

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสงครามครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
 - 1.1 สาเหตุของความเครียด
 - 1.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด
 - 1.3 ระดับของความเครียด
2. ความหมายของผู้สูงอายุ
3. โรคความดันโลหิตสูง
 - 3.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.5 แนวทางการรักษาและการป้องกัน
4. แนวคิดและทฤษฎี
 - 4.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ความเครียดเป็นสภาวะทางจิตใจและร่างกาย ที่บุคคลได้รับหรือต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกาย ใจ และความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ตอบสนองต่อสิ่งที่ถือว่าเป็นสิ่งคุกคาม สภาวะเครียดทั้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจและร่างกายนั้น ล้วนแล้วแต่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวบุคคล ส่งผลให้ บุคคลเสียสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ (กิติกร มีทรัพย์: 2541) ความรู้สึกกดดันที่เกิดขึ้น สำหรับบางคนแล้วเป็นความรู้สึกที่หนักและแย่มาก หรือทนไม่ได้ ในขณะที่บางคนอาจจะรู้สึกว่าเป็นความท้าทายและไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตนเอง คนที่รับรู้และเข้าใจได้ถึงความรู้สึกกดดันและสามารถทนได้ จะสามารถจัดการกับความเครียดและความกดดันนั้นได้ เมื่อคนเราต้องเผชิญกับความเครียดไม่ว่าจะรุนแรงหรือไม่ก็ตาม ต่างก็มีแนวโน้มที่จะจัดการกับความเครียด หรือคลายความเครียดลง จนถึงระดับที่สามารถทนหรือหายไปทั้งหมดได้ และเตรียมตัวพร้อมสำหรับการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศและทุกวัย เด็กเล็กมีความเครียดได้ไม่ต่างกับผู้ใหญ่ อีกทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของคนเราสามารถเกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกวัน ทุกเวลาและทุกสถานการณ์โดยที่ เรามิอาจหลีกเลี่ยงได้

จึงกล่าวได้ว่าความเครียดเป็นส่วนหนึ่งที่มนุษย์เราต้องต้องประสบพบเจออยู่ทุกวันและเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันโดยที่มนุษย์เราทุกคนต่างยอมรับ ส่วนระดับความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ช่วงเวลาแต่ละสถานการณ์ ซึ่งการที่แต่ละคนนั้นมีระดับความเครียดแตกต่างกันและมีวิธีรับมือกับความเครียดที่ต่างกันเพราะแต่ละคนต่างก็มีการยอมรับกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ไม่เท่ากัน และมีประสบการณ์และความรู้สึกที่ไม่เหมือนกัน และที่แตกต่างกันอีกก็คือ การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน เรียนรู้ที่จะปรับตัว ปรับอารมณ์ ปรับความคิด ปรับเปลี่ยนนิสัยและพฤติกรรมบางอย่างเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาและสิ่งที่เข้ามาคุกคามความเป็นส่วนตัวหรือความสงบสุขในชีวิตของตนเองให้กลับมาอยู่อย่างเป็นสุขและสงบอีกครั้ง

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้รู้สึกเกิดความทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ (2540:16) กล่าวว่า ความเครียด คือ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่เกิดขึ้นภายนอกและภายในสิ่งแวดล้อม แล้วก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสมดุลในบุคคลนั้น ๆ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ไม่ได้ ก็จะทำให้เกิดผลเป็นความเจ็บป่วยหรือสิ้นหวัง

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ (2540:9) กล่าวว่า ความเครียด เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจคับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับกดดัน จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ

ปิยะวรรณ เลิศพานิช (2542: 13) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งภายในและภายนอก เป็นความรู้สึกไม่พอใจไม่สบายใจเสมือนจิตใจถูกบีบบังคับให้ต้องเผชิญกับสิ่งเร้า ความรู้สึกดังกล่าวนี้ ทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

อรวรรณ ลือบุญวณิชชัย (2545: 253) กล่าวว่า ความเครียดคือสภาวะที่กดดันในบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล รวมถึงพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของบุคคลด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่าสภาวะความเครียดเป็นกลไกการป้องกันตัวที่เกิดขึ้นเมื่อมีภัยอันตรายจากภายนอกมารบกวน

กรมสุขภาพจิต (2546:35) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งสิ่งเร้าอาจเป็นผู้คน ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะกดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของการดำเนินชีวิตได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2548: 67) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัวต่อสิ่งที่กระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

นักวิชาการต่างประเทศ กล่าวถึงความเครียดไว้ดังนี้

Selye (อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต 2546: 5) กล่าวถึงความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษหรือสิ่งเร้าที่เต็มไปด้วยอันตราย อันมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงการและสารเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาเหล่านี้จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระซึ่งนำไปสู่อาการต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Lazarus (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต 2546:5) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากระบบการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม (threat) โดยที่การรับรู้ หรือการประเมินนี้ เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ เหตุการณ์ต่างๆในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคล อันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

Mclean and Andrew (2000) กล่าวถึง ความเครียดในงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุเป็นความเครียดจากงาน (Job stress) ซึ่งเกิดจากระบบการบริหารจัดการสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน มาตรฐานการปฏิบัติงาน การทำงานของผู้ดูแลในเวรกลางคืน ทัศนคติของการดูแลผู้สูงอายุ การให้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุ การทำงานที่ให้บริการเหมือนคนรับใช้และการเผชิญกับแรงกดดันในเรื่องต่างๆ

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจเสียสมดุลและก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการทำงาน และเป็นผลต่อสภาวะร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

1.1 สาเหตุของความเครียด

วารสาร ตระกูลสุขภาพดี (2547: 117-118) ได้กล่าวไว้ว่าสาเหตุของความเครียด เป็นสิ่งที่อิทธิพลต่ออารมณ์สภาวะร่างกายของบุคคลเป็นสิ่งที่คาดว่าจะมีผลก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ และการเกิดความเครียดนั้นมาจากสาเหตุ 2 ประการคือ

1. จากตัวบุคคลเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับสติปัญญา ประสบการณ์ชีวิต บุคลิกภาพ เฉพาะบุคคล เป็นแบบก้าวร้าว เก็บตัวต่อต้านสังคม รักและหลงตนเองมาก ความคับข้องใจ ความรู้สึกสูญเสีย และรู้สึกผิด ความพิการ ความเจ็บปวดทางด้านร่างกายและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในลักษณะของปัจเจกบุคคล
2. จากภายนอกตัวบุคคล เป็นเรื่องของปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ปัญหาจากอาชีพการงาน เศรษฐกิจและสังคม ความยากจนและสภาพของสังคมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงชีวิต ความรับผิดชอบ และตำแหน่งหน้าที่การงานและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและแวดล้อมบุคคลนั้น ๆ อยู่ (กรมสุขภาพจิต, 2548) กล่าวว่า ความเครียดเกิดจากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ความกลัวว่าจะไม่ได้ดังหวัง กลัวจะทำไม่สำเร็จหนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าตนเองต้องทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น

2. สาเหตุการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การตั้งครรรค์ การเริ่มทำงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น

3. สาเหตุความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การเจ็บไข้ได้ป่วยที่ไม่รุนแรง ตลอดจนการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.2 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด

มีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้หลายประการ ดังนี้

(กิตติกร มีทรัพย์ ,2541) ได้แบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ หมายถึง การเจ็บป่วยทางกายที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย เช่น การป่วยเป็นโรคเอดส์ และปัจจัยด้านชีวภาพอีกประการหนึ่งคือ อุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นอันมาก

2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวไทยซึ่งมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวสูงขึ้นโอกาสที่พ่อแม่ลูกจะได้พบปะกันน้อยลง ความรู้สึกอบอุ่นในจิตใจจึงเหลืออยู่น้อยหรือขาดหายไป

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียดค่อนข้างมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงานและเครือข่าย โดยกลุ่มผู้ใช้แรงงานจะได้รับผลกระทบในด้านของการปรับตัวให้เข้ากับงานและด้านชีวิตความเป็นอยู่กลุ่มเครือข่าย เช่น พ่อ แม่ ลูก และญาติสนิท ต้องสูญเสียแรงงานหลักของครอบครัวไปส่วนหนึ่ง ขาดความอบอุ่นในครอบครัว

4. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ในยุคโลกาภิวัตน์ ความเจริญด้านเทคโนโลยีและข่าวสารในยุคปัจจุบันมีส่วนสำคัญที่ทำให้คนดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสะดวกสบายมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ทำให้คนเครียดมากขึ้น เช่น เด็ก ๆ ได้รับสื่อที่ก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่อิงกับเทคโนโลยีทำให้คนเครียดเพราะวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากที่คุ้นเคย การเผชิญหน้ากับเทคโนโลยีใหม่ ๆ อันเป็นความทันสมัยของสังคม เมื่อบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียด หรือการช็อกทางวัฒนธรรม แนวโน้มของความเครียดในลักษณะนี้จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

(รวิวรรณ นิวัตพันธุ์,) ได้แบ่ง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ดังนี้

1. พันธุกรรม ยีนส์ที่ได้รับจากพ่อแม่ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการหลั่งสารเคมีบางชนิดในสมองมีความผิดปกติทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ จึงมีความเครียดง่ายกว่าคนอื่น

2. สิ่งที่ได้มาจากกำเนิด เช่น ความพิการต่าง ๆ พุดไม่ชัดติดอ่าง ทำให้เกิดปมด้อย

3. อายุ ช่วงอายุที่เครียดง่ายคือ ช่วงวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาของการปรับตัว จึงมีแนวโน้มที่จะหงุดหงิดง่ายและทนต่อความเครียดได้น้อย วัยรุ่นจะรับรู้ความล้มเหลวในเชิงมหดหวังและตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่นโดยคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้

4. การเลี้ยงดูในวัยเด็ก ถ้าพบอุปสรรคโดยเฉพาะในช่วง 5-6 ปี แรก เช่น สูญเสียพ่อแม่จะมีโอกาสซึมเศร้าได้มาก

5. สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน สภาพครอบครัวหน้าที่การงาน ปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ความกังวลที่จะถูกออกจางาน ภาวะอากาศร้อนหรือหนาวเกินไปเสียงที่ดังเกินไป ฯลฯ

6. โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่รักษาไม่หาย ล้วนทำให้บุคคลนั้นเครียดง่ายกว่าปกติ

1.3 ระดับของความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลนั้น แม้จะเกิดจากสิ่งคุกคามที่เหมือนกัน หรือสาเหตุเดียวกันก็มีความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับพื้นฐานทางจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น และความเข้มข้นของสิ่งที่มากระตุ้น (ศรีรัตนาศุภพิทยากุล, 2534)

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข , 2541) ได้แบ่งระดับของความเครียดโดยการใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) จำนวน 20 ข้อ ออกเป็น 4 ระดับ

1. ความเครียดในระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดขนาดน้อย ๆ และหายไป ในระยะเวลาอันสั้นเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป ไม่รุนแรง จนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (High Stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเปราะบาง ท้อแท้หมดแรง ควบคุมตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกายหรือโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

2. ความหมายของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุจัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้ จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือมีแต่ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่าง ค่อยเป็นค่อยไป (ชูศรี วงเครือ, 2543, น. 47) จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัย สูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น จะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมซึ่ง ได้มีผู้ให้ คำนยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เช่น ฮอลล์ (Hall D.A., 1976, pp. 3-4 อ้างใน แสงเดือน มุสิกกรรมณี, 2545, น. 7) ได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงอายุดามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุดามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่า ใครมีอายุน้อยเพียงใด

2. การสูงอายุดามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุ จากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงาน ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการ สูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

3. การสูงอายุดามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงใน หน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำการเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพ ที่ปรากฏ ในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุดามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงใน บทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทยนั้นกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่ จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุ ตามสภาพของ การมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 –74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 –90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมิได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัด ประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่าน จึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ

3. โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญโรคหนึ่งซึ่งจะเห็นได้จาก อัตราป่วย ต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2549, 2550 และ 2551 เท่ากับ 659.57, 778.12 และ 860.53 ตามลำดับ และอัตราการตาย ต่อประชากร 100,000 คนด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2549, 2550 และ 2551 เท่ากับ 3.8, 3.6 และ 3.9 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้นเช่นเดียวกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เป็นโรคที่ รักษาไม่หายขาด และถ้าผู้ป่วยไม่ได้ดูแลตนเองจะทำให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ความดันโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวาย จอประสาทตาเสื่อม เป็นต้น ดังนั้น

การดูแลตนเองอย่างถูกวิธีและต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

3.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง หมายถึง การมีความดันซิสโตลิกสูงมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และมีความดัน ไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในคนทั่วไป และความดันโลหิตสูงมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และมีความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวาน และผู้ป่วยที่มีการท าหน้าที่ของไตผิดปกติ ไม่ว่าความดันซิสโตลิกหรือไดแอสโตลิกสูงเกินเกณฑ์ก็ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้ (Smeltzer & Bare, 2004; Hamiton & Ignatavicius อ้างใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 213)

3.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 214-215)

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension or essential hypertension or hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดจากหลายปัจจัยโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลของร่างกาย พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-55 ปี และไม่ค่อยพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความสูงของค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิ (Secondary Hypertension) เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ เช่น เป็นโรคไต โรคของต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติของระบบประสาท ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดรับประทาน ภาวะเครียดเฉียบพลัน ความผิดปกติของหลอดเลือดและความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น และสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงบางอย่างสามารถแก้ไขได้ ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการจำแนกสาเหตุของความดันโลหิตสูง ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพในการบำบัดความรุนแรงของความดันโลหิตสูงขึ้นอยู่กับโรคที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมและระยะเวลาของการเป็นโรคที่เป็นสาเหตุ

3. White coat hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่พบในบุคคลที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จะมีความดันโลหิตสูงเมื่อเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพวัดความดันโลหิตให้ เชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของประสาทเวกัสทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นชั่วคราว การตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันแยกโรคออกจากความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นสิ่งสำคัญต่อการป้องกันและการบำบัดรักษา

4. ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก และความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันไดแอสโตลิก - ความดันโลหิตสูงเฉพาะซิสโตลิก เป็นความดันที่มีค่าความดันซิสโตลิกสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันไดแอสโตลิกยังคงต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท เชื่อว่าเกิดจากการมีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกตอนที่เพิ่มขึ้น หรือเกิดจากอเทอโรสเคลอโรซิส (atherosclerosis) ของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นได้น้อย ในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากทั้งสองสาเหตุ การเกิดและความรุนแรงของความดันโลหิตสูงชนิดนี้มักเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

- ความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันไดแอสโตลิก เป็นความดันโลหิตสูงที่มีเฉพาะความดัน ไดแอสโตลิกสูงเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ความดันซิสโตลิกยังคงต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

5. ความดันโลหิตสูงชนิดร้ายแรง เป็นความดันโลหิตสูงที่มีความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ตลอดเวลาและมักมีการทาลายอวัยวะเป้าหมายด้วย เกิดเนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดรักษาความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ หรือผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการบำบัด และจะกลายเป็นภาวะฉุกเฉินหาก ความดันโลหิตยังสูงต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข

3.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 216- 218)
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 เป็นชนิดปฐมภูมิ มีเพียงร้อยละ 5-8 ที่เป็นความดัน พุติภูมิ ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถแบ่ง ออกเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้และที่เปลี่ยนแปลงได้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Nonmodifiable risk factor)

1.1 ประวัติครอบครัว ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและปัจจัยหลาย อย่าง ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่า ผู้ที่มีพ่อแม่ เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคตั้งแต่อายุยังน้อย

1.2 อายุ ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิเกิดบ่อยในช่วงอายุ 30-50 ปี อัตราการเกิด เพิ่มขึ้นตามอายุ ร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตร ปรอท มีหลักฐานว่าการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุน้อยไม่ค่อยดีนัก

1.3 เพศ ในเพศชายมีความเสี่ยงเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง จนกระทั่ง อายุ 55 ปี และที่อายุ 55-74 ปี ความเสี่ยงของผู้ชายและผู้หญิงจะเท่ากัน และเมื่ออายุมากกว่า 74 ปี ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ชาย

1.4 เชื้อชาติ อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่ำสุดในผู้หญิงผิวขาว คือร้อยละ 4.7 ตามด้วยผู้ชายผิวขาวร้อยละ 6.3 ผู้ชายผิวดำ ร้อยละ 22.5 และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ คือร้อยละ 29.3

2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable risk factor)

2.1 ภาวะเครียด เป็นตัวกระตุ้นและการตอบสนองต่อภาวะเครียดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ต่าง ๆ บุคลิกภาพ ปรากฏการณ์ทางสรีระร่างกาย เป็นได้ทั้งสาเหตุและองค์ประกอบของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ตัวกระตุ้นให้เกิด ความเครียด เช่น เสียง การติดเชื้อ การอักเสบ ความเจ็บปวด อากาศที่เย็น การได้รับบาดเจ็บ การ ท างานหนัก การเป็นโรค การใช้ยา อายุมาก การผ่าตัด เป็นต้น

2.2 อ้วนมาก พบว่าผู้ที่อ้วนมากส่วนบนของร่างกาย หรือมีไขมันสะสมอยู่บริเวณ เหนือเอว เอวและท้องเป็นจำนวนมาก จะสัมพันธ์กับการเป็นความดันโลหิตสูง ในขณะที่ผู้ที่อ้วน ส่วนล่างของร่างกาย แม้จะมีน้ำหนักมากเกินหรืออ้วนมาก มักไม่ค่อยเกิดความดันโลหิตสูงจาก สาเหตุการมีน้ำหนักตัวเพิ่มเพียงอย่างเดียว

2.3 สารอาหาร การบริโภคโซเดียมมากมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิต สูงปฐมภูมิ อาหารที่มีเกลือสูงจะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนแวนทริยูเรติก (natriuretic hormone) ซึ่งมีผล

เพิ่มความดันโลหิต นอกจากนี้การได้รับโซเดียมมากยังกระตุ้นกลไกการหดตัวของหลอดเลือดของระบบประสาทส่วนกลาง การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม โปแตสเซียม และ แมกนีเซียมต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูง โดยการขาดโปแตสเซียมอาจเพิ่มความดันโลหิต และกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ง่าย

2.4 การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ ชัดเจนแต่คนสูบบุหรี่ในระยะแรกจะมีอุบัติการณ์ความดันโลหิตสูงขึ้น เพราะหลังจากเริ่มสูดควัน บุหรี่ครั้งแรกไม่กี่วินาที ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น 25 มิลลิเมตรปรอท บุหรี่มีผลทำลายระบบการ ทำงานของร่างกายและเพิ่มความดันโลหิตให้อยู่ในระดับสูงเป็นระยะเวลานาน ยิ่งคนที่มี ความเครียดและสูบบุหรี่ จะเป็นสาเหตุร่วมที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจในระยะเริ่มแรกและเป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตันได้ง่าย

2.5 การดื่มแอลกอฮอล์ มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจและการขยายตัวของ หลอดเลือด เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะทำให้การไหลเวียนของโลหิตเพิ่มขึ้น แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ทำมา จากผลไม้หรือแป้งขาว ดังนั้นการดื่มสุราเป็นประจำจึงเปรียบเสมือนการดื่มน้ำตาลเป็นเวลานาน และทำให้มีภาวะเบาหวานซ่อนเร้นอยู่ เป็นการปล่อยให้หลอดเลือดแช่อยู่ในน้ำตาล ซึ่งสามารถเร่ง ให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ออนซ์ต่อวัน มีการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2 ออนซ์ต่อวันเป็นประจำจะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร ปรอท

2.6 การขาดการออกกำลังกาย พบว่าความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการขาดออกกำลัง ภาย ผลดีของการออกกำลังกายร่างกายจะหลั่งสาร endorphin จะทำให้เกิดความสุขและ ช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL (High density lipoprotein) พบว่าการออกก ำลังกายด้วยความแรงปาน กลางอย่างสม่ำเสมอ ช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้และช่วยชะลอการตายก่อนวัยอัน ควร ประโยชน์ในการออกกำลังกายจะมีผลต่อการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Goldstein et al., 2001: 289)

3.3 อาการของโรคความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 223-224)

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมี อาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะรักษา เมื่อปล่อยให้ ความดันโลหิตสูงต่อไปนาน ๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมีอาการ ต่าง ๆ ปรากฏได้ แต่อาการที่พบบ่อยไม่เฉพาะเจาะจง อาการที่อาจพบ ได้แก่

1. ปวดศีรษะ มักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก ลักษณะอาการปวดมักจะปวดที่บริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะในช่วงเช้าหลังตื่นนอน และมักหายไปเองหรือค่อย ๆ ดีขึ้น ภายในไม่กี่ชั่วโมง เชื่อว่าเกิดจากการมีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นจึงอาจพบ อาการ คลื่นไส้ อาเจียน หรือตามัว ร่วมด้วย

2. เวียนศีรษะ มึนงง อาจจะเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะหรือไม่ก็ได้ อาจเกิดจากสมองขาด เลือดไปชั่วขณะ

3. เลือดกำเดาไหล (epitaxis) จากความผิดปกติของหลอดเลือด แต่พบบ่อยนัก

4. อาการหายใจลำบากขณะออกแรง หรือทำงานหนัก หรืออาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบจากภาวะหัวใจล้มเหลว

5. อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดเอออร์ตา เสาะฉีกขาด ซึ่งพบไม่บ่อยนัก

6. อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปัสสาวะมาก กระหายน้ำใจสั้น และอาการตามพยาธิสภาพของอวัยวะสำคัญที่สูญเสียหน้าที่ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและไตเสียหายที่

3.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ที่พบบ่อยที่สุดคือ หัวใจ สมอง ไต และตา เนื่องจากความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ตีบตัน เป็นเหตุให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่ได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่ (สุพรรณ ชูชื่น , 2547)

1. ผลต่อหัวใจ จะเกิดภาวะล้มเหลวหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน หรือ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้หัวใจวายได้ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ตามปกติ เกิดเลือดคั่งในปอด ถุงลมในปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้รับออกซิเจนได้น้อยลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาแล้วจะทำให้หัวใจห้องล่างขวาต้องทำงานหนักมากเกินไป เกิดอาการบวมทั้งตัว และหัวใจห้องล่างขวาวาย

2. ผลต่อไต ไตนอกจากจะทำหน้าที่ขับของเสียแล้ว ยังมีหน้าที่ผลิตสารปรับ ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ เช่น เรนิน (renin) และพรอสตาแกลนดิน(prostaglandins) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนาน ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเลี้ยงไตมีผนังหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดตีบ ขรุขระ ทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่ไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจมีอาการบวมเหนื่อยง่าย ถ่ายปัสสาวะน้อยลง และในกรณีที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการไตวายได้

3. ผลต่อสมอง ความดันโลหิตที่สูงอยู่เป็นเวลานานทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดสมองติดต่อกันเป็นเวลานานแล้วผนังหลอดเลือดสมองเกิดโป่งพองทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นและแตกง่าย ทำให้มีเลือดออกในสมอง และบางส่วนของเนื้อสมองตาย

4. ผลต่อตา โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเยื่อแก้วตา ซึ่งทำให้หลอดเลือดแดงฝอยบีบตัวมากขึ้นมีผลให้เลือดออกในตาและประสาทตาเสื่อม ผู้ที่มีอาการของประสาทตาเสื่อม ตาจะมัวลงเรื่อย ๆ และตาบอดได้

3.5 แนวทางการรักษาและการป้องกัน

มีหลักการสองหลักใหญ่ ๆ คือ รักษาโยการใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะต้านแคลเซียม ยา ACE เป็นต้น ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าควรใช้ยาใด โดยจะพิจารณาให้ยาเมื่อค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท อีกหนึ่งวิธีคือการรักษาโดยไม่ใช้ยา นั่นคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น (อาภาพร เปาวัฒนา, ฤชิตา อินทรประสงค์, วันเพ็ญ แก้วปาน และปาหนัน พิษย์ภิญโญ : 2010)

1. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ให้สูงมากจนเกินไป ปัจจุบันทางสถานพยาบาลได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

บางอย่างที่ส่งผลต่อค่าความดันโลหิตและสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยไม่ต้องใช้ยา แต่ใช้ความร่วมมือและความตั้งใจจากผู้ป่วยและคนรอบข้างผู้ป่วย เป็นการลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนและลดภาระของผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเองด้วย

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำให้สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ มีดังต่อไปนี้ คือ การรับประทานยาลดหรือควบคุมความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่ละเลยการทายา ต้องทานยาให้ตรงตามเวลาและทุกมื้อ

3. หมั่นตรวจเช็คความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป ด้วยการออกกำลังกายและการทานอาหารที่พอดีและมีประโยชน์ต่อร่างกาย

4. ควบคุมอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียม ไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง ควรรับประทานให้น้อยหรือหลีกเลี่ยงได้ ก็ไม่ควรจะทาน

5. งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนผสมอยู่

6. งดการสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด

7. ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายจากความเครียด

4. แนวคิดและทฤษฎี

4.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลและได้รับการยืนยันว่ามีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล จากการศึกษาวิจัย พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค แรงจูงใจต่อสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย ความเชื่อเดิมความสนใจ เป็นต้น

ในระยะแรก Rosenstock ได้สรุปถึงองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้และความคาดหวังของบุคคล และกล่าวว่าคนที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค

2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง

3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และต้องไม่มีอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัตินั้น เช่น ค่าใช้จ่ายความสะดวก ความเจ็บป่วย ความกลัว และความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง Rosenstock (Rosenstock, 1974)

ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของเขาและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา มาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและความอาย เป็นต้น

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived Susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยหลายเรื่องให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของผู้ป่วย (Becker et al., 1974)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการเสียชีวิต ความยากลำบากและการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของบุคคล ถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใดซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง บุคคลก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อและวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคอย่างมากก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค (Perceived Benefits)

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยนอกจากนี้

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้น

จากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษในเรื่องต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่ สะดวกสุขสบายหรือในการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพขัดกับการประกอบอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ฉะนั้นบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และการกระทำพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลโดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประสิทธิภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำด้านสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปแล้วการประเมินแรงจูงใจของบุคคลสามารถวัดจากความตั้งใจของบุคคลที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ มีข้อมูลยืนยันได้ว่าความสนใจ ความใส่ใจ และแรงจูงใจทางด้านสุขภาพหรือค่านิยมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factor) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะ ทักษะสติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพด้วยเช่นเดียวกันได้มีการศึกษาและการวิจัยมากมายเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรค ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะสติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านต่าง ๆ

4.2 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นกลุ่มคนซึ่งมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานหรือผู้ป่วยโรคเดียวกัน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Pender (1996) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา มารดา คอยดูแลช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ

2. กลุ่มเพื่อน ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิตประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกิดขึ้นในตนเอง สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบมากับเพื่อน

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา เป็นกลุ่มที่มีการพบปะในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหากลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอกลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุน

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Pender (1996) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนทางข้อมูล ข่าวสาร เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร จึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้มารดามีเวลาในการเตรียมกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ การยอมรับให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะ และศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทัยรัตน์ พันธุ์แพ (2544) ทำการศึกษา การประเมินภาวะเครียด การจัดการกับความเครียดและความต้องการคำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของพี่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า พี่เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่ มีความเครียดจากไวต่อความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง มีความเครียดจากที่มาของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีความเครียดจากอาการของความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างพี่เลี้ยงเด็กมีการจัดการกับความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและลดอารมณ์พร้อมกัน ส่วนใหญ่ใช้การจัดการกับความเครียดแบบมุ่งลดอารมณ์ โดยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง มากที่สุด และการจัดการกับความเครียดแก้ไขปัญหา โดยการปรึกษาเพื่อนที่ไว้วางใจมากที่สุด

ชลธิชา วังวิเวก (2547) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสีย 4 ประการ สรุปลงได้ดังนี้1) สูญเสียบุคคลผู้เป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต ญาติสนิท หรือเพื่อนฝูง เพราะการพลัดพราก หรือตายจากกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเศร้าได้ง่าย2)การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุถึงวัยที่ต้องออกจากการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงลดลง นอกจากผู้สูงอายุจะมีรายได้ลดลงแล้วผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจึงมักปรับตัว

ลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 3) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อบุตรธิดาได้แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก ทำให้ความสัมพันธ์และกิจกรรมที่เคยมีร่วมกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ลดลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความรู้สึกเหงาและซึมเศร้าได้ง่าย และ 4) การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศเมื่อร่างกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมโทรมลง สมรรถภาพทางเพศและความสวยงามของรูปร่างหน้าตาก็ลดลงไปด้วย จึงมีผลกระทบต่อจิตใจ

วิชิยา ยลพันธ์ (2546: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1. ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ($(X) = 39.04$, $S.D. = 10.87$) 2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ปัจจัยคัดสรรทั้งหมดมีความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 69.9 ($R^2 = .699$, $F = 43.673$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสมรรถภาพทางกาย มีความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Beta = .582$ $P < .05$, $Beta = -.197$ $P < .05$, $Beta = -.193$ $P < .05$ ตามลำดับ) ส่วนประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย มีความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ และผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อไป

ปานทิพย์ ประเสริฐผลและคณะ. (2547) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ในชนบทตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ใน ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จำนวน 239 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมี การรับรู้ ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ใน ระดับที่ ควรปรับปรุง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและรายได้ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัย ส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 การรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = .43$ $p < .001$)

รัฐรารวรรณ พันธจักร (2549 : บทคัดย่อ) วิจัยเรื่องผลการจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พยุหะคีรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษา คู่มือ

ผู้ป่วย สติ๊กเกอร์กระตุ้นเตือน การออกกำลังกาย แบบสอบถามความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เพ็ญศรี สุพิมล (2552 : บทคัดย่อ) วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอสองดาว จังหวัดสกลนคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความดันโลหิตระหว่าง 120/80 – 139/89 mmHg จำนวน 87 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปฐญาภรณ์ ลาลูน (2554)พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. ปริญญา นิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌิมางกูร. อาจารย์ ดร. อนันต์ มารรัตน์ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้ารับบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเริ่ม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 400 คนเป็นชาย 188 คนและเป็นหญิง 212 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ผลการศึกษพบว่า 1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ 2.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3.ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การเข้ารับบริการสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05