990:9) เกี่ยวกับการดูแลตนเอง คือ เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือภายนอกบุคคลนั้นก็

3.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

การดูแลตนเองเป็นมโนคติหลัก ที่สำคัญของทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งโอเรม (Orem) เป็นผู้สร้างและพัฒนาทฤษฎีนี้มาตั้งแต่ ค.ศ.1960 โดยกล่าวว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 22)

การดูแลตนเองในแนวคิดของโอเรม เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ Goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะการพิจารณาและตัดสินใจที่จะนำไปสู่การกระทำ โดยใช้การตัดสินใจจากความรู้ เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก ว่าสมควรจะกระทำหรือไม่

ระยะที่ 2 เป็นระยะการกระทำและผลของการกระทำ โดยการตั้งเป้าหมายและกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำ ซึ่งเมื่อกระทำไปสักระยะหนึ่งจะกลายเป็นสุนิษยัตินิตตัวได้

จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเอง เพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ ดำรงรักษาไว้ซึ่งการเจริญเติบโตและพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามธรรมชาติ ป้องกัน ควบคุม บรรเทา อาการจากการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นหรือลดเซชความพิการที่เกิดขึ้น ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีหรือการมีสุขภาพดี (Orem, 1991 : 124)

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem 1991:121) แบ่งความต้องการ การดูแลตนเองเป็น 3 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล สำหรับคนทุกคน ทุกวัย โดยปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ ได้แก่

1) การรักษาไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ บุคคลต้องได้รับอาหาร น้ำ อากาศ ให้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งภายในและภายนอก เพื่อให้เกิดการคงทนของโครงสร้างและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง และสามารถหาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติบุคคลต้องได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะมีการขับถ่ายที่เป็นไปตามปกติ

3) มีความสมดุลย์ในการทำกิจกรรมและการพักผ่อน บุคคลต้องได้รับการออกกำลังกาย มีแบบแผน การพักผ่อน การมีกิจกรรมของตนเองให้เหมาะสม มีการตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น รวมทั้งรับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

4) มีความสมดุลย์ระหว่างการอยู่ลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลต้องการได้รับการพัฒนาตนเองเพื่อให้พึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการ

เข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม สร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และรู้จักคิดขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม เมื่อจำเป็น

5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดกับชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ บุคคลต้องรับรู้ สนใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเป็อันตรายต่อสุขภาพของตนเอง การหลีกเลี่ยงและป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ควบคุมและจัดสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนได้

6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพหรือข้อจำกัดของตนเอง บุคคลต้องมีการยอมรับในตนเอง มองตนเองในแง่ดี รับรู้สภาพของตนเองในความเป็นจริง ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ รักษาสุขภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะให้เป็นไปตามปกติ ค้นหาและสนใจในความผิดปกติในการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของโครงสร้างของตนเอง

ชนิดที่ 2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care) เป็นการปฏิบัติดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงชีวิต เพื่อพัฒนาบุคคลให้เจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ และป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการหรือเอาชนะผลเสียที่เกิดจาก การขาดการศึกษา การมีปัญหการปรับตัว การสูญเสียญาติมิตร การเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและความตาย

ชนิดที่ 3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการทำกิจกรรมดูแลตนเองในขณะที่เจ็บป่วย เป็นโรค บาดเจ็บ มีความพิการ ไร้ความสามารถ หรืออยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลอื่น จึงต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา ยอมรับในภาวะสุขภาพของตนเอง รักษาไว้ซึ่งการเป็นตัวของตัวเองและภาพลักษณ์ที่ดีของตน รับรู้ สนใจ ดูแลผลจากการเป็นโรคที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งป้องกันการไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย ปรับบทบาท หน้าที่ของตนเองให้เหมาะสม คงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับภาวะที่เป็นอยู่ ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองตามความสามารถ มีเป้าหมายที่เป็นจริง เพื่อจัดระบบดูแลตนเองให้เหมาะสม

การดูแลตนเองทั้ง 3 ชนิด แตกต่างกัน ตามอายุ เพศ ระดับพัฒนาการ แบบแผนการดำเนินชีวิต จะต้องเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ถูกกระทำ ขึ้น ในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อให้เกิดการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปให้ถูกต้อง เหมาะสมกับพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2539) สรุปแนวคิดของโอเรมไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และการถ่ายทอดความคิดของตน แสดงให้เห็นว่ามนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนสวัสดิภาวะทั้งของตนเอง และผู้ที่ต้องพึ่งพาตนเองหรือบุคคลในปกครองของตน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของมนุษย์ที่แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่น ๆ

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำรงชีวิตและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- 1) ด้านการควบคุมอาหาร หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง ในการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เหมาะสมกับวัยและการมีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งปริมาณและคุณภาพ และหลีกเลี่ยงจากอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- 2) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคลประจำวัน เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมี ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายที่เป็นปกติ
- 3) ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน หมายถึง การมีกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับวัยสูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
- 4) ด้านความสมดุลของการอยู่ลำพังและการติดต่อกับสมาชิกในสังคม หมายถึง การมีกิจกรรมที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเองขณะอยู่ลำพัง การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและสมาชิกในครอบครัว เพื่อส่งเสริมศักยภาพของตนเอง
- 5) ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากอันตรายของภาวะความดันโลหิตสูง การหลีกเลี่ยงป้องกัน งดเว้นจากกิจกรรมที่จะทำให้ความดันโลหิตกำเริบ
- 6) ด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพและข้อจำกัดของตนเอง หมายถึง การเอาใจใส่ สนใจ ในการติดตามการรักษา สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะความดัน

โลหิตสูง และการรับประทานยา การมีกิจกรรมเท่าที่จะทำได้ รวมทั้งการสนใจติดตามข่าวสารที่มีประโยชน์ในการปฏิบัติตัวจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงของตนเอง

3.3 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำรงชีวิตและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังต่อไปนี้

1) ด้านการควบคุมอาหาร

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากจะใช้การรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีการรักษาที่ไม่ใช่ยาควบคู่กันไป ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้น จะมีการคั่งค้างของเกลือโซเดียม โดยมีการดูดซึมกลับที่หลอดเลือดส่วนปลายและส่วนต้นของไต การศึกษาพบว่าการบริโภคเกลือจาก 10 กรัม เหลือ 5 กรัมต่อวันจะลดความดันโลหิตได้ถึง 10/5 มม.ปรอท (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537:144) ดังนั้นการรักษาจึงมีการจำกัดเกลือร่วมด้วย โดยแพทย์กำหนดให้ใช้เกลือได้ประมาณ 5 กรัมต่อวัน (เกลือแคงประมาณ 1 ช้อนชา) แต่ในผู้สูงอายุการรับรสจะไม่ดี การรับประทานอาหารรสจืดนาน ๆ อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการได้ จึงกำหนดให้ใช้เกลือปรุงอาหารได้บ้าง โดยปรุงรสให้อ่อนเค็ม และขณะรับประทานอาหารไม่ควรปรุงโดยการเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือรับประทานร่วมกับอาหารรสเค็มอื่น ๆ เช่น เต้าเจี้ยว ปลาเค็ม ของดอง ซอสรสหวานปนเค็มอื่น ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ความอ้วนจะมีผลต่อความดันโลหิตสูง และการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและโรคหัวใจขาดเลือด (Kirkendall, 1988:227 อ้างในเพ็ญศรี หงษ์พานิช, 2536:21) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงควรหลีกเลี่ยงจากการใช้ ไขมันจากสัตว์ เนื่อติดมัน นมสด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว แอ่งกะทิ ขนมหวาน ขนมน้ำกะทิ อาหารทะเล อาหารทอดที่มีน้ำมันมากๆ ควรใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด หรือจากไขมันไม่อิ่มตัวดังที่กล่าวมาแล้ว (วลัย อินทร์พรชัย, 2530:300) อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ควรได้จาก ข้าว ผักผลไม้ มากกว่าจากพวกน้ำตาล ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มน้ำหนักและไขมันในเลือดสูง ปริมาณที่ควรได้รับคือ มื้อละ 1 งาน อาหารโปรตีนควรได้จากเนื้อสัตว์ที่ไม่มีไขมัน และนมไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ

1 แก้ว หรือนมเปรี้ยวแทน ซึ่งจะสามารถทดแทนโปดัสเซียมและแคลเซียมที่สูญเสียออกทางปัสสาวะ สำหรับผู้ที่รับประทานยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูง

วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ สามารถรับประทานได้ตามต้องการจากผักใบเขียว และผลไม้ที่รสไม่หวาน การรับประทานผักควรต้มมากกว่ารับประทานดิบเพราะจะทำให้ท้องอืดได้ง่าย ผลไม้จะช่วยให้การขับถ่ายเป็นไปตามปกติ นอกจากนี้การได้รับอาหารควรได้รับวันละ 3-4 มื้อ และมีปริมาณที่พอดี เพราะผู้สูงอายุมักจะมีอาการเบื่ออาหารและรับประทานได้ครั้งละน้อย ถ้าได้รับอาหารเพียงวันละ 1-2 มื้อ อาจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ การดื่มน้ำสะอาดต้องให้สอดคล้องกับการเสียน้ำจากการรับประทานยาขับปัสสาวะ ปริมาณที่พอดี คือ 6-8 แก้วต่อวัน โดยดื่มได้ครั้งละน้อย ๆ และดื่มได้ตลอดวัน การดื่มน้ำร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีกาก เช่น ผัก และผลไม้จะช่วยให้การขับถ่ายเป็นปกติ

2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เหมือนกับผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลตนเองในเรื่องของสุขวิทยาส่วนบุคคล ควรอาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง และดูแลผิวไม่ให้แห้งโดยใช้ครีมทาผิว เพื่อลดการระคายเคือง ถึงแม้จะไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม ก็ควรจะมีการบ้วนปากหรือแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร สระผมอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ควรมีการถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ ให้เป็นเวลาเพื่อป้องกันภาวะท้องผูก รวมทั้งการใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ

3) การออกกำลังกายและการพักผ่อน

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ร่างกายจะหลั่งสาร เอนโดฟิน ทำให้สดชื่น จิตใจสบาย และช่วยผ่อนคลายความเครียด และเพิ่มศักยภาพการทำงานของหัวใจ ในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงมากๆ ควรงดการออกกำลังกายไว้สักระยะก่อน จนเมื่อความดันโลหิตสามารถควบคุมได้ จึงออกกำลังกายได้ตามปกติ (เกษม วัฒนชัย 2532:120) ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรออกกำลังกายประเภทไอโซโทนิค เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ กายบริหาร อย่างสม่ำเสมอทุกวัน เริ่มต้นจากวันละ 10 นาที และเพิ่มเรื่อย ๆ จนถึง 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วันเป็นอย่างน้อย หลีกเลี่ยงจากกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก ๆ หรือการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เช่น การยกน้ำหนัก หรือการยก ลาก ดึง สิ่งของหนัก ๆ ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงได้ ควรมีเวลาพักผ่อนในตอนกลางวันอย่างน้อย 1 ชม. หลังจากรับประทานอาหาร และได้พักผ่อนนอนหลับในตอนกลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

4) ความสมดุลของการอยู่ลำพังและการติดต่อกับสมาชิกในสังคม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจะทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้แม้ว่าจะไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วย ควรมีเวลาเป็นของตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว โดยการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่บุตรหลานในการดำเนินชีวิต ผูกมิตรกับผู้อื่นโดยการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมหรือชุมชน เป็นสมาชิกในชมรม และมีบทบาทของสมาชิกกลุ่ม มีกิจกรรมที่ไม่ทำให้รู้สึกเหงา เบื่อหน่าย จะทำให้คนมีความรู้สึกมีค่า เป็นที่พึ่งของคนเองและผู้อื่นได้ และมีผลต่อการปรับตัว ซึ่งจะส่งเสริมให้การดูแลตัวเองดียิ่งขึ้น

5) การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเอง

เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะของความดันโลหิตสูงร่วมด้วย การป้องกันอันตรายคือ หลีกเลี่ยงจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อภาวะของโรคนั้น ควรหลีกเลี่ยงจากการดื่มสุรา ถึงแม้จะมีรายงานว่า การดื่มเหล้าต่ำกว่าขนาด 2-3 ออนซ์ต่อวันจะไม่ทำให้ความดันสูงกว่าปกติ แต่ถ้าหยุดดื่ม จะพบว่า SBP และ DBP จะลดลงเรื่อย ๆ จนถึง 6 สัปดาห์ (เกษม วัฒนชัย, 2532:123) ควรเลิกบุหรี่ เพราะการดื่มสุราและบุหรี่จะมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาพบว่า หากดื่มกาแฟ 2-3 ถ้วยติดต่อกันความดันเลือดจะสูง 5-15 มม.ปรอท ใน 15 นาที และอาจทำให้เกิดอาการใจสั่น ดังนั้น ควรจะงดดื่มกาแฟด้วยเพราะอาจมีผลต่อหัวใจ การยืนเป็นเวลานาน ๆ โดยเฉพาะหลังรับประทานยาลดความดันโลหิตจะมีผลทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ จากการขยายตัวของเส้นเลือดขา ทำให้เลือดไหลไปสู่อวัยวะส่วนล่างมาก หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด หรืออากาศไม่เพียงพอ ซึ่งจะมีอันตรายต่อชีวิตได้ การระมัดระวังเคลื่อนไหวร่างกายช้า ๆ เมื่อเปลี่ยนท่า จะช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากเส้นเลือดในสมองแตก ป้องกันอันตรายจากการเกิดอัมพาต

6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาตามศักยภาพหรือข้อจำกัดของตนเอง

ข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ วัยสูงอายุ และความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยการรับประทานยา ในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุสามารถทำงานเบา ๆ หรืองานอดิเรกเท่าที่ตนเองอยากจะทำหรือทำได้ รวมทั้งมีกิจกรรมที่ช่วยคลายเครียด เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฝึกโยคะ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ตรวจเช็คความดันโลหิตสม่ำเสมอตามแพทย์นัด หรือสามารถวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง รับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่ปรับขนาดยาเอง ไม่ซื้อยามารับประทานเอง อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ สามารถสังเกตตัวเองได้ถึงความผิดปกติของการมีภาวะความดันโลหิตสูง และสื่อสารให้ผู้อื่นใกล้ชิด

ทราบได้ เรียนรู้ถึงฤทธิ์ข้างเคียงของยาและสามารถอธิบายได้แพทย์เข้าใจได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างเคร่งครัด ในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตของตนเอง รวมทั้งสนใจติดตามข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะที่ตนเป็นอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สามารถปรับตัวได้ และดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามการเบี่ยงเบนสุขภาพที่เกิดขึ้น และพัฒนาได้ตามวัยสูงอายุ

3.4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

สิ่งสำคัญที่เป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526) ซึ่งโอเรม (Orem, 1980) กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นศักยภาพในตัวบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่ตนเองประสบอยู่ น่าจะมีผลให้แสดงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยมากจะมีภาวะนี้ตั้งแต่ในวัยกลางคน แต่ไม่มีอาการ และไม่ได้รับการตรวจร่างกาย จึงทำให้ไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะนี้ จนเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือตรวจพบโดยบังเอิญ จึงทำการรักษา การรักษาโรคนี้อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุควรทราบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาเมื่อมีโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองให้ถูกต้อง คือ กรรมพันธุ์มีส่วนทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การไม่ออกกำลังกาย การมีภาวะเครียด การมีไขมันในเส้นเลือดสูง จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนคือมีความดันโลหิตสูงตามมา ดังนั้น ควรจะหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ และปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยให้ภาวะของโรคดีขึ้น เช่น การฝึกหายใจ ฝึกสมาธิ จะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ การหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูง เช่น ไข่แดง อาหารทะเล รวมถึงการลดความอ้วนและการควบคุมอาหารรสเค็ม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ทราบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่ใช่อาการเฉพาะ แต่เมื่อมีอาการเหล่านี้ ควรสงสัยไว้ได้ว่า อาจมีภาวะความดันโลหิตสูงเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะ บริเวณท้ายทอย อาจมีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ปวดศีรษะข้างเดียว เลือดกำเดาออก มึนงง อ่อนเพลีย จนถึงตามัว วิงเวียน เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งอาจทำให้เป็นอัมพาตได้ โรคไต ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ การรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่หายขาด ต้องมีการควบคุมไว้ตลอดชีวิต อาจโดยใช้ยา

หรือปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง สำหรับการรักษาด้วยยา ควรจะทราบเกี่ยวกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอและรับยาตามคำสั่งแพทย์ รับประทานยาสม่ำเสมอแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติ ทุกครั้งที่ไปตรวจตามนัดควรจะนำยาที่เหลือไปให้แพทย์ดูด้วย และอธิบายอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยาให้แพทย์ทราบ เพื่อจะได้ปรับขนาดยาให้ถูกต้องและเหมาะสมกับการเป็นโรค สิ่งเหล่านี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรจะต้องทราบเพราะเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตน สามารถนำมาใช้ปฏิบัติการดูแลตนเองให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข แม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงก็ตาม

4. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ

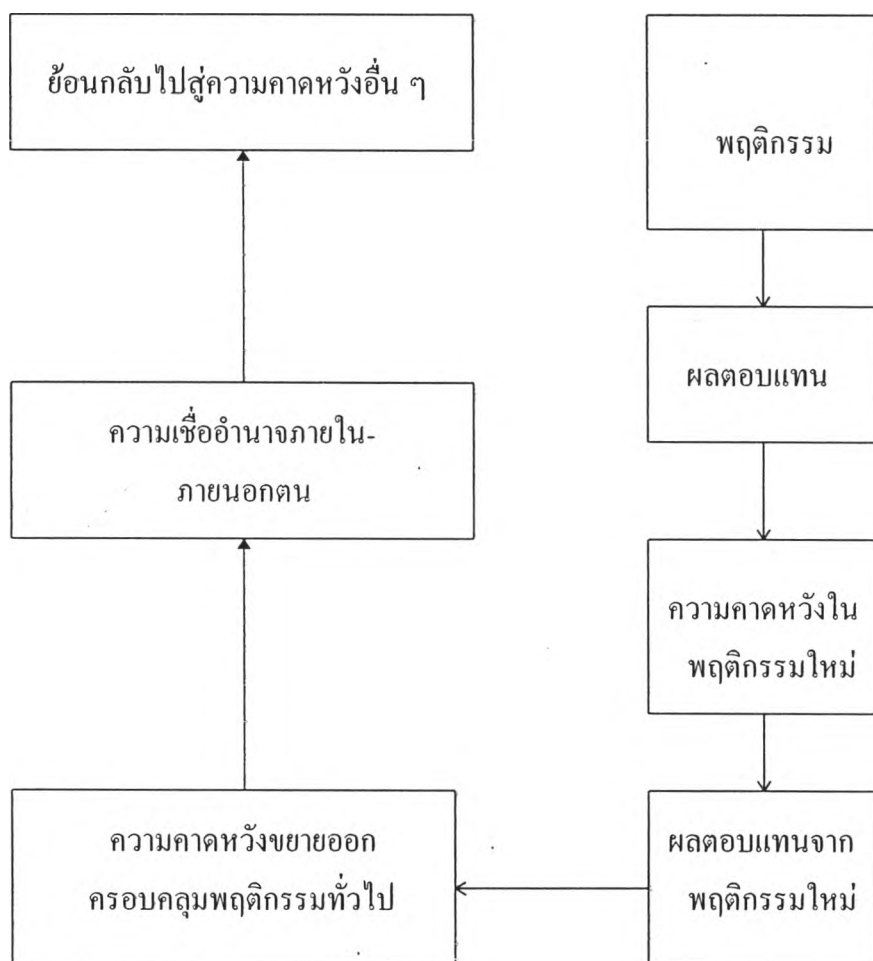
ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับข้อเสนออย่างใดอย่างหนึ่งว่าเป็นความจริง ซึ่งการยอมรับที่ว่าเป็น อาจเกิดจากสติปัญญา เหตุผล หรือความศรัทธาโดยไม่มีเหตุผลก็ได้ (สุพล รุจิรพัฒน์ และคณะ, 2533 อ้างถึงใน พิศศักดิ์ ชินชัย 2538:9)

จรรยา สุวรรณทัต (2526) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นความคิด ความรู้สึก และความเข้าใจที่ฝังแน่น ที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเหตุผล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

บุคคลแต่ละคนมีบุคลิกที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะประสบเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตที่คล้ายๆ กัน แต่การยอมรับหรือการมีพฤติกรรมเผชิญกับเหตุการณ์นั้นแตกต่างกันไป เกิดจากความคิดและความเชื่อของบุคคลแตกต่างกัน ทำให้มีอำนาจในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เรียกว่า อำนาจในการควบคุมตนเอง (Locus of control) หรือเรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน เป็นแนวคิดซึ่งใช้นำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลและค้นหาข้อเท็จจริงในการปฏิบัติของบุคคล อธิบายโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่ง รอตเตอร์ (1966) ได้สรุปไว้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน เกิดจากความคาดหวังของบุคคลที่จะได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมของตน ความคาดหวังเหล่านี้

นี้เกิดจากพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เฉพาะอันใดอันหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคลนั้น ซึ่งแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 1 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน
(อ้างใน กรรณิการ์ กันชะรักษา, 2527 : 18)

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1) บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) เป็นบุคคลที่เชื่อว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจผู้อื่น

2) บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง

นอกจากนั้น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนขึ้นอยู่กับวัยและเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต (Lefcourt, 1982) ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ประสบการณ์ที่สะสมในอดีต และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เช่น อุบัติเหตุ การจากไปของผู้เป็นที่รัก เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ดำเนินไปได้ด้วยดี บุคคลรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดจากการกระทำของตน ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น (Strickland, 1977) แครนดอลล์ (Crandall, et al., 1965) กล่าวว่า เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลช่วยตัวเองได้น้อยลง กลับต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น นั่นแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนจะต่ำลงเมื่อถึงวัยชรา

อำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นสิ่งที่สามารถนำมาอธิบายการกระทำของบุคคล ดังนั้นจึงมีผู้นำมาใช้อธิบายการกระทำพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป และเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วย เรียกว่า อำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (Health locus of control) โดยใช้แนวคิดเดียวกัน คือ ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่า การที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง จะมีพฤติกรรมสนใจในสุขภาพอนามัยและชวนหาวิธีปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพอนามัยดีอยู่เสมอ ในขณะที่เดียวกันผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่า การที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือไสยศาสตร์ หรืออยู่ภายใต้การกระทำหรือควบคุมโดยบุคคลอื่น ตนเองไม่ได้สนใจ เอาใจใส่ที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ได้มีการนำเอาแนวคิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ มาทำนายและอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันอุบัติเหตุ (Wallston et al., 1976) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ (Strickland, 1977) พฤติกรรมการลดน้ำหนัก การเผชิญภาวะเครียด (Schroeder and Miller, 1983) พฤติกรรมการป้องกัน

โรค (Zindler-Wernnet and Weiss, 1987) ผลของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต่อระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Halfens, 1995) เป็นต้น

การประเมินความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพได้พัฒนามาตามลำดับ เริ่มต้นจากแฟเรสและคณะ (Pharese, et al., 1957) และรอดเตอร์ได้สร้าง LE-SCALE ขึ้น (Internal-External Locus of Control) โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่ง ลีเวนสัน (Levenson) ได้พัฒนาวิธีใหม่โดยแบ่งความเชื่อเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal health locus of control) ความเชื่ออำนาจผู้อื่น (Other health locus of control) ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance health locus of control) และได้ถูกนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพอนามัยโดยวอลส์ตันและคณะ เรียกว่า Multidimension Health Locus of Control (MHLC Scale) (Wallston, et al., 1978)

จากการศึกษาแนวคิด วารสาร งานวิจัยต่าง ๆ ทำให้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพได้ว่า หมายถึงความนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของบุคคล ที่มีต่อการควบคุมสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญด้านสุขภาพ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการดูแลตนเอง

โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยได้เสนอแนะปัจจัยพื้นฐานซึ่งน่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ แหล่งประโยชน์ ซึ่งประกอบด้วยแรงสนับสนุนทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วย สมจิต หนูเจริญกุล (2537) อธิบายว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองไม่ได้เป็นเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่ในการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ได้แก่ การนับถือศาสนา ความเชื่อทางด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการควบคุมดูแลสุขภาพ สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว

ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิก ความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่ทำอยู่ประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การใช้ระบบบริการสุขภาพ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลประสบและมีผลต่อการดูแลตนเอง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การหย่าร้าง ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความล้มเหลวในการรักษา ทำให้สูญเสียความหวัง เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ

1) เพศกับการดูแลตนเอง

โอเรมไม่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการดูแลตนเอง แต่กล่าวเพียงว่า เพศมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษามีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้อง การศึกษาของจิรา หงษ์ตระกูล (2532) พบว่า เพศหญิงและเพศชาย มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1986) และการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ซึ่งพบว่า เพศหญิงและเพศชายมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในจำนวนใกล้เคียงกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮักและโพลมาร์ (Haug & Polmar, 1986) ซึ่งพบว่าผู้ชายมีการกระทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าเพศหญิง ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมดมีความแตกต่างกันในลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ฉะนั้น เพศน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

2. สถานภาพสมรสกับการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และช่วยชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย จากการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ รัชยา (2537) เนื่องจากไม่มีความแตกต่างของสถานภาพสมรสในกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุเพศชายจะมีสถานภาพสมรสสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุชายมักจะมีการสมรสใหม่เมื่อคู่สมรสเดิมเสียชีวิต และจากการศึกษาคุณภาพชีวิตสตรีสูงอายุพบว่า สตรีสูงอายุที่มี

สถานภาพสมรสที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ 2538) ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

3. ระดับการศึกษาและรายได้กับการดูแลตนเอง

แหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองคือ ระดับการศึกษาและรายได้ เพนเดอร์ (Pender, 1982) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีการศึกษาน้อยที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี เลิศมาลีวงศ์ (2538) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และการศึกษาของทัศนีย์ รัชยา (2537) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่การศึกษา ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และยังพบว่า สตรีสูงอายุที่มีการศึกษาสูงและรายได้ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสตรีสูงอายุที่มีการศึกษาน้อยและรายได้น้อย (สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์, 2538) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีวิธีหารายได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีรายได้ดีจะสามารถสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเอื้ออำนวยให้บุคคลบรรลุถึงการดูแลตนเองที่ดีได้ ดังนั้น ระดับการศึกษาและรายได้จึงคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

4) ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงกับการดูแลตนเอง

ภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลเผชิญกับสภาพความเปลี่ยนแปลงในชีวิต สูญเสียเวลาทำงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษา และพึ่งพามูลค่าอื่นในการดูแลตนเองตามสภาวะของโรค การเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความสูญเสียความเชื่อมั่นในการควบคุมสุขภาพตนเอง การเผชิญกับความล้มเหลวในการรักษาทำให้เกิดประสบการณ์ที่บั่นทอนกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง เนื่องจากมีความท้อแท้และสิ้นหวัง ดังที่ กอบกุล พันธุ์เจริญกุล (2531) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่ออัตรานอนหลับของบุคคลในทางที่เลวลง ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ในทางตรงกันข้าม การที่ทราบว่าเป็นโรคที่เป็นอยู่ไม่มีทางรักษาหายแต่ถ้าสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองถูกต้องจะทำให้มีชีวิตรอดยืนนานจะเป็นกำลังใจให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง และปฏิบัติการดูแลตนเองให้ถูกต้องยิ่งขึ้น การศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการดูแลตนเอง (จิราพร อมราภิบาล, 2536) จึงน่าจะคาดได้ว่า ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

5) การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับการดูแลตนเอง

เป็นลักษณะที่อยู่ภายในของบุคคล เกี่ยวข้อง กับความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเอง การศึกษาของเพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536) พบว่า การรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โอเรม (1980) กล่าวว่า ความรู้เป็นศักยภาพภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ จะเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมและแสดงออก (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526) แต่จากการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาแบบต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องมีความรู้ไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของยี่ช้วน แซ่ตัก (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้มีความรู้ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกัน ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

5.2 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

พฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลอยู่ใต้อิทธิพลของประสบการณ์เฉพาะตัวของเขามากกว่าข้อเท็จจริง ประสบการณ์เป็นสิ่งที่บุคคลสำนึกรู้เฉพาะตน ผู้อื่นสามารถล่วงรู้และเรียนรู้ถึงประสบการณ์ของคนอื่นได้เฉพาะบางส่วนบางแง่ของมนุษย์เท่านั้น ความนึกคิดของบุคคลย่อมมีทั้งด้านบวกและลบ ยิ่งบุคคลมีความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองด้านบวกเท่าใด ก็ยิ่งมีความมั่นคง และมีความวิวัฒนาการของบุคลิกภาพมากเท่านั้น (คาร์ล โรเจอร์ อังถึงโน ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल, 2539) พฤติกรรมของมนุษย์ทุกรูปแบบเกิดจากแรงจูงใจของตนเอง มาสโลว์เชื่อว่า แรงจูงใจของมนุษย์เกิดจากสิ่งจูงใจที่มีภายในตัวบุคคลมากกว่าถูกจูงใจจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล (ศรีเรื่อน แก้วกั้งवाल, 2539) ดังนั้น ความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของบุคคล จึงมีอำนาจในการควบคุมบุคคลให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน (Locus of control) ฮัสเซย์ (Hussey, 1989) กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ (Health locus of control) จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของตน แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจผู้อื่น ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อในการกระทำของตนว่ามีผลต่อสุขภาพของตน จะสนใจในสุขภาพอนามัยและแสวงหาวิธีปฏิบัติให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แต่ผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะไม่สนใจในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขภาวะเจ็บป่วย มักจะปล่อยให้การดูแลสุขภาพขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น วอลส์ตันและคณะ (Wallston, et al., 1976 อ้างถึงใน Strickland, 1978) พบว่า ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนจะชวนขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และหาวิธีดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพดี ในการศึกษาของซินด์เลอร์-เวอร์เนท และไวส์ (Zindler-Wernet & Weiss, 1987) พบว่า ในกลุ่มลูกจ้างที่ทำงานในสถาบันสุขภาพผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค จะมีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญและความเชื่ออำนาจผู้อื่นต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค

จอณะจง เฟ็งจาด (2533) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurukul, 1986 อ้างในรัศมีแข วิโรจน์รัตน์, 2534) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองทางบวก ผลการศึกษามีทั้งสอดคล้องและขัดแย้งดังนั้น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ จึง
ขอเสนอกรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

